

**ГОУ ВПО
Красноярский государственный
медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздравсоцразвития Российской Федерации**

**ГОУ ВПО
Сибирский юридический институт МВД России**

ГЕЦМАНОВА И.В., КАРАЧЕВ А.Ю., БУШУЕВ А.И.

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

**НАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГА: ИСТОРИЯ, ВОПРОСЫ ПРАВОВОЙ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ, РАССЛЕДОВАНИЯ, ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ**

Красноярск

2010

УДК 614.25+614.254 (075.8)

ББК $\frac{5}{Г 44}$

Гецманова, И.В. Нарушения медицинскими работниками профессионального долга: история, вопросы правовой ответственности, расследования, экспертной оценки: учебное пособие / И.В. Гецманова, А.Ю. Карачев, А.И. Бушуев. - Красноярск: ООО Электробыттехника, 2010. – 178 с.

Проблема качества оказания медицинской помощи, её правовая оценка в настоящее время приняла особую актуальность. Дефекты оказания в различных регионах составляют от 41 до 64%. Сформировавшееся на протяжении длительного периода негативное отношение к ятрогении привело к тому, что многие истинно ятрогенные процессы маскируют под различными формулировками.

Пособие содержит историко-правовой анализ норм в области медицинской деятельности, характеристику уголовно-правовой и гражданской ответственности, комплекс тактических задач и особенностей расследования, рекомендации по подготовке, проведению и правовой оценке экспертных заключений.

Учебное пособие предназначено для слушателей, курсантов и студентов юридических и медицинских ВУЗов, следователей, юристов, врачей судебно-медицинских экспертов, организаторов здравоохранения.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой судебной медицины с курсом ФПК и ППВ ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития, главный государственный судебно-медицинский эксперт по Сибирскому Федеральному округу, засл. врач РФ, д.м.н., профессор В.П. Новосёлов.

Профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации ИПО ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития, д.м.н. К.А. Виноградов.

Доцент кафедры уголовного права и криминологии СибЮИ МВД РФ, к.ю.н. С.А. Ступина.

И.В. Гецманова, А.Ю. Карачев, А.И. Бушуев. 2010.

Об авторах



Ирина Васильевна Гецманова – кандидат юридических наук. Имеет опыт адвокатской и следственной работы, с 1997 г. занимается педагогической и научной деятельностью в Сибирском юридическом институте МВД России, автор более 40 научных публикаций по вопросам медицинского права, проблемам судебных экспертиз и предварительного следствия по делам несовершеннолетних.



Андрей Юрьевич Карачев – кандидат медицинских наук, ст. преподаватель кафедры судебной медицины ИПО ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития, врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, врач – организатор здравоохранения.

Параллельно с работой ассистента кафедры совмещал работу в отделе судебно-медицинской экспертизы трупов, возглавлял отделение внедрения научных достижений в экспертную практику, работал заместителем начальника бюро по организационно-методической работе.

Соавтор учебных пособий "Основы биоэтики", "Судебно-медицинская экспертиза утопления", "Применение медико-биологического анализа диатомового планктона для расширения возможностей медико-криминалистических экспертных исследований при судебно-медицинской диагностике смерти от утопления". Автор более 50 научных трудов.

За вклад в развитие судебной медицины награждён Почётной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития РФ (2008).



Александр Ильич Бушуев – заведующий отделом сложных комиссионных судебно-медицинских экспертиз КГБУЗ "Красноярское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы", врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	6
1. Генезис законодательства в области медицинской деятельности и вопросы использования дефиниций	8
1.1. Генезис законодательства в области медицинской деятельности и прав пациентов.....	8
1. 2. Вопросы использования дефиниций для характеристики качества и неблагоприятных исходов медицинской помощи и медицинских услуг.....	19
2. Правовые основы ответственности медицинских работников.....	28
2.1. Вопросы уголовной ответственности за преступления, связанные с нарушением медицинскими работниками профессионального долга	28
2.2. Основы гражданско-правовой ответственности медицинских работников	54
3. Проблемы допроцессуального взаимодействия участников медицинских происшествий .	59
4. Тактические задачи расследования и способы их решения по уголовным делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи и услуг.....	65
4.1. Тактические задачи расследования и обстоятельства, подлежащие установлению....	65
4.2. Тактические особенности проведения следственных действий.....	72
4.3. Вопросы назначения, проведения и правовой оценки заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы.....	83
Заключение	102
Литература.....	Ошибка! Закладка не определена.
Официальные документальные материалы.....	105
Статьи в журналах, сборниках научных трудов.....	107
Приложение 1	109
Приложение 2	113
Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.....	113
Федеральный закон О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации	132
Постановление Правительства РФ № 30 Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности	142
Приказ Минздравсоцразвития РФ № 323 Об утверждении порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи	145
Постановление Правительства РФ № 522 Об утверждении правил определения степени	

тяжести вреда, причинённого здоровью человека	150
Приказ Минздравсоцразвития РФ № 194-н Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека	152
Приложение 3. Тестовые задания к междисциплинарному курсу	169
Приложение 4. Практические задачи	172

ВВЕДЕНИЕ

Права на жизнь, здоровье, безопасность личности, провозглашённые в Конституции РФ и во многих международных документах, являются наивысшей ценностью социального государства. Благо, обеспечивающее возможность пользоваться прочими благами жизни — это здоровье человека. По С.И. Ожегову «здоровье — это правильная, нормальная деятельность организма, его полное физическое и психическое благополучие»¹. Устав (Конституция ВОЗ, 22.07.1946) определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия.

Совокупность мер медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера наряду с другими включена в систему мер по охране здоровья граждан². В уставе ВОЗ определён важнейший принцип деятельности работников медицины: «Каждый пациент должен получать такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам... при этом, для достижения такого результата должны быть привлечены средства; риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным; пациент должен получать максимальное удовлетворение от процесса оказываемой ему медицинской помощи³; максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой МП, а также полученные результаты».

Успехи медицины и смежных с ней наук, раздвигая границы возможностей вторжения в организм человека, вместе с тем, существенно затрагивают его важнейшие блага — жизнь и здоровье. Количество летальных исходов, связанных с ненадлежащим оказанием МП, исчисляется в развитых странах сотнями тысяч, что было предметом многократных обсуждений на Всемирных форумах, Российских Национальных конгрессах по медицинскому праву. Например, ежегодно около семи тысяч американцев погибают из-за допущенных врачами ошибок, 1,5 миллиона становятся жертвами неправильного применения медицинских препаратов. Лечение в американских больницах сопровождается, в среднем, одной «медикаментозной» ошибкой в день.⁴

Еще в 29.11.1999 г. Институт Медицины Национальной Академии Наук США (NAS) опубликовал отчёт под заголовком «Человеку свойственно ошибаться», в котором отметил, что «врачебные ошибки» являются причиной смерти от 44 до 98 тыс. больных ежегодно. Это превышает смертность в результате автомобильных аварий (43458), рака молочной железы (42297) или СПИДа (16516)⁵. Не случайно Президентом США врачебные ошибки признаны «угрозой национальной безопасности» и, в декабре 1999г., создана Межведомственная рабочая группа по выработке предложений для улучшения ситуации.

Вслед за этим многие страны, включая Канаду, Швецию, Нидерланды, Новую Зеландию и др. начали специальные национальные программы по исследованию качества оказания МП и безопасности пациентов.

Учитывая глобальный характер проблемы ятрогений, в январе 2002г. Исполнительный комитет ВОЗ рассмотрел специальную резолюцию «Качество здравоохранения и безопасность больных» и утвердил Стратегию по повышению безопасности больных. Среди причин такой тревожной ситуации называлась недостаточность специальных юридических исследований по данной проблематике.

По числу смертей пациентов по вине врачей Россия превосходит США и другие развитые страны.⁶ В отличие от многих развитых стран, процедура регистрации информации о ре-

¹ Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. - М.: Азъ, 1994. - С. 232.

² Ст. 1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 22.07.1993 № 5487-1 (в ред. от 24.12.1993 № 2288).

³ Далее – МП.

⁴ Сообщение агентства Reuters от 20.07.06 г. Drug mistakes injure 1.5 million every year.

⁵ Ежегодный отчет The Commonwealth Fund, USA, Апрель 2002 г., Перевод с английского А.В. Панова, газета «Здоровье» № 16-20, 2003 г.; Агентство «Новости Америки» - <http://www.americanu.com/> 5 ноября 2005 года.

⁶ Выступление представителя МЗ РФ А. Ястребова на заседании Координационного совета по здравоохранению в УрФО. Ежедневная Электронная газета «Утро» от 20 декабря 2001 г. Выпуск 335 (657).

зультатах разрешения конфликтов с пациентами сложна и рассредоточена между различными подразделениями министерств здравоохранения, юстиции, МВД РФ и прокуратурой, поэтому получить статистические данные о количестве привлекаемых к уголовной ответственности медицинских работников сложно. Высокая латентность этих нарушений обусловлена недостаточным профессионализмом работников следственного аппарата, невысокой правовой культурой населения, профессиональной корпоративностью медиков. Руководящие работники некоторых прокуратур субъектов РФ препятствуют получению объективной информации о результатах расследования, доступу к архивным уголовным делам по официально оформленным запросам.

Правоприменительная практика, связанная с разрешением конфликтов с медицинскими работниками в нашей стране, сопровождается волокитой, изнурительным ожиданием ответов на обращения, ходатайства и жалобы на неправомерные решения, отказами ознакомиться с содержанием медицинских документов, нарушением процессуальных сроков. Из общего числа возбужденных уголовных дел до суда доходят единицы. Большинство уголовных дел прекращаются на стадии предварительного расследования, либо после необоснованно длительных предварительных проверок принимаются решения об отказе в возбуждении уголовного дела. Наиболее сложной проблемой расследования и судебного разбирательства является доказывание причинно-следственной связи между дефектами оказания МП и наступившим вредом здоровью (смертью пациента). Результаты выносимых по делу решений прочно зависят от выводов СМЭ, делая её своеобразным апофеозом в системе доказательств, что противоречит принципу оценки доказательств в уголовном и гражданском судопроизводстве.

Вопросам врачебных ошибок уделяли пристальное внимание многие судебные медики, патологоанатомы и юристы. Вместе с тем, большинство исследований было посвящено отдельным направлениям проблематики последствий ненадлежащей МП либо с правовых, либо с медицинских позиций. В настоящей работе предпринята попытка комплексного изучения проблем правовой оценки медицинских происшествий и расследования, оценки судебно-медицинских экспертиз с целью разработки рекомендаций по совершенствованию следственной и экспертной практики, а также по защите прав потерпевших.

Изучены материалы 350 уголовных дел и предварительных проверок по ряду субъектов Российской Федерации (Томская, Челябинская, Новосибирская, Иркутская, Архангельская, Вологодская области, Красноярский, Пермский, Краснодарский и Приморский края, Республика Хакасия, Кабардино-Балкарская республика, Чувашская республика, Республика Адыгея, Республика Карелия, Республика Якутия) за период 1998-2006 гг.

Авторы выражают искреннюю признательность сотрудникам информационных центров ГУВД указанных регионов, руководству следственных подразделений Томской, Иркутской, Челябинской, Новосибирской областей, Красноярского края и других регионов, отделу сложных экспертиз бюро СМЭ Красноярского края, Челябинской области и других регионов, оказавших содействие в ознакомлении с документами по тематике исследования.

1. ГЕНЕЗИС ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕФИНИЦИЙ

1.1. ГЕНЕЗИС ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Деятельность врачей с давних времён строго регламентировалась посредством различных социальных норм (морали, религии, права); в рабовладельческом обществе в случаях неблагоприятных исходов болезни врачей жестоко наказывали; существовала абсолютная ответственность целителя за смерть больного. Законы вавилонского царя Хаммурапи (1792—1750 гг.; 2250 г. до н.э.) предусматривали ответственность врачей за смерть или увечье больного: (§ 218. «Если врач сделает человеку тяжёлый надрез бронзовым ножом и причинит смерть этому человеку или неудачно снимет бельмо бронзовым ножом и лишает его глаза, то ему должно отрезать пальцы»).¹

Вред, равный причинённому, предписывал в качестве наказания древнеримский источник права – Законы XII таблиц: «Если причинить членовредительство и не помириться с потерпевшим, то пусть и ему самому будет причинено то же самое». ² В Римском праве широко применялось понятие «ошибки», в т.ч. и в отношении к врачебной деятельности (закон Аквилы). К ошибкам относили и неопытность, и неосторожность, и неоказание помощи.

В Древнем Египте лекари в своей деятельности должны были руководствоваться «Священной книгой». Если врач лечил в полном соответствии с её правилами, то за неудавшееся лечение он не подвергался наказанию. Аналогичный подход был и в римском праве. Кроме того, в древнем Риме врачи могли привлекаться к ответственности за умышленное убийство, продажу яда в целях отравления, аборт и кастрацию³.

В эпоху раннего христианства появились суровые законы за неудачное врачевание. Например, в Палестине за неоказание помощи людям свободного звания полагалась позорная казнь и конфискация имущества. За увечье больного в связи с неудачной операцией у врача отрубалась рука.

В эпоху средних веков католическая церковь задержала развитие медицины и права, и вопросы ответственности за неудачное врачевание решались с позиций теологических догм.

Как писал И.Ф. Огарков, разграничение умысла и ошибки постепенно нашло свое отражение в законодательствах всех европейских государств, хотя юридическая ответственность врачей в разных государствах имела свою специфику⁴.

Во Франции сводом правил для медицины XVIII века послужил декрет Марли, принятый в марте 1707 года, который был направлен прежде всего на борьбу со знахарями, шарлатанами и «людьми без дипломов и специальностей, практиковавших в медицине». Идеи, заложенные в данном декрете, нашли свое развитие в работах выдающихся врачей и общественных деятелей времен революции. Так, Матье Жеро (1791) требовал создания Трибунала здравоохранения, решения которого, посвящённые злоупотреблениям, некомпетентности, профессиональным ошибкам, могли бы составить юриспруденцию медицины». Кабанисом (1799) предлагался проект медицинской полиции, поскольку, согласно обоснованной им позиции, государству должны быть делегирована возможность контроля по отношению к производителям, имеющим непосредственное отношение к человеческой индивидуальности – здоровью человека, и врачи требуют такого же надзора, как и золотых дел мастера, поскольку они, как участники вторичного производства, не производят ценности, а лечат тех, кто их произво-

¹ Черниловский, З.М. Хрестоматия по общей истории государства и права / З.М. Черниловский. – М., 1996. – С. 22.

² Хрестоматия по истории Древнего Рима / под ред. С.Л. Утченко. – М., 1962. – С. 68.

³ Артюхов, И.П. Правовое обеспечение и юридическая ответственность медицинских работников за профессиональные нарушения / И.П. Артюхов и др. – Красноярск, 2001.

⁴ Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – М.: Медицина, Ленинградское отд., 1966. – С.10.

дит и измеряет. «Вот почему особенно врачи, хирурги, фармацевты должны быть весьма тщательно проверены в отношении их знаний, способностей, моральных привычек»¹. В данном проекте прослеживается крайне важная мысль об особенной ценности человеческого здоровья и обусловленной этим необходимости особого отношения к врачебной деятельности.

Это предложение намного опередило свое время, не было реализовано в нормативных документах, но стало основой для развития деонтологии и медицинской этики, оставаясь актуальным на все времена. А накануне буржуазной революции 1789г. парижский парламент признал принцип «контракта» между врачом и больным на медицинское обслуживание, где врач не нес ответственности за свои ошибки и неумение, так как выбор его исходил от пациента. После французской революции на основе провозглашенного принципа «отсутствие преступления, если оно не предусмотрено законом», ответственность врача признаётся только за умышленные правонарушения. И лишь в случаях совершения им грубой ошибки допускалась возможность материального возмещения убытков. Интересно, что врач во французском судебном процессе занимал привилегированное положение. Находясь в статусе обвиняемого, он мог являться в суд с другими врачами, которые брали на себя роль защитников. В гражданском процессе законность иска должен был доказывать истец.

Ю.С. Зальмунин отразил любопытный в этом отношении факт. Хирург при операции 9 июля 1900г. оставил в брюшной полости пациентки компресс. Последний был обнаружен через 19 дней, а больная умерла 11 мая 1901г., т.е. через 10 месяцев после операции. Поскольку истец (отец умершей) не смог доказать причинную связь между оставлением в животе больной компресса и ее смертью, суд ставил жалобу истца без удовлетворения и к тому же обязал его уплатить 1000 франков в пользу врача за понесённый последним убыток.

В законодательстве других европейских стран (Германия, Австрия) гражданско-правовая ответственность значительно преобладала над уголовной, и установление причинной связи при предъявлении гражданского иска лежало на истце. Таким образом, вплоть до новейшего времени в законодательстве доминировала патерналистская модель, в которой врач выступал в качестве безусловного авторитета, действия которого не могут вызывать сомнений.

Обращаясь к отечественной истории, следует отметить, что сохранились сведения о болезни и смерти сына Великого князя Иоанна III. Лекарь Леон, лечивший княжеского сына, после его смерти по приказанию Великого князя подвергся умерщвлению. Другого лекаря по имени Антон, лечившего татарского князя Каракучу, после смерти последнего зарезали «яко овцу».

Слово «врач» появилось в России в XI в. и произошло от славянского глагола «врать» - заговаривать, говорить, уговаривать, в допетровской Руси врачевание относилось к «волхвованию, чародейству». Закон еще не отделял умысла от неосторожности, и за вред, причинённый неправильным лечением, врач нес безусловную ответственность, неуспех приписывался незнанию или умыслу. Лишь врачи-иностранцы, как писал И.Ф. Огарков, могли бесконтрольно заниматься лечебной практикой, хотя в ряде случаев за причинение смерти они подвергались высылке из России².

В 1584 году был создан Аптекарский приказ (центральный ведомственный орган) с целью организации медицинского обслуживания, обеспечения лекарственными средствами, выдачи разрешений на право медицинской деятельности, организации военно-медицинской деятельности, врачебного освидетельствования. Наряду с этими функциями осуществлялся контроль за врачеванием, исследование лекарственных составов, освидетельствование пострадавших от неправильного врачевания³. В.В.Томашевский указывал, что «при подборе зарубежных кадров для службы в России Аптекарский приказ проявлял большую осторожность, благодаря чему в Россию не проникли заведомые шарлатаны и проходимцы ...»⁴.

¹ Неволин, Н.И. Оценка качества медицинской помощи в аспекте системы информационной защиты судебно-медицинской экспертной деятельности / Н.И. Неволин. – Екатеринбург: Экспертиза, 2004. – С. 11.

² Огарков, И.Ф. Указ. соч. – С. 12.

³ Гусаков, Н.И. Развитие медицины в России (очерк) / Н.И. Гусаков. – М., 1993. С. 9; Сальников В.П. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X - XVII вв.) / В.П. Сальников, Стеценко С.Г. // Журнал Российского права. – 2001. № 4. – С. 149.

⁴ Томашевский, В.В. Аптекарский приказ в XVII веке: Автореф. дис. ... канд. ист. наук. – Л., 1952. – С. 10 : Сальников

Право на занятие медицинской деятельностью, в обязательном порядке получаемое иностранными врачами в Аптекарском приказе, служило действенным правовым средством, направленным на улучшение качества оказываемой помощи. Таким образом, появившись в период возникновения централизованного Московского государства и расцвета феодализма, Аптекарский приказ просуществовал 140 лет и ознаменовал новый этап в истории отечественной медицины, когда управление медицинским делом перешло в руки государства, и появился механизм государственно-правового контроля медицинской деятельности.

В конце XVII века первыми официальными документами, предусматривающими наказание за ненадлежащее врачевание, были Указы 1686 и 1700г.г., вошедшие в полное собрание законов Российской империи под названием «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». В первом из этих указов лекари предупреждались, что «буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморят, а про то сыщется, им быть казнёнными смертью». Законодательные акты Петра I определяли требования не только к профессиональной деятельности, но и к личным качествам врача: «Следует чтобы лекарь в докторстве доброе основание и практику имел; трезвым, умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как ночью так и днём отправлять мог». В параграфе 9 Морского устава Петра I говорилось: «Ежели лекарь своим небрежением и явным презорством к больным поступит, отчего им бедствие случится, то оной яко злоторец наказан будет, якобы своими руками его убил или какой уд отсек»¹.

Далее объектами углубленного исследования выступили законодательные положения Свод Учреждений и Уставов врачебных по гражданской части 1857г. (получивший название Врачебный устав), Уложение о наказаниях уголовных и исправительных, а также Устав о наказаниях, налагаемых мировыми судьями. Врачебный устав представлял собой объёмное законоположение из 1866 статей с многочисленными приложениями, вошедших в состав XIII тома Свода законов Российской империи², где помещались нормы-дозволения и нормы-запреты (о порядке допуска к врачебной практике, о недозволенном и незаконном врачевании), в отличие от него остальные документы, корреспондируя с ним в конкретных статьях, отражали не только запреты, но и меры различных видов ответственности, в том числе уголовной.

Врачебный устав содержал нормы об организации врачебной и фармацевтической деятельности (врачебные установления, книга 1), устав медицинской полиции, устав о карантинах (книга 2) и устав судебной медицины (книга 3). Статья 1 Книги первой устанавливала структуру гражданской врачебной части, управляемой Министерством внутренних дел, включающую Медицинский Департамент, Департамент Казённых врачебных заведений и Медицинский Совет.

На Медицинский департамент была возложена обязанность наблюдать за порядком производства медицинской практики (ст.ст. 128, 129 Врачебного устава) «в отвращении вреда, происходящего от врачевания, производимого людьми несведущими и непризнанными в России в звании медицинском», для чего ежегодно издавался «общий список или календарь» всех медицинских чиновников, как состоящих на службе, так и вольнопрактикующих. Доставляемый во все аптеки, список содержал «все сведения о врачах», которые имели право выписывать рецепты. В дополнение к этому положению статья 300 устанавливала единый знак «+» на лекарственные средства, отпуск которых без рецептов врачей не разрешался. Согласно ст. 130 Медицинский департамент был обязан «всемерно наблюдать, дабы лечение людей производимо было не иначе, как испытанными в том врачами, отвращая всякий вред, который от так называемых эмпириков и шарлатанов происходить может».

На Медицинский совет возлагался контроль (ст. 127 Врачебного устава) за порядком допущения иностранных врачей к практике в России, который был дифференцированным: «... некоторые, не иначе, как после обыкновенного испытания и получения ими ... учёной степени,

В.П. Указ. соч. – С. 150.

¹ Новосёлов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск, 1988. – С. 14.

² Свод законов Российской империи повелением государя императора Николая I. Т. 13. – СПб.: Типография Второго Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1857.

другим больше известным, после словесного лишь испытания (Collodium) в Медицинском Совете; наконец тем, которые сделали себе имя в учёном свете своими сочинениями, или успешною, отличною практикою, или занимали профессорские кафедры, или же важные по медицинской части места в других государствах, без всяких испытаний, по одному заключению Медицинского Совета, утверждаемому министерством внутренних дел, об известных Совету достоинствах сих врачей».

Ряд статей Врачебного устава непосредственно регламентировали порядок оказания медицинской помощи (ст.ст. 115, 116, 175, 180, 183, 184). Например, в статье 115 предусматривалось: «Оператор, призванный к больному, над которым нужно сделать операцию, буде время и обстоятельства терпят, не должен совершать оную без советов и присутствия других врачей, а особливо в важных случаях». Необходимо подчеркнуть позицию законодателя тех лет и в отношении границы полномочий различных специалистов в зависимости от уровня образования (ст.ст. 182, 185 – в отношении повивальных бабок, ст. 278 - в отношении фармацевтов).

Запрет на занятие врачебной практикой недипломированным лицам устанавливала статья 125 Врачебного устава: «Никто из российских подданных, так и иностранцев, не имеющих диплома или свидетельства от медико-хирургической академии и университетов, не может заниматься никакою отраслью врачебной или ветеринарной практики в России. Иностранцы, желающие заниматься практикою в России, обязаны, сверх того, непременно знать русский язык».

В свою очередь, больным запрещалось «призывать к себе эмпириков и шарлатанов» (ст. 133 Врачебного устава). Соответственно, статья 935 Уложения о наказаниях определяла различные санкции для выдающих себя за «колдунов или чародеев» (в зависимости от тяжести вреда и количества случаев), в том числе «к заключению в смиренный дом ... от восьми месяцев до одного года и четырёх месяцев»¹.

Запрет для «не имеющих звания доктора или лекаря постоянно заниматься лечением, и в особенности за денежную плату или для других собственных выгод» устанавливала статья 132 Врачебного устава², а статья 134 обязывала сельское начальство (уездную полицию) «людей, выдающих себя за врачей, и своим лекарством более вреда, нежели пользы причиняющих, ловить и представлять в земскую полицию для взыскания по законам».

Обратившись к «Уложению о наказаниях уголовных и исправительных», выделим главу первую «О преступлениях и проступках против постановлений, ограждающих народное здравие», включающую отделение второе «О нарушении постановлений против распространения повальных и прилипчивых болезней» (ст.ст. 854-858), одна из статей которого предусматривала ответственность врачей, находящихся на государственной службе и вольнопрактикующих, «которые не донесут немедленно местным медицинским начальствам» о каждом известном им случае таких болезней. Отделение пятое включало ответственность за нарушения санитарно-эпидемиологических правил («для охранения чистоты воздуха и безвредности воды, а также безвредности съестных припасов»), отделение шестое предусматривало ответственность за нарушения «правил, установленных для продажи, хранения и употребления веществ ядовитых и сильнодействующих». Наиболее интересным в фокусе рассматриваемых вопросов являлось отделение седьмое «О нарушении уставов врачебных». Оно включало среди пяти групп норм две, относящихся к медицинской деятельности (остальные – к фармацевтической деятельности (ст.ст. 881-900)): первая – «Недозволенное и неправильное врачевание» (ст.ст. 870-871.1) и вторая – «Неисполнение обязанностей врачами, акушерами, повивальными бабками и т.п.» (ст.ст. 872-880). Так, в статье 870 предусматривались случаи применения мер административного и нравственного взыскания к лицам, имеющим диплом на медицинское звание: «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор,

¹ Согласно примечанию к данной норме, из числа лиц, привлекаемых к ответственности, исключались «инородцы сибирские и другие», которые называли себя «чародеями и кудесниками, когда они ... обряды исправляют лишь для своих единоверцев».

² Положение данной статьи, согласно примечанию к ней, не относилось к тем, «которые по необходимости и чело- веколюбию безвозмездно помогают больным своими советами и сообщением им медикаментов и иных средств лечения».

акушер или повивальная бабка, по незнанию своего искусства, делают явные, более или менее важные в оном ошибки, то им *воспрещается практика*, доколе они не выдержат нового испытания и не получают свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, предается *церковному покаянию* по распоряжению своего духовного начальства (1885, 15 авг.)»¹.

Таким образом, понятие «неправильное лечение» относилось к дипломированным лицам, допускаям вследствие незнания своего искусства *ошибки*, которые имели или могли иметь негативные последствия для здоровья пациентов, что устанавливалось медицинским начальством. В качестве последнего выступало губернское врачебное управление, высшей инстанцией являлся Медицинский совет.

Понятие «недозволенное лечение» означало, в переводе на современный язык, незаконное, без соответствующего разрешения, диплома занятие врачебной практикой. Статья 871 предусматривала несколько административных санкций должностным лицам, давшим «дозволение» на незаконную врачебную практику: вычет от трёх месяцев до 1 года из времени службы, строгий выговор, с внесением или без внесения в послужной список, или «к строгому замечанию», а чиновникам за вред от незаконного оспопрививания – денежное взыскание до 50 рублей. В этой же статье предусматривалась ответственность исполнителей указанных процедур (оспопрививателей) – арест от 7 дней до 3 недель. Ответственность за оспопрививание (выделяемое законодателем тех лет в особый вид медицинской деятельности) предусматривалась в ст. 105 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями².

Необходимо отметить, что вплоть до 1864г. незаконное врачевание («из корыстных видов» лицами, не имеющими права заниматься врачеванием) влекло наказание по статье 1115 Уложения о наказаниях 1845г. С введением Судебных Уставов (20 ноября 1864г.) данная статья была заменена статьей 104 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями, по которой незаконное врачевание влекло за собой уголовную ответственность *только в том случае, если от него последовал вред для здоровья пациента*.

В 1874 году статья 104 вновь была изменена: аресту до 3 месяцев или штрафу до 300 рублей подвергались виновные в незаконном врачевании, если для лечения ими употреблены *сильнодействующие или ядовитые вещества*, независимо от того, произошёл ли от лечения вред или нет, если только оно не являлось безвозмездным, совершенным по чело-веколюбию. Если же от употребления этих веществ недипломированным лицом произошёл вред здоровью, то виновный подвергался по ст. 871.1 Уложения о наказаниях тюремному заключению от 2 до 4 месяцев или же аресту от 7 дней до 3 месяцев либо штрафу до 300 рублей.

Таким образом, были сужены признаки незаконности врачевания. Иными словами, стали менее определённы основания оценки медицинской практики как недозволенной: только ли занятие ею *без надлежащего разрешения, не безвозмездно, постоянно, но и, к тому же, причинение вреда здоровью?* Уголовный закон стал противоречить в понятии о недозволенном врачевании Врачебному уставу, поставив под сомнение исключительное право дипломированных лиц, заниматься медицинской практикой в объёме, разрешённом полученным образованием. Появившаяся нелогичность законодательных норм затруднила возможность привлечения виновных лиц к ответственности.

Одним из объективных оснований указанных нововведений был существенный недостаток в те годы дипломированных медицинских специалистов. Сыграло определённую роль и традиционная установка населения обращаться в случае недугов к знахарям, представителям народной медицины. «Составители уставов полагали, что подвергать уголовной ответ-

¹ Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 г. Издано проф. императ. училища правоведения, почет. чл. ун-та св. Владимира Н.С. Таганцевым. – СПб: Типография М.М. Стасюлевича, 1886. С. 343.

² Мировые судьи рассматривали дела о преступлениях и проступках, 1) которые законом предусматривались: выговоры, замечания и внушения; денежные взыскания до 300 рублей или заменяющие их наказания; 2) производство которых начиналось не иначе, как по жалобе потерпевших и которые могли быть прекращены примирением сторон (Вступительный комментарий к Уставу о наказаниях, налагаемых мировыми судьями. Издание 1885 г. С доп. по прод. 1906 г. – СПб: Типография Ю.Н. Эрлиха, 1908.

ственности за всякое врачевание лицами, не имеющими права заниматься медицинской практикой, при незначительном в то время контингенте врачей и привычкой народа обращаться к так называемым знахарям и знахаркам, было бы несправедливо и нецелесообразно»¹.

Процедура привлечения дипломированных лиц к ответственности за неправильное лечение зависела от санкции нормы и от медицинского начальства, на которое возлагалась дача заключения по установлению наличия (отсутствия) в действиях врача ошибок, упущений; от данного заключения зависело предание суду. Когда нарушение не причиняло «важного вреда» здоровью и влекло за собой только запрещение практики (административную меру), предварительное следствие препровождалось прокурором на заключение врачебной управы или Медицинского Совета, для определения вида административных взысканий: от замечания и выговора без внесения в послужной список до удаления с должности и ареста до 7 дней (ст. 1066 Устава уголовного судопроизводства). Если в статье Уложения о наказаниях, вменяемой лицу, предусматривалось, кроме административных взысканий, и наказание по приговору суда, то присуждение лица к определённой мере наказания зависело от усмотрения судьи.

Доктор медицины Ю.Ю. Губнер в работе «О повреждениях, причиняемых неправильным и противозаконным лечением», критически оценивал изменённые законодательные положения о недозволенном врачевании: «Поистине непостижимо, каким образом понятие о врачевании поставлено в причинную и роковую связь с употреблением ядовитых и сильнодействующих средств. Как будто бы в руках невежды обыкновенное и общедоступное вещество не может превратиться в ядовитое и сильнодействующее! ... невольно рождается вопрос: подлежат ли взысканию не имеющие права заниматься врачебною практикою, если они, не употребляя при лечении ядовитых и сильнодействующих веществ, причинят пациенту вред здоровью или смерть? Приходится отвечать отрицательно»².

Прогрессивные врачи видели в анализе и изучении врачебных ошибок действенный путь к совершенствованию медицины. Н.И. Пирогов писал, что каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь внутреннюю потребность скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них людей, менее сведущих. «Я был бы счастлив, если бы половина моих диагнозов соответствовала истине», – писал С.П. Боткин³.

В 1917 году советским государством было монополизировано право на МП, а по вопросам здравоохранения принято более 200 нормативных документов. В 1918 году принят декрет о Всероссийских съездах врачей, проводившихся с 1885 года и действовавший до 1995 года. Порядок оказания медицинской помощи, правовой статус медицинских работников был закреплён 1 декабря 1924г. в Постановлении ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников», которое до 1970 года было основным документом, регламентирующим врачебную деятельность и порядок реализации юридической (уголовной и дисциплинарной) ответственности медицинских работников за профессиональные нарушения.

Согласно статье 13 данного нормативного документа, за профессиональные нарушения медицинские работники подвергаются наказанию по приговору суда. В статье 20 предусматривалось получение согласия больных (в отношении лиц моложе 16 лет или душевнобольных – согласия их родителей или опекуна) на проведение хирургических операций. Предусматривались также случаи, не терпящие отлагательства, когда операцию можно было проводить без такого согласия⁴.

Целесообразно упомянуть Инструкцию ВЦСПС и Наркомздрава СССР от 28 июля 1937г. «О порядке выдачи застрахованным больничных листов», введённую в действие Постановлением СНК СССР 14 августа 1937г., где заключительный шестой раздел назывался

¹ Энциклопедический словарь. – СПб: Изд. Ф.А. Брокгауз, И.А. Эфронъ, 1892. Т. VII. С. 344-345.

² Ю.Ю. Губнер. О повреждениях, причиняемых неправильным и противозаконным лечением // Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике, издаваемый Медицинским департаментом. Т. 2. – СПб: Типография М.М. Стасюлевича, 1878. - Гл.VII. - С. 547-548.

³ Орлов А.Н. Добросовестное заблуждение врача. – Красноярск: ПИК «Офсет», 1993. – С. 30.

⁴ Гладун, З.С. Законодательство о здравоохранении : проблемы формирования новой теоретической модели // Государство и право / З.С. Гладун. – 1994. - № 2. – С. 118.; Сальников В.П., Стеценко С.Г. Нормативно-правовое обеспечение здравоохранения в советский период // Журнал Российского права. – 2002. - № 1. – С. 160.

«Ответственность врачей и обжалование их действий». Данным документом был предусмотрен способ разрешения конфликтов в связи с неправильной выдачей или заполнением больничных листов главными врачами, врачебно-консультативными комиссиями или врачебно-трудовыми экспертными комиссиями; решения последних были окончательными.

Постановление СНК СССР от 15 сентября 1937г. «О порядке проведения медицинских операций» впервые предоставило Народному комиссариату здравоохранения СССР право издавать обязательные для всех учреждений, организаций и лиц распоряжения о порядке осуществления операций, в том числе по пересадке роговицы глаз от умерших, переливанию крови, пересадке отдельных органов, а также об использовании для учебных целей в медицинских учебных заведениях трупов неостребованных родственниками людей в лечебных учреждениях. Данный правовой документ явился основой для изданных в последующие годы различных инструкций и распоряжений, регламентирующих частные вопросы трансплантации¹.

Базовым документом, регулирующим вопросы здравоохранения второй половины XX в. стали Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении от 19 декабря 1969 г. Примечательным недостатком советского периода развития здравоохранения была излишняя идеологизация и декларативность.

Некоторая детализация до процессуальных правоотношений, связанных с неблагоприятными последствиями МП на уровне ведомственных правовых актов нашла отражение в «Положении о клиничко-анатомических конференциях», утверждённом в 1959г. приказом МЗ СССР № 316, а также в письме Минздрава СССР от 12.06.1987 № 06-14/22, где был установлен порядок проверки фактов нарушений правил врачебной деятельности по требованию прокуратуры.

Во второй половине XX в. законодательное закрепление прав и интересов пациента стало приобретать международный характер. Особый подход к правам пациента обусловлен наблюдающейся во всех демократических странах тенденцией возрастания роли прав и свобод человека.

Начиная со второй половины 70-х гг. появляется целый ряд важных документов международного значения, посвящённых правам пациента. Среди них:

Рекомендации Совета Европы по правам больного и умирающего (1976г.);

Резолюции Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения «О здоровье для всех» (1977г.);

Хартия по правам больничных пациентов (1979г.);

Лиссабонская декларация о правах пациента (1981г.);

Права пациента в Европе (ВОЗ, 1993г.);

Амстердамская декларация о политике в области обеспечении прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994г.);

Копенгагенская Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (1994г.).

Документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981г., Декларация об эвтаназии 1987г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987г., Хельсинкская декларация 1989г., Декларация о проекте "Геном человека" 1992г., Международный кодекс медицинской этики 1983г., Заявление о торговле живыми органами 1985г., Заявление о политике в области охраны здоровья детей 1987г., Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов 1987г., Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям 1992г. и др.).

¹ Среди них: «Инструкция по изъятию и первичному консервированию гипофизов от трупов человека», утв. Приказом МЗ СССР от 23 сентября 1977 г. № 866 «О порядке изъятия и организации сбора гипофизов от трупов для производства гормональных препаратов»; Приказ МЗ СССР от 7 июля 1987 г. № 872 «Об увеличении сбора гипофизов от трупов для производства гормональных препаратов»; Инструкция МЗ СССР «Об использовании глаз умерших людей для операции пересадки роговицы слепым» Приложение № 4 к приказу МЗ СССР № 88 от 16 февраля 1954 г. // Сб. орг.-метод. мат. по суд.-мед. экспертизе. - М., 1960. - С. 214 – 215; Временная инструкция МЗ СССР от 1 января 1977 г. «Для определения биологической смерти и условий, допускающих изъятие органов для трансплантации». - М., 1977.; Инструкция для определения биологической смерти и условий, допускающих изъятие почки для трансплантации. - М., 1977; Методические рекомендации МЗ СССР 27 сентября 1983 г. «Заготовка почек для трансплантации». - М., 1983.

Европейское консультативное совещание ВОЗ по правам пациента, проходившее в Амстердаме с 28 по 30 марта 1994г., приняло «Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения (Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework)», представляющие собой свод основных принципов, направленных на поддержку и осуществление прав пациента на территории европейских государств – членов ВОЗ.

Опубликованные в Амстердамской декларации «Основы концепции прав пациента в Европе» декларируют общечеловеческие права и права пациента (пациент(ы) – здоровый (ые) или больной (ые) потребитель (и) медицинских услуг).

Провозглашенная в Амстердамской декларации политика предусматривает следующие стратегические направления:

1) принятие законодательных и подзаконных актов, определяющих права и обязанности пациентов, представителей медицинских профессий и учреждений здравоохранения;

2) принятие периодически пересматриваемых медицинских и других профессиональных кодексов, хартии прав пациентов и аналогичных документов, созданных на основе согласия и взаимопонимания между представителями граждан, пациентов, медицинских работников и политиков;

3) развитие сотрудничества среди и между пациентами, производителями и поставщиками медицинских услуг, учитывающего различия взглядов здоровых граждан и потребителей медицинских услуг;

4) оказание поддержки со стороны правительства в создании и работе неправительственных общественных организаций, деятельность которых связана с отстаиванием прав пациентов;

5) привлечение средств массовой информации с целью информирования населения в области прав пациентов и потребителей медицинских услуг;

6) обеспечение проведения исследования с целью оценки и документирования эффективности законодательных мер и других методов и инициатив, предпринятых в различных странах в области соблюдения прав пациента.

Вслед за этим в 90-е годы в России были приняты ряд важнейших законов, регламентирующих медицинскую деятельность и права пациентов. Право гражданина на охрану здоровья и МП закрепила Конституция РФ в ст. 41. Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР в 1991г., провозгласила, что каждый имеет право на квалифицированную МП в государственной системе здравоохранения. Государство принимает меры, направленные на развитие всех форм оказания медицинских услуг, включая бесплатное и платное медицинское обслуживание, а также медицинское страхование (ст. 25).

Эпохальной страницей в отечественной истории нормативного регулирования здравоохранения стало принятие 22 июля 1993г. Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан¹. При подготовке данного Закона были использованы международные правовые акты (Декларация прав человека, Европейская стратегия по достижению здоровья для всех (ВОЗ, 1980г.), Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья (1989г.)), отечественный опыт, предложения по совершенствованию работы органов здравоохранения, повышению качества медицинского обслуживания и профилактических мероприятий.

Данный закон закрепил общие основания правовой ответственности медиков (п. 11 ст. 68 - право на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании МП) и значительно расширил права пациентов.

Статью 30 Основ можно назвать в этом смысле революционной, в ней закреплён обширный перечень прав пациента, в частности право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учётом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

¹ Далее – Основ.

- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании МП;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В статье также отмечается, что в случае нарушения прав пациента он может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ЛПУ, в котором ему оказывается МП, в соответствующие профессиональные ассоциации, лицензионные комиссии, в суд¹.

В те же и в последующие годы был принят целый ряд законов, более детально регулирующих отдельные направления практической медицинской деятельности и права пациентов:

- Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Федеральный закон от 9 июня 1993 г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов»;
- Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86 «О лекарственных средствах»;
- Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 20 июня 2000 г. № 91 «О внесении дополнений в Закон Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

¹ Федеральный закон № 5487-1-ФЗ от 22.07.1993.

Представленные в Основах законодательства права пациентов полностью соответствуют правам пациентов, изложенным в Законе о медицинском страховании. Закон определяет виды медицинского страхования, права и обязанности участников медицинского страхования, источники финансирования и другие аспекты страховой медицины.

Принятие Закона о медицинском страховании знаменовало собой переход отношений «пациент - система здравоохранения» из сферы административного права в сферу гражданско-правового регулирования. При этом пациент приобрёл правовой паритет с другими участниками процесса медицинского обслуживания как равноправный субъект медицинского страхования. Гражданско-правовое регулирование отношений «пациент – страховщик, пациент – страхователь» реализуется через договоры медицинского страхования, что создаёт новые возможности для защиты прав пациентов.

В Законе о медицинском страховании предусматривается также персонификация пациента через страховой полис ОМС (ст. 5), право выбора врача, медицинского учреждения и СМО, предъявление иска страхователю, СМО и медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение ущерба здоровью (ст. 6).

Страховой полис позволяет фиксировать каждый случай нарушения обязательств по медицинскому страхованию перед конкретным гражданином, создавая документальную основу для возбуждения исков. Другой функцией страхового полиса является возможность его использования в будущем для стимулирования приверженности граждан здоровому образу жизни, если принцип «здоровый платит за больного» заменить на формулу «здоровый кредитует больного» и проводить накопления неиспользованного страхового взноса. Страховой полис также создаёт возможность для урегулирования вопросов медицинского обслуживания российских граждан за рубежом.

Вопросы защиты прав пациентов затрагивают и другие вышеперечисленные законы, где за пациентом закрепляется статус равноправного субъекта в отношениях, связанных с оказанием ему МП. Права пациентов охраняются также гражданским, трудовым и уголовным законодательством, а также Федеральным Законом «О защите прав потребителей» (от 07.02.1992 № 2300-1), другими нормативными актами.

Последнее десятилетие XX века характеризуется не только становлением в нашем государстве системы обязательного медицинского страхования, но и значительным расширением сферы платных медицинских услуг.

Обеспечению оказания качественной МП посвящены Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями¹. Данные Правила устанавливают, что дополнительные к гарантированному объёму бесплатной для граждан МП платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности.

Платные медицинские услуги населению оказываются государственными и муниципальными медицинскими учреждениями по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. За невыполнение правил предоставления платных услуг населению медицинскими учреждениями соответствующее медицинское учреждение в установленном порядке может быть лишено лицензии или права предоставления населению платных медицинских услуг.

В соответствии с Положением о лицензировании медицинской деятельности² лицензированию подлежит выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) МП по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных

¹ Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями: Постановление правительства РФ от 13.01.1996 № 27.

² Утверж. Постановлением Правительства от 04.07.2002 № 499.

мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях.

Лицензирование медицинской деятельности осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ или органами исполнительной власти субъектов РФ, которым переданы по соглашениям с ними полномочия по лицензированию указанной деятельности.

В случае если лицензиат осуществляет несколько видов медицинской деятельности одновременно, в лицензии каждый вид медицинской деятельности указывается отдельно. Информацию о наличии лицензии у того или иного медицинского учреждения можно получить в территориальном филиале, либо на сайте Росздравнадзора (www.roszdravnadzor.ru).

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и сертификат, а на занятие определёнными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения и социального развития РФ, – также и лицензию.

В нашей стране принята, но не реализована отраслевая целевая программа на 2003 – 2007 г.г. «Управление качеством в здравоохранении», создана Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор)¹. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 6 апреля 2004г. № 155 на указанную Федеральную службу возложены функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития, в том числе за медицинской деятельностью. Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004г. № 323 утверждено Положение о Росздравнадзоре. К полномочиям этого ведомства отнесён контроль над осуществлением судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз. Однако до настоящего времени нет чёткого определения пределов компетенции Росздравнадзора при осуществлении таких полномочий относительно судебно-медицинской экспертизы.

В настоящее время введены должности главных внештатных специалистов по судебной медицине Минздравсоцразвития и Росздравнадзора. В территориях, имеющих филиалы Росздравнадзора внештатных специалистов по судебной медицине до сих пор нет.

На уровне субъектов РФ введены должности главных судебно-медицинских экспертов по федеральным округам, однако, регламент их деятельности, правовой статус, пределы компетенции и полномочия не нашли отражения ни в одном нормативном подзаконном акте.

Вышеприведённый обзор нормативно-правовых актов по вопросам ответственности медицинских работников и защиты прав пациентов демонстрирует определённый прогресс в этой области. Однако реальная ситуация в стране с чудовищно несправедливой «вилкой» в доходах, порождающая нестабильность, апатию, агрессивность и размывающая нравственные устои общества, негативно влияет и на сферу медицинского обслуживания, порождая противостояние и конфликты².

Таким образом, развитие законодательства в сфере охраны здоровья насчитывает более чем тысячелетнюю историю, отражаясь сквозь призму общественного строя и политической ситуации. Дальнейшая разработка правового обеспечения здравоохранения должна включать детализацию прав пациента, механизмов их гарантии и защиты, обеспечение возможностей лучшего взаимопонимания и сотрудничества пациентов и медработников.

Контрольные вопросы

1. Каковы были функции Медицинского Совета и Медицинского Департамента по Врачебному уставу Российской империи?
2. Чем различались и как изменялись понятия «недозволенное врачевание» и «неправильное

¹ Указ Президента РФ от 9 марта 2004 г. № 314.

² Здесь многое должны сделать представители деонтологии, биоэтики, пролагая гуманистические идеи, терпеливое отношение к людям, чуткость к чужой боли, самосовершенствование, снижение агрессивности, без которых немислима деятельность настоящего врача. Бездуховный рассудок не способен к восприятию этических норм и в эгоистическом затмении отбрасывает чувство жалости к себе подобным.

врачевание» в соответствии с Уложением о наказаниях уголовных и исправительных, Судебными Уставами?

3. Какие права впервые были предоставлены Народному комиссариату здравоохранения СССР Постановлением СНК СССР от 15 сентября 1937г. «О порядке проведения медицинских операций»?

4. Назовите права пациента и норму нормативного документа, где они закреплены.

5. Назовите законы, принятые в 90-е годы прошлого века, регулирующие отдельные направления медицинской деятельности и права пациентов.

1. 2. ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕФИНИЦИЙ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В современный период разработаны две основные концепции здоровья:

1) здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия (в валеологии);

2) здоровье как фундаментальное конституционное право человека (в юриспруденции).

Физическое благополучие – это способность человека к физической активности, к полноценному труду, отсутствие патологии органов и тканей.

Психическое благополучие – это испытываемые человеком положительные эмоции, его способность к контролю своего поведения и эмоций, способности к познавательной деятельности.

Социальное благополучие – степень удовлетворенности человека ролью в обществе, качеством жизни.

Здравоохранение есть система социальных, экономических и медицинских мер, целью которых является сохранение и повышение уровня здоровья каждого отдельного человека и населения страны в целом. Характер и содержание его на различных этапах общественного развития определяется не только способом производства и степенью развития производительных сил, но и уровнем развития науки и техники в целом и медицинской науки, в частности, степень выполнения здравоохранительных функций по охране здоровья населения зависит от его материально-технической базы, наличия квалифицированных медицинских кадров, развития медицины, науки и внедрения их достижений в практику здравоохранения.

Законом РФ «О медицинской деятельности в Российской Федерации» установлены принципы организации медицинской деятельности (правовое регулирование, корпоративное самоуправление, самостоятельное хозяйственное ведение, целевое дотирование и грантовая поддержка государством), а также правовой статус медицинского работника как имеющего надлежащее специальное медицинское или фармацевтическое образование и осуществляющего соответствующую профессиональную медицинскую или фармацевтическую деятельность.

Медицинская помощь (МП) представляет собой разновидность медицинской деятельности. К такому выводу приводит толкование п. 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности: «Медицинская деятельность включает выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) МП по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях».¹ Данная формулировка представляется неудачной, поскольку позволяет отнести такие виды медицинской деятельности, как проведение медицинских экспертиз и заготовку органов и тканей

¹ В ред. Постановлений Правительства РФ от 03.10.2002 г. № 731, от 01.02.2005 г. № 49.

к видам МП, а также не позволяет разграничить понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Кроме того, деятельность по оказанию МП представлена разновидностью медицинских работ и услуг, но термин «медицинские работы» представляется лишним, в других нормативных актах он не упоминается.

Как же соотносятся понятия «МП» и «медицинская услуга»? В ч. 1 ст. 1 Основ медицинскими признаются услуги, направленные «на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему МП в случае утраты здоровья». Буквальное толкование данной нормы приводит к выводу о совпадении данных понятий по цели деятельности – улучшение или сохранение здоровья, спасение жизни. В.А. Белов, выделяя критерии отнесения услуг к медицинским, правильно отметил, что определяющим является не цель, а содержание.

Согласимся с рассуждениями указанного автора: «...относить ли к числу медицинских услуги, оказываемые вне связи с заболеванием, травмой? Например, обращение в клинику с целью удлинить коротковатые ноги; услуги стоматологов по полной замене «родных» (причем здоровых) зубов искусственными; услуги косметических салонов и иных учреждений, осуществляющих «подтяжку» кожи и другие операции, к которым прибегают ради совершенствования собственной внешности; услуги специалистов в области татуировки и пирсинга, бальзамирование тел умерших и т.д. Что является критерием отнесения услуг к числу медицинских – цель их оказания (поправка здоровья) или содержание (направленное нарушение целостности человеческого организма или иное вмешательство в биологические процессы его функционирования)?

Но правильно ли ограничиться выяснением буквального смысла нормы? Ведь согласно этой трактовке любая услуга пациенту, выходящая за пределы мер, безусловно и минимально необходимых для поправки поврежденного здоровья конкретного лица, уже не будет медицинской. Безусловно, не попадут в число медицинских услуги, само обращение за которыми объясняется исключительно «прихотью» пациента – желанием иметь длинные ноги, «римский» нос, безупречные зубы, молодое тело и т.п. А если подобные услуги не признавать медицинскими, значит, их смогут оказывать лица, не имеющие соответствующей квалификации, организации, не получившие лицензии. Иными словами, последствия указанного подхода явно противоречат намерению законодателя. Это свидетельствует о том, что буквальное толкование указанной нормы Основ является неверным. Услуги надо относить к медицинским, ориентируясь не на цель их оказания, а на их содержание».¹

С другой стороны, предоставление медицинской услуги, направленной только на улучшение внешнего облика, будет способствовать улучшению психического здоровья и социального благополучия пациента, и подразумевать в его целях лишь «прихоть» едва ли правильно. Безусловно, грань между медицинской помощью и услугой более тонкая, что объясняется ёмкостью понятия «здоровье».

Резюмируя изложенное, обозначим четыре вида медицинской деятельности (Рис. 1).

¹ Белов, В.А. Большой вопрос: Гражданские правоотношения с медицинскими организациями / В.А. Белов. – Законодательство. – 2003. - № 11.



Рис. 1. Виды медицинской деятельности

К первому из представленных видов медицинской деятельности – «МП» – следует отнести комплекс медицинских мероприятий, направленных на спасение жизни, улучшение или сохранение здоровья, т.е. оказываемых в связи с заболеванием или травмой. Именно эта цель и объединяет понятия «МП» и «медицинские услуги».

Вместе с тем, как справедливо отмечают А.А. Мохов и А.В. Мелихов, деятельность по реализации медицинских услуг является частным и особым случаем предпринимательской деятельности, разновидностью социального предпринимательства. Она осуществляется юридическим лицом на свой риск и под свою имущественную ответственность на основе использования имущества, находящегося на титуле собственности либо на ином законном праве; в сфере здравоохранения различают негосударственные, платные (для пациентов) социальные услуги, осуществляемые, как правило, субъектами частного права на договорной основе и государственные (бесплатные)¹.

При этом объективно возникает противоречие между возможностью получения дохода и выполнением профессионального долга при недостаточной платежеспособности пациентов, нуждающихся в оказании МП, не оплачиваемой за счёт средств фонда ОМС. Данное противоречие усиливается за счёт постоянного сокращения объёма бесплатных медицинских услуг на фоне роста потребности в них, что приводит порой к искаженному пониманию профессионального долга, утрате ценности данного понятия и выражается в разном отношении к пациентам в зависимости от уровня их платежеспособности. Для значительной части населения являются недоступными многие платные медицинские услуги, высокоэффективные лекарственные препараты последних поколений, в которых побочные эффекты сведены к минимуму.

Вместе с тем текст клятвы врача, закреплённый в 1999г. в ст. 60 Основ, обязывает *«честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы,*

¹ Мохов, А.А. Деятельность по оказанию медицинских услуг – разновидность деятельности предпринимательской /А.А. Мохов, А.В. Мелихов // Медицинское право. – 2006. - № 3.

национальности, языка, происхождения, *имущественного и должностного положения ...*».¹ Думается, что для сферы медицины содержание понятия «профессиональный долг» шире понятия «профессиональные обязанности» в силу особо охраняемого объекта «здоровье». Профессиональные обязанности отражают технологическую сторону медицинской деятельности, а профессиональный долг включает также её принципы, деонтологическую сферу, сопряжённую с морально-этическими аспектами. С другой стороны, выдвижение клятвы врача на нормативный уровень сближает рассматриваемые понятия, поскольку профессиональный долг – не просто совокупность принципов деятельности, но и нормативно закреплённые обязанности, нарушение которых влечёт различные виды ответственности. Так, ст. 60 Основ указывает на ответственность за нарушение клятвы врача, ст. 68 Основ – за недобросовестное выполнение медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшее причинение вреда здоровью граждан или их смерть.

В процессе оказания МП непосредственное воздействие на пациента осуществляется посредством совокупности медицинских средств, способов и системы действий, объединённых единой целью, называемых медицинскими мероприятиями. Они подразделяются на манипуляции, процедуры и вмешательства².

Манипуляция – это выполнение определённых действий путём воздействия рук на какую-либо часть тела с диагностической или лечебной целью (пальпация, массаж и т.д.).

Процедуры включают в себя большую группу медицинских мероприятий, которые, как правило, выполняются средним медицинским персоналом. Это сеансы физиотерапии, ухода за телом, различные способы введения лекарственных средств.

Вмешательство – медицинское воздействие, выражающееся в непосредственном проникновении во внутренние органы пациента³.

Следует отметить, что в нормативных документах (п.п. 7, 8 ст. 30, ст.ст. 32, 33 Основ и др.) используется термин «медицинское вмешательство», содержание которого не раскрыто. Так, п.7 ст. 30 Основ закрепляет право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 Основ, содержание такого согласия также не раскрывается, и до сих пор не принята и не утверждена форма его получения, что осложняет правоприменительную практику; пунктом 8 ст.30 Основ предусмотрено право на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 Основ.

Наиболее распространённое вмешательство – хирургическое, которое, как правило, сопровождается повреждением кожных покровов, тканей и внутренних органов. Вместе с тем, в последнее десятилетие проводится множество операций с минимальными повреждениями, например, чрескожная холангиография (определение места закупорки желчных протоков), чрескожная нефролитотомия (трипсиа) (удаление камня из почек).

Исход лечения зависит от того, насколько профессионально и ответственно был выполнен весь технологический цикл медицинского мероприятия, включающий стадии:

а) подготовительная – обеспечение медицинского мероприятия необходимыми материально-техническими условиями и медицинскими средствами, проведение соответствующего медицинским правилам обязательного обследования больного;

б) исполнительская – непосредственное воздействие на организм человека в соответствии с требованиями медицинского стандарта;

в) заключительная – завершение и проверка качества и результата выполненного мероприятия (например, после проведения операции хирург обязан провести ревизию внутренних органов, чтобы проверить, не поврежден ли какой-либо из них, не остался ли в брюшной полости инородный предмет, перед наложением наружных швов обеспечить пересчёт вслух используемых инструментов и перевязочного материала).

¹ До принятия Федерального закона от 20.12.1999г. № 214-ФЗ текст клятвы врача не имел нормативного закрепления.

² Первая доврачебная помощь / В.М. Величенко, Г.С. Юмашев и др. / Под ред. В.М. Величенко. – М., 1990. – С. 25.

³ Первая доврачебная помощь / В.М. Величенко, Г.С. Юмашев и др. / Под ред. В.М. Величенко. – М., 1990. – С. 25-26.

Принято считать, что процесс оказания МП включает стадии: диагностирование, лечение и преемственность.

Диагностирование – это установление состояния здоровья пациента, определение болезни или травмы на основании специальных исследований, постановка диагноза.

Лечение – это воздействие на организм пациента с помощью медицинских мероприятий и средств с целью улучшения, сохранения здоровья либо спасения жизни. Существует несколько видов лечения: консервативное (терапевтическое), радикальное (хирургическое), суггестивное (путем внушения), физиотерапевтическое, комбинированное.

Преемственность – это принятие решения о дальнейшем оказании пациенту необходимой МП. Включает выбор места, времени осуществления МП, способа транспортировки к месту оказания последующей МП¹.

Легальное определение качества оказания МП дано в приказе Министерства здравоохранения РФ, ФФОМС от 24.10.1996: «Качество МП – это выполнение профессиональных медицинских стандартов и соответствие оказанной МП ожиданиям пациента, современному уровню медицинской науки и технологии».²

Для определения понятия «качество МП» использованы рекомендации экспертов ВОЗ (1983), содержащие четыре компонента, характеризующие МП надлежащего качества: 1) максимальное выполнение профессиональных функций, 2) оптимальное использование ресурсов, 3) минимальный риск для пациента и 4) максимальная удовлетворённость пациента результатом оказанной ему МП. В литературе также широко используется синоним данного понятия – «адекватное оказание МП».

Анализ признаков, включающихся в определение адекватного оказания МП, позволяет полно и всесторонне оценить действия медицинских работников, выявить как объективные, так и субъективные причины, побудившие медиков к принятию и реализации тех или иных решений, объективно установить причинную связь, дать правовую оценку исследуемому лечебному процессу, осуществлённому в интересах конкретного пациента.

Оценка качества МП – это управленческая процедура однозначного определения ее социальной приемлемости или неприемлемости, в результате которой оказывается стимулирующее воздействие на субъекты оказания МП. Контроль качества оказания МП регламентируется соответствующими нормативными документами. Это, в первую очередь, «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», «Закон о медицинском страховании в РФ» и принимаемые в соответствии с ними другие законодательные акты РФ и субъектов РФ, а также ведомственные нормативно-правовые акты Минздравсоцразвития РФ, клинические рекомендации по стандартам МП, а также документы, принимаемые фондами ОМС. В соответствии с ними существует ведомственный и вневедомственный контроль качества оказания медицинской помощи.

По мнению А.А.Азарова, И.А.Захарова, «медицинская услуга надлежащего качества» - услуга, оказываемая врачом либо другим медицинским работником, исключая негативные последствия: затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющего у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса; приводящие к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения; вызывающие неудовлетворенность пациента от взаимодействия с медициной³.

В современной юриспруденции и медицине для обозначения ненадлежащего качества оказания МП используются понятия: врачебная (медицинская) ошибка, дефект оказания МП, ятрогения.

Более всего разночтений наблюдается при обращении к вопросу о сущности врачебной ошибки. И.В. Давыдовский предлагал считать ею только добросовестное заблуждение, основанное на несовершенстве самой медицинской науки и ее методов или происходящее в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не

¹ Первая доврачебная помощь / В.М. Величенко, Г.С. Юмашев и др. / Под ред. В.М. Величенко. – М., 1990. – С. 25 - 26.

² О совершенствовании качества оказания медицинской помощи населению Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения РФ, ФФОМС от 24.10.1996 №363/77 // Здравоохранение. - 1997. - № 1.

³ Здравоохранение. - 2000. - № 10.

обнаруживаются элементы халатности, небрежности, невнимательности или медицинского невежества.¹ Сходные суждения высказаны Ф.Ю. Бердичевским: «На практике врачебную ошибку нередко смешивают с небрежностью или халатностью, однако разные проявления небрежности и ее последствий заставляют в одних случаях признать небрежность проступком, а в других — преступлением»².

К настоящему времени в медицине существует более 65 определений понятия «врачебная ошибка» и еще больше противоречивых суждений, что наблюдается при обращении и к энциклопедическим источникам.

Большая медицинская энциклопедия определяет врачебные ошибки как «ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков».³

В современном издании большого медицинского энциклопедического словаря только начало определения совпадает по смыслу с вышеизложенным: «Врачебная ошибка – это действия врача, имеющего ошибочное суждение в момент исполнения им профессиональных обязанностей, повлекшие негативные последствия для здоровья или жизни пациента. Врачебная ошибка влечёт за собой административную или уголовную ответственность».⁴

Таким образом, если традиционный подход к понятию «врачебная ошибка» основывался на невиновном причинении вреда при наличии добросовестного отношения медицинских работников к своим обязанностям, то в последние годы исследуемая дефиниция существенно переосмыслена. Сущность этого переосмысления заключается в том, что уже не сочетаются добросовестное отношение к своим обязанностям и негативные последствия для здоровья или жизни. Иными словами, в новом подходе видна попытка увязать, соединить понятия «врачебная ошибка» и «вред здоровью».

Однако такой подход приводит к смешению понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения». К аналогичному выводу относительно природы врачебных ошибок на основе анализа различных точек зрения пришли Ю.Д.Сергеев и С.В. Ерофеев: «Ятрогения – это причинение вреда здоровью пациента, находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий»⁵. А.В. Шапошников (1998) даёт более объёмное определение ятрогений «негативные прямые или косвенные последствия действий, а также высказываний медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей, на здорового или больного человека, повлекшее за собой изменения его психического и физического состояния независимо от времени их наступления»⁶.

Выход из данного тупика предложили А.А. Мохова и И.Н. Мохова и другие авторы, по мнению которых целесообразно вести речь о врачебной или медицинской ошибке как о родовом понятии, поскольку оно сложилось исторически и связано с врачеванием как видом деятельности, в отличие от ятрогении как более неоднозначного понятия.⁷

На наш взгляд, понятие «ятрогения» имеет более определённое значение, чем «врачебная ошибка» как собирательный термин. Как известно, оно было введено немецким психиатром О. Бумке в 1925г. и первоначально означало причинение вреда пациенту непродуманным, бестактным словом врача (греч. *iatros* – врач и *genes* – происхождение). Со временем ятрогении стали рассматриваться как нежелательные последствия, возникшие при

¹ Давыдовский, И.В. Врачебные ошибки / И.В. Давыдовский // Советская медицина. – 1941. - № 3. – С. 16 – 18: Попов, В.А. Правовые основы медицинской деятельности / В.Л.Попов, Н.П. Попова. – СПб., 1997. – С. 56 – 57.

² Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970.

³ Большая медицинская энциклопедия. Т. 4. – М., 1976. – С. 442.

⁴ Большой медицинский энциклопедический словарь. – М.: Эксмо, 2006. – С.116.

⁵ Сергеев, Ю.Д. Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. - № 1. – С. 5.

⁶ Сергеев, Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев : монография. – М.-Иваново, 2001. – С. 194.

⁷ Мохов, А.А. Еще раз о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене / А.А. Мохов, И.Н. Мохова // Эксперт-криминалист. – 2005. - № 0. – С. 31.

оказании МП любого профиля (П.Ф. Калитеевский, И.А. Кассирский, Е.М. Тареев и др.). В 1995 году ВОЗ отнесла ятрогении к роду патологий, определив их как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти. В связи с этим в международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра ятрогении представлены как самостоятельные патологические процессы.

Наряду с этим в последние годы появился термин «ятрофизиогения» (iatrophysiogenia; греч. iatros – врач + physis природа + genesis – происхождение) – неблагоприятное влияние на больного проведения лечебных и диагностических процедур.¹

Наряду с термином «врачебная (медицинская) ошибка» всё большее распространение получает понятие «дефект МП», под которым большинством авторов понимается некачественное осуществление диагностики, лечения больного, организации МП, которые привели или могли привести к отрицательным последствиям в состоянии здоровья больного.

Согласно словарю С.И. Ожегова, под дефектом понимают какой-либо изъян, недостаток, недочёт². И.В. Тимофеев, О.В. Леонтьев указывают: «Под дефектом в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий обычно понимают ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) МП, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших)³.

Таким образом, по мнению И.В. Тимофеева, О.В. Леонтьева и других авторов, «медицинская ошибка» по юридическому смыслу близка к понятию «дефект в проведении лечебно-профилактических мероприятий».

В качестве синонима данного понятия в литературе встречаются и другие термины: «дефект в проведении лечебно-профилактических мероприятий», «дефектная работа медиков», «надлежащая и ненадлежащая работа врачей».

В качестве основного критерия ненадлежащего оказания МП выдвигается либо несоблюдение требований медицинской науки и нарушение требований деонтологии, либо нарушение норм медицинской этики и медицинского права, утверждённые официальными инструкциями и правилами Федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения.

В современной медицине *дефект* оказания МП понимается как ненадлежащее качество оказания МП, т.е. некачественное осуществление диагностики, лечения больного, организации МП, которые привели или могли привести к отрицательным последствиям в состоянии здоровья больного.

В литературе предложены различные классификации дефектов в деятельности медицинских работников. Так, В. Гуляев и соавт. предлагают выделять следующие группы дефектов оказания МП:

- 1) дефекты организации (диспансеризации, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, транспортировки, госпитализации и др.);
- 2) дефекты диагностики (нераспознанное основное заболевание, поздняя диагностика и др.);
- 3) дефекты лечения (хирургического, терапевтического, анестезии и др.);
- 4) прочие дефекты⁴.

Нарушения, допущенные медицинскими работниками, систематизируют и по четырём ятрогенным сферам: тактико-диагностической; лечебной; информационно-деонтологической;

¹ Горбач И.Н. Медико-терминологический словарь / И.Н. Горбач. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2005. – С. 172.

² Ожегов, С.И. Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шведовой. – М., 1989. – С. 133.

³ Тимофеев, И.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты / И.В. Тимофеев, О.В. Леонтьев. – СПб., 2002. – С. 11.

⁴ Гуляев, В.А. Методологические основы анализа дефектов в оказании медицинской помощи / В.А. Гуляев, В.В. Филатов, Л.Б. Семкин // Воен. - медиц. журнал. - 2001. - № 4. - С. 16 - 19. Сходная классификация у Академика РАМН В.И. Чиссова: организационные, диагностические, лечебно-тактические, лечебно-технологические и деонтологические ошибки : Орлов, А.Н. Добросовестное заблуждение врача / А.Н. Орлов. – К., 1993. - С. 10.

организационной¹.

Ю.С. Зальмулин, И.Ф. Огарков классифицировали дефекты МП на:

1. Умышленные преступления медицинских работников;
2. Неосторожные преступления медицинских работников;
3. Врачебные ошибки;
4. Несчастные случаи².

Широко распространено деление дефектов МП на повреждения, отравления, заражения, нарушения восприятия. Ятрогении возникают вследствие допущенных дефектов МП; по степени выраженности различают ятрогенный симптом, ятрогенный синдром, ятрогенное заболевание, ятрогенная болезнь отдалённого периода; по категориям – несчастный случай, реализованный риск, медицинская ошибка и т.д. Некоторые патологоанатомы подразделяют ятрогении на 6 типов (уровней, групп). К ятрогениям 1-й группы относится патология диагностики и лечения, «сцепленная» с тяжёлыми заболеваниями («операции отчаяния», паллиативные меры). Вторая группа – истинные ятрогении – не обусловлены заболеванием, а являются только следствием действий медицинских работников. Наиболее трудным оказалось определение 3-й группы – со знаком «-», т.е. такой патологии, которая связана с ошибками диагностики, неправильными действиями или бездействием врача; встречается преимущественно в работе специалистов скорой МП и центральных районных больниц. К ятрогенным эпизодам (4-я группа) отнесены все дефекты профилактики, диагностики и лечения, которые имели временный характер, были исправимы и существенно не влияли на исход. 5-я группа подразумевает фоновые ятрогении (например, выраженный постинъекционный тромбофлебит вен нижней конечности с единичными тромбозами в ветвях легочных артерий у больного ревматизмом, ревматическим пороком сердца), 6-я – сопутствующие (например, небольшой пристеночный тромб правой подключичной вены после катетеризации её у больного хроническим гломерулонефритом)³.

Таким образом, классификационные структуры построены в зависимости от этапов МП, причин совершения дефектов, нозологических форм при обилии подходов к терминологии неблагоприятных исходов.

В настоящее время отмечается отчётливая тенденция к регистрации и измерению данных о «медицинских происшествиях», нежелательных исходах в медицине, что имеет практическое применение для совершенствования систем компенсации ущерба пациентам. При этом только в судебно-медицинской экспертизе может быть получен основной объём однородной информации, необходимый для юристов и организаторов здравоохранения. Потому для снятия противоречий в понятийно-терминологическом аппарате неблагоприятных исходов медицинской помощи предложено использовать модели. И «дефект медицинской помощи», и «ятрогения» рассматриваются как схемы, созданные для анализа неблагоприятных исходов и разработки мероприятий по их устранению. В зависимости от цели и задач врач может пользоваться любой из имеющихся моделей или их совокупностью⁴.

Выделяются неблагоприятные исходы медицинской помощи как предмет судебно-медицинской экспертизы с признаками ятрогении и без таковых. Признаки ятрогении включают: наличие вреда здоровью, возникновение вреда при исполнении профессиональных или служебных обязанностей медицинским персоналом, причинённый вред находится в прямой связи с действиями ввиду нарушения медицинских стандартов и нормативных актов. Юридически значимой для наступления ответственности является только прямая связь. Для дифференцировки прямой связи практическое значение имеют следующие критерии: объектив-

¹ Осмитов, Г.Т. Правовые вопросы медицинской деятельности / Г.Т. Осмитов. – Л., 1971. – С. 11.

² Зальмулин Ю.С. Врачебные ошибки и ответственность врача : автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Л., 1950. – С. 31 – 34; Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Ленинград: Медицина, 1966. – С. 16.

³ Бычков, С.П. Комплексная оценка ятрогений / В.Г. Бычков, С.П. Гладышев // Архив патологии. - 1989. Т. 51. № 6. – С. 85; Беликов, Е.С. Медико-экспертная квалификация ятрогений / Е.С. Беликов // Архив патологии. – 1998. Т.60. № 4. – С. 51.

⁴ Баринов, Е.Х. Наличие неблагоприятных исходов в медицинской практике / Е.Х. Баринов и др. // Актуальные вопросы судебной и клинической медицины. - Ханты-Мансийск, 2007. – Вып. 9.

ные факторы ненадлежащего оказания МП и неблагоприятного исхода; субъективные препятствия оказания МП со стороны больного; степень соблюдения общепринятых медицинских правил и рекомендаций; степень соблюдения соответствующих нормативных актов; сопоставление результатов ОМП в разных ЛПУ.

Анализ неблагоприятных исходов в медицинских учреждениях проводится в ходе заседаний ЛКК (лечебно-контрольные комиссии), КИЛИ (комиссии по изучению летальных исходов), КЭК (клинико-экспертные комиссии) и клинико-анатомических (патологоанатомических) конференций.

Сводя воедино рассмотренные подходы, подчеркнём, что в большинстве из них дефекты оказания МП предшествуют ятрогениям и соотносятся с ними как факт нарушения правил оказания МП и его неблагоприятные последствия.

С другой стороны, дефект и ятрогения соотносятся между собой как причина и следствие. Но всегда ли дефект МП приводит к ятрогении? В подавляющем большинстве – да, но редко встречаются «счастливые» случаи, когда этого не происходит.

С учётом элементов объективной стороны материальных составов преступлений, дефект МП как проявление специфического факта нарушения уголовно-правовой нормы, влечёт неблагоприятные последствия (ятрогению) в виде вреда здоровью определённой тяжести или смерти пациента (потерпевшего) и ответственность, о чём пойдёт речь в следующих разделах работы.

Контрольные вопросы:

1. Назовите виды медицинской деятельности.
2. Какие известны разновидности медицинских мероприятий?
3. В чём различия понятий «врачебная ошибка», «дефект оказания МП», «ятрогения»?
4. Каковы критерии оценки качества МП?

2. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1. ВОПРОСЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГА

Преступления, связанные с нарушением медицинскими работниками профессионального долга, можно классифицировать по различным основаниям: по объекту (должностные, против жизни и здоровья человека, по субъективной стороне (неосторожные и умышленные, со сложной формой вины) по последствиям (связанные с причинением определённого вреда здоровью, смертью потерпевшего или не связанные с таковым).

Выделим составы преступлений, классифицируемые по объекту:

1) против жизни и здоровья человека - в главе 16 (ч. 2 ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности, ч. 2 ст. 118 УК РФ – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, ст. 120 УК РФ – принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, ч. 4 ст. 122 УК РФ - заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, ст. 123 УК РФ – незаконное производство аборта, ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному);

2) против здоровья населения и общественной безопасности – в главе 25 (ст. 235 УК РФ – незаконное занятие частной медицинской или фармацевтической деятельностью, ст. 233 УК РФ – незаконная выдача рецептов на получение наркотических средств или психотропных веществ, ст. 236 УК РФ – нарушение санитарно-эпидемиологических правил);

3) против свободы личности – в главе 17 (ст. 128 УК РФ - незаконное помещение в психиатрический стационар);

4) против интересов службы – в главе 30 (ст. 290 УК РФ - получение взятки, ст. 292 УК РФ – служебный подлог, ст. 293 УК РФ - халатность).

Медицинский работник как самостоятельный специальный субъект уголовной ответственности в Уголовном кодексе РФ не назван¹. К специальным субъектам ответственности в диспозициях большинства норм с квалифицирующим признаком «вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», можно отнести наряду с медицинскими работниками представителей многих других сфер деятельности. Прежде всего, назовём два состава: причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ) и причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ). Этим регламентация запрещённых уголовным законом деяний в сфере медицины существенно отличается от регламентации нарушений специальных правил в некоторых других сферах профессиональной деятельности. Третий состав преступления с указанным квалифицирующим признаком (заражение ВИЧ-инфекцией - ч. 4 ст. 122 УК РФ) существенно отличается от двух предыдущих ограниченностью привлекаемых к ответственности лиц сферой медицины. Заметим, что помещение норм со специальным субъектом в статьи с общим субъектом уголовной ответственности делает невозможным получения точных статистических данных через информационные центры РФ, чем вуалируется реальная ситуация в сфере медицины. Форму отчётности следовало бы сделать более подробной, раскрытой для специалистов.

Сфера медицинской деятельности непосредственно более или менее тесно затрагивает ещё ряд составов преступлений. Расположим их по убыванию соприкосновенности с данной сферой: ст. 124 УК - неоказание помощи больному, ст. 128 УК – незаконное помещение в психиатрический стационар, ст. 235 УК - незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью, ст. 123 УК - незаконное производство

¹ Дополним, что в проекте УК РФ, внесенного на рассмотрение Государственной Думы, опубликованного в Российской газете от 1 февраля 1995 г., содержалась ст. 119 «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками», не принятая законодателем.

аборта, ч.2 ст. 293 УК – халатность, ст. 236 УК - нарушение санитарно-эпидемиологических правил. В данных составах упомянутый выше квалифицирующий признак не прописан (хотя и подразумевается), а ответственность могут нести и некоторые другие лица. Так, по ст. 124 РФ могут привлекаться, хотя и намного реже, лица, обязанные принимать меры к вызову врача или транспортировке больного (работники милиции, следственных изоляторов и др.). Наибольший круг других, помимо медицинских работников лиц, в отношении которых предусмотрена уголовная ответственность, усматривается в составах ч. 2 ст. 293 УК РФ и ст. 236 УК РФ.

Объективная сторона, во-первых, включает в себя дефекты оказания МП (несоответствие действий медицинского работника существующим в современной медицине обычаям (правилам, нормам, стандартам) применительно к данному случаю) либо иные нарушения специальных правил (для составов ч. 2 ст. 293, ст. 236 УК РФ). Во-вторых, обязательное наличие вредного результата МП (услуги) (за исключением формальных составов ч.1 ст.123, ст. 120 УК РФ), вида, сущности и степени тяжести причинённого вреда – от легкого в ст. 235 УК, среднего – ст. 124 УК до тяжкого либо причинения смерти. В-третьих, наличие причинно-следственной связи между нарушениями (в т.ч. дефектами оказания МП) и неблагоприятными последствиями (исходами или ятрогенными – вопрос дискуссионный). Для дифференцировки прямой причинно-следственной связи практическое значение имеют следующие критерии: объективные факторы ненадлежащего оказания МП и неблагоприятного исхода; субъективные препятствия ОМП со стороны больного; степень соблюдения общепринятых медицинских правил и рекомендаций; степень соблюдения соответствующих нормативных актов; сопоставление результатов оказания МП в разных ЛПУ¹.

Среди признаков субъективной стороны, которой в неосторожных преступлениях чаще является небрежность, значимы понятия «должен» и «мог». Должны учитываться индивидуальные (профессиональные и личностные) особенности субъекта - возраст, квалификация, стаж по специализации, прежний опыт ведения аналогичных пациентов, эмоциональное состояние.

Как отметил М.С. Гринберг, профессионализм должен проверяться в рамках компетентности по «горизонтали» и «вертикали». Например, в горизонтальном срезе врач-хирург обязан знать определённый раздел хирургии (кардиохирургия, абдоминальная, нейрохирургия и т.д.), смежные с ней разделы медицины (травматология, анестезиология, детская хирургия и т.д.). В вертикальном срезе границы компетентности неодинаковы, так как возможности начинающего врача и врача высшей квалификационной категории различны. Там и тогда, где и когда лицо не усвоило знание, которое оно должно было и имело возможность усвоить, оно несёт ответственность за незнание².

Не вызывает сомнения неоднократно высказанное мнение, что практически любое медицинское мероприятие имеет высокий риск неблагоприятного исхода, если со стороны исполнителей не будет проявлено максимальное внимание и предельная осторожность в ходе подготовки и проведения. Риск признаётся обоснованным, если цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием), и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда (ст. 41 УК РФ).

И.Г. Вермель выделил три условия уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение.

Первое условие. Действие данного медицинского работника были объективно неправильными, находящимися в противоречии с общепринятыми правилами медицины.

Второе условие. Медицинский работник в силу полученного им образования должен был (и имел реальную возможность) сознавать, что его действия являются неправильными и могут причинить вред больному.

¹ Ромодановский, П.О. Значение исследования нежелательных исходов в медицине / П.О. Ромодановский и др. // Актуальные вопросы судебной и клинической медицины. – Ханты-Мансийск, 2007. – Выпуск 9.

² Гринберг, М.С. Преступное невежество / М.С. Гринберг // Правоведение. 1989. - №5. - С. 74-79.

Третье условие. Эти объективно неправильные действия способствовали (прямо или косвенно) наступлению неблагоприятных последствий – смерти больного или причинению существенного вреда его здоровью.

Каждое из перечисленных условий является необходимым, а все вместе – достаточными для наступления уголовной ответственности. При этом И.Г. Вермель различал две формы связи между действиями медицинского работника и неблагоприятным исходом. В одних случаях этот исход является прямым следствием неправильных действий (случайное повреждение органа при операции, введение противопоказанного препарата, оставление инородного тела в операционной ране). В других случаях неправильные действия (отказ в госпитализации, неполноценное лечение) обусловили снижение эффективности оказываемой МП и тем самым не воспрепятствовали неблагоприятному течению процесса и вредным последствиям¹.

И.Г. Вермель, таким образом, пришёл к выводу, что уголовная ответственность не наступает, если при неблагоприятном исходе лечения действия медицинского работника были правильными, если он сделал всё, что следовало сделать в данной ситуации; если медицинский работник *не мог предвидеть неблагоприятных последствий*; если при объективно неправильных действиях не наступили вредные последствия или же отсутствует причинная связь между действиями и наступившими последствиями.

Выделенный выше курсивом тезис относится к субъективному критерию небрежности как разновидности неосторожной формы вины (ст. 26 УК РФ). Отсутствие волевых усилий, направленных на предвидение наступления вреда, включается в волевой элемент преступной небрежности. Ситуация не должна быть чрезмерно сложной (не редкое, не малоизученное заболевание, не слишком громоздкая сопутствующая патология, при том, что сопутствующая патология имеется почти всегда и т.д.), а индивидуальные качества врача (профессиональные, личностные) должны позволять правильно её воспринять и своевременно сориентироваться, принять необходимые меры в интересах пациента; при наличии указанных предпосылок есть основания считать, что врач располагал возможностью предвидеть неблагоприятные последствия. Если медицинский риск есть разновидность обоснованного риска, не следует делать исключение для субъектов данной сферы деятельности, что иногда предлагается, неоправданно расширяя количество ситуаций, подпадающих под определение «непредсказуемые», относящихся к невиновному причинению вреда.

Преступления, связанные с нарушением медицинскими работниками профессионального долга, принято подразделять на неосторожные, иногда называемые «ятрогенными», и умышленные – «врачебные преступления»; последнее деление представляется некорректным, исходя из семантики обозначенных в кавычках слов. В большинстве случаев речь идёт о неосторожной форме вины в виде небрежности либо легкомыслия, причём небрежность встречается гораздо чаще. Под небрежностью понимают те обстоятельства, когда врач не предвидел возможности наступления вредных последствий своих действий (бездействия) для пациента, хотя при необходимой внимательности, предусмотрительности и надлежащем отношении к своим профессиональным обязанностям должен был и мог предвидеть эти последствия.

С учётом наличия в значительном количестве составов двойной формы вины, содержания ст. 27 УК РФ и разноречивых комментариев к ней такое деление представляется несколько грубым. Так, в квалифицированных составах ст.ст. 123, 128 УК РФ причинение по неосторожности тяжких последствий не меняет положения о том, что в целом данные преступления считаются умышленными (по основному составу), но в литературе высказаны и иные мнения². Что же касается ст.ст. 124, ч.2 ст. 293 УК РФ, то данные преступления считаются в целом неосторожными по тому же правилу основного состава, хотя данная позиция не разделяется некоторыми авторами³.

¹ Вермель, И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (вопросы теории и практики): учебное пособие / И.Г. Вермель. - Свердловск, 1988. - С. 7 - 10.

² Сухарникова, Л.В.. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности / Л.В. Сухарникова. – СПб., 2006. – С. 13.

³ Николаева, Г.С. Комплексное руководство для сотрудников правоохранительных органов, органов здравоохра-

Вместе с тем, есть ряд преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности, с умышленной формой вины и к деянию, и к последствиям. К ним относятся: принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ), квалифицированные составы убийства (п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ), причинения тяжкого вреда здоровью человека (п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ). Поэтому в классификации в зависимости от формы вины можно выделить три, а не две группы, включив и преступления с двойной формой вины.

Соответственно по различиям в субъективной стороне выделим группы составов, характеризующихся: прямым умыслом и специальной целью (п. «м» ч. 2 ст. 105, п. «ж» ч. 2 ст. 111, ст. 120 УК РФ); умыслом по отношению к действиям и неосторожностью (чаще небрежностью) к последствиям (ст.ст. 123, 124, 128, 235, 236 УК РФ); неосторожной виной в форме небрежности или легкомыслия (ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст.ст. 122, 293 УК РФ).

Систематизация и формулировки норм УК РФ, сопряжённых со сферой медицинской деятельности – предмет пристального внимания и критики исследователей. На практике не всегда просто провести разграничение между небрежностью и легкомыслием, чем пользуются некоторые защитники и, ловко манипулируя терминологией в сфере субъективной стороны, обосновывают недоказанность состава, создавая волокиту, на несколько лет удлиняя сроки производства по делу. В выделенных жирным шрифтом фрагментах из кассационной жалобы от 20.09.2006г. в защиту Ш., осуждённой по ч. 2 ст. 109 УК РФ, отражён механизм разрушения одного из доказательств: *«Какую же вину вменило следствие Ш.? В постановлении о привлечении в качестве обвиняемой сказано, что Ш., не предвидя возможность наступления общественно опасных последствий (в виде смерти И., которая могла наступить от развития гипоксии в результате многократно неудавшихся попыток интубации трахеи и неадекватной искусственной вентиляции легких) своих действий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности, основываясь на своем опыте, знаниях, полученных в результате длительного процесса обучения, изученной литературы, должна была и могла предвидеть наступление данных последствий, в условиях отсутствия должной подготовки к проведению интубации **самонадеянно**, своевременно не уведомив заведующего отделением анестезиологии-реаниматологии ОКБ об изменении обстановки операционной, продолжила попытки производства интубации И. От развившейся гипоксии в результате многократно неудавшихся попыток интубации трахеи и неадекватной искусственной вентиляции легких И. 25.01.02г. скончался... Каким же образом Ш. могла **самонадеянно** продолжить свои действия, если ей вменена форма вины в виде **небрежности**? Если же имели место **самонадеянные** действия Ш., то это значит, она должна была предвидеть общественно опасные последствия своих действий. Однако этот интеллектуальный элемент легкомыслия следствие не вменяет. Неправильное применение уголовного закона, а именно ст. 26 УК РФ при предъявлении обвинения не позволяет определить, с какой формой вины совершено инкриминируемое Ш. преступление. Следовательно, состав преступления, подлежащий доказыванию, не определен. ... Более того, излагая существо обвинения в приговоре (п.д. 1), суд описывает преступление как совершённое **по небрежности**, не указывая на **самонадеянные** действия Ш. А на л. 6 приговора ... указывает, что Ш. **самонадеянно**, не приступив к методу искусственной вентиляции легких с помощью воздуховода и маски, предприняла вторую попытку интубации. Эти противоречивые выводы суда означают, что ни предварительным, ни судебным следствием не установлена вина Ш., как того требует ч. 1 ст. 5 УК РФ»¹.*

Данный случай показывает, как сложно порой на практике оценивая совокупность неосторожных действий, применить традиционное деление неосторожности на виды в сложном процессе оказания МП, состоящего из множества действий, оценка которых может подпадать под разные правила, но в пределах одной нормы УК РФ.

Большинство составов преступлений, где может фигурировать рассматриваемый специальный субъект, за исключением ч. 1 ст. 123, ст. 120, ч. 1 ст. 128 УК РФ, являются матери-

нения, юристов, адвокатов, правозащитников: Освидетельствование, медицинское освидетельствование, экспертиза нетрудоспособности, медико-социальная, судебно-медицинская и иная экспертиза / Г.С. Николаева и др. Медико-социальная помощь. – М., 2007. – С. 842.

¹ Уголовное дело № 2002/790. Томск.

альными, т.е. включают последствия ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей и причинную связь между деянием и последствиями. Все вышеуказанные статьи уголовного закона являются бланкетными, требующими обращения к многочисленным подзаконным нормативным и локальным правовым актам (приказам, инструкциям, положениям, правилам и т.п.).

Рассмотрим подробнее указанные составы преступлений, исключив те, где вред здоровью человеку не является составляющим элементом объективной стороны, а здоровье человека - объектом (ст. 233 УК РФ - незаконная выдача рецептов на получение наркотических средств или психотропных веществ, ст. 290 УК РФ - получение взятки, ст. 292 УК РФ – служебный подлог).

Причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

Неосторожная форма вины в данном составе может быть в виде легкомыслия или небрежности. В целом действия врачей могут проявиться:

- в поспешном и невнимательном сборе анамнеза или в игнорировании его, поверхностном, небрежном обследовании больного, что повлекло постановку ошибочного диагноза и неправильное лечение;

- в недостаточной подготовке, небрежном проведении обезболивания и оперативного вмешательства;

- в оставлении во время операции инородного тела (инструмент, марлевый тампон, перчаточный дренаж и др.) в полостях тела больного;

- в невыполнении правил послеоперационного вмешательства и др.

Причинение смерти по неосторожности может быть и вследствие ненадлежащего исполнения средним медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей (применено другое лекарственное средство вместо назначенного, вторичное использование одноразовых шприцов и т.д.).

Неосторожное действие медицинских работников, повлекшее смерть, в ряде случаев могут быть связаны:

- с неоправданным риском в процессе оказания помощи больному;
- с незаконным применением методов диагностики, лечения, лекарственных средств и др.

Согласно ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешение к применению в установленном законом порядке.

Неразрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться исключительно:

- в интересах излечения пациента и после получения его добровольного письменного согласия;
- для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Причинение смерти по неосторожности следует отличать от невиновного причинения смерти, когда лицо:

- не предвидело возможности наступления смерти потерпевшего от своих действий (бездействия) и по обстоятельствам дела не должно было и не могло их предвидеть;
- хотя и предвидело возможность причинения смерти, но не могло этого предотвратить в силу несоответствия своих психофизических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

Для доказательства вины медицинского работника большое значение имеет установление причинно-следственной связи между неосторожными действиями и неблагоприятным исходом лечения.

В связи с этим представляет интерес уголовное дело № 14133336, возбужденное в 2002 г. Н-кой прокуратурой Красноярского края по материалам проверки о неполной диагностике и непра-

вильном лечении пациента в травматологическом отделении ЦРБ. А. поступил через два часа после травмы (падение с крыши гаража). Обследование пациента ограничилось осмотром, однократным анализом крови и рентгеновским обследованием, обнаружившим перелом четырёх рёбер, причём рентгеновский снимок был низкого качества. В течение последующих трёх дней не было наблюдения лечащим врачом Ч. за состоянием крови в динамике, рентгеновских обследований, разными дежурными врачами проводились формальные осмотры больного. Назначенное консервативное лечение и настоятельно рекомендованный врачом активный поведенческий режим на фоне не диагностированного внутреннего кровотечения способствовали его продолжению и привели к смерти пациента на четвёртые сутки пребывания в стационаре. Согласно заключению комиссионной СМЭ между упущениями в диагностике и лечении и наступившей смертью пациента имелась причинная связь.

Другой пример. 15 февраля в 2 часа 40 мин. Л. поступил в Б-кую узловую больницу Красноярского края после ДТП. Осмотрен хирургом А., который направил его на амбулаторное лечение. Утром 15.02.2006 г. при повторном обращении был поставлен диагноз: тупая травма грудной клетки справа, закрытый перелом V, VI, VII, VIII и IX рёбер справа с повреждением правого лёгкого, средний гемоторакс справа, напряжённый пневмоторакс справа, коллапс правого лёгкого. 17.02.06 г. хирургом Б. была проведена операция на грудной клетке. После операции больной скончался.

Согласно заключению служебной проверки: «... при первичном обращении 15.02.06 МП оказана не в полном объёме, запись в медицинской документации сфальсифицирована. Стационарная помощь оказана несвоевременно».

Согласно выводам комиссионной СМЭ, «прямым следствием отсутствия динамического контроля и адекватных лечебных мероприятий является тяжёлое состояние больного, острая дыхательная недостаточность в виде напряжённого пневмоторакса и геморрагический шок.

В оказании МП больному Л. выявлены следующие недостатки и ошибки лечащих врачей:

- при первичном обращении не оценена должным образом тяжесть состояния больного, что привело к задержке с госпитализацией;
- обследовании при поступлении больному назначена ФЛГ, а не обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях, как более диагностически значимая и обязательная при подобных травмах;
- операция торакоцентез выполнена в недостаточном объёме в варианте дренирования только в 9-ом межреберье, без обязательного при коллапсе легкого дренирования во втором межреберье;
- не использован обязательный при коллапсе лёгкого вариант активного дренирования плевральной полости;
- при выполнении операции не использованы все диагностические возможности торакоцентеза (оценка пневмоторакса, пробы на продолжающееся кровотечение);
- не обеспечен осмотр и наблюдение дежурного хирурга в динамике;
- больной с коллапсом правого легкого оставлен без обязательного в таких случаях динамического наблюдения дежурного хирурга;
- не осуществлен обязательный R-контроль после операции торакоцентеза;
- не осуществлён контроль выполнения назначений (нет подписи медсестры);
- рентгенологом при описании снимка не указан уровень жидкости в плевральной полости;
- при полном коллапсе одного легкого нет постоянной кислородной поддержки;
- при выявленной гипотонии (АД 100/60 мм.рт.ст.) проведён недостаточный объём инфузии (всего 500 мл.).

В совокупности, вышеперечисленные ошибки привели к ухудшению состояния больного, нарастанию гиповолемии и шока, сохранению коллапса легкого.

Тупая травма груди с переломами рёбер, повреждением лёгких, напряжённым пневмотораксом и кровопотерей в объёме 800 мл не является фатальной при условии своевременного оказания квалифицированной МП».

Расследованием по уголовному делу № 21022, возбуждённому по заявлению С. по ч. 2 ст. 109 УК РФ Красноярской транспортной прокуратурой, установлено следующее. С. заключила с Д. больницей ст. К. договор об оказании ей платных медицинских услуг по родовспоможению. 08 июля 2004 года С. поступила в указанную больницу и в 20.30 часов указанных суток родила девочку, которая 09 июля 2004 года скончалась в реанимации Детской городской больницы №1. Причина смерти – неонатальная аспирация меконием. Беременность С. проходила нормально, состояние здоровья её и её ребёнка опасений у врачей не вызывало опасений.

Из протокола патологоанатомической конференции от 20.09.2004г.: «...Заключение: 1. Неадекватная тактика ведения родов, а именно длительная неэффективная родостимуляция в I периоде, ведение II периода без необходимой эпизиотомии, с учётом предыдущего периода, привели к рождению ребёнка в асфиксии. 2. Недооценка состояния плода при длительном родоусилении привело к внутриутробной аспирации меконием. 3. Реанимационные мероприятия, проведённые в родильном зале, специализированное лечение в ОРИТ в ранние часы жизни не могли способствовать благоприятному исходу данного случая. 4. Считать данный случай смерти условно-управляемым на этапе родовой деятельности при правильно выбранной тактике ведения родов».

Выводы, изложенные в протоколе ПАК, в целом, согласуются с выводами СМЭ:

«При оказании акушерской помощи С. в первом периоде родов были допущены следующие дефекты:

- не обоснованно (без показаний) был дан медикаментозный сон-отдых при нормальном течении прелиминарного периода. Только патологический прелиминарный период, либо аномалии родовой деятельности (дискоординация, слабость, чрезмерная родовая деятельность) являются показаниями для дачи медикаментозного сна. В данном случае медикаментозным сном был прерван процесс вступления женщины в роды;

- для медикаментозного сна С. были одновременно введены препараты промедол, сибазон и ГОМК. Подобная медикаментозная нагрузка на роженицу и плод является чрезмерной, необоснованной, так как указанные препараты обладают спазмолитическим и вазодилатирующим действием, одновременное их введение может вызывать сосудистый маточно-плацентарный коллапс с резким снижением кровотока в плаценте, вследствие чего привести к гипоксии плода. Медикаментозный сон-отдых даётся либо промедолом и сибазоном, либо ГОМК с премедикацией;

- витаминно-энергетический комплекс (ВЭК) в данном случае был назначен после медикаментозного сна. Правильным является его назначение до медикаментозного сна;

- методика усиления родовой деятельности С. была выбрана правильно, но проводилась неверно;

- отсутствовал контроль состояния околоплодных вод;

- не оценены результаты кардиотонографии.

Все вышеуказанные дефекты ведения родов состоят в причинной связи с развитием гипоксии плода - патологического состояния, вызванного недостатком кислорода, повышением уровня углекислого газа, накоплением продуктов неполного окисления в крови плода. Данное патологическое состояние сопровождалось парезом сфинктера ануса с выделением мекония (первородного кала) в околоплодные воды, а также возбуждением дыхательного центра головного мозга плода и совершением преждевременных дыхательных движений, что привело к аспирации мекониальных околоплодных вод, рождению плода в состоянии асфиксии тяжёлой степени».

По уголовному делу № 2003/301, возбужденному 02.12.2003 г. прокуратурой Зырянского р-на Томской области в ходе расследования установлено, что Д., являясь лечащим врачом акушером-гинекологом роженицы Р., 14 октября 2003 г. в нарушении приказа Минздрава РФ от 08.04.1980 № 360, информационного письма Управления здравоохранения Томской области от 16.12.1994 № р-7-65, графика дежурств медицинского персонала ЦРБ за октябрь 2003 г., не явилась на роды Р., имея такую возможность, и появилась лишь около 20 часов 14 октября 2003 г., в тот момент, когда родился мёртвый ребёнок, и предотвратить наступление летального исхода у роженицы было невозможно. Являясь в тот день дежурной и, покидая рабочее место, о своём местонахождении медицинского персонала больницы в известность не поставила, хотя при необходимости внимательности и предусмотрительности, в силу своего опыта, компетентности, образования, учитывая высокую степень риска роженицы, должна была и могла предвидеть эти последствия.

Допрошенный в качестве свидетеля главный врач П. пояснил, что только в связи с расследованием данного случая узнал, что Д. применяла в отношении умершей роженицы препарат «Артротек», одним из противопоказаний которого является то, что он может усилить кровоточивость. Лично он считает, что данный препарат нельзя было применять ни в коем случае, тем более, что его применение МЗ РФ не разрешено, есть только научно-методические рекомендации. Любой новый препарат может применяться в больнице только с разрешения главного врача, т.е. он должен издать соответствующий приказ. После этого случая он издал приказ о запрете применения «Артротек» в 3-ей ЦРБ. Кроме того, о назначении данного препарата в истории родов не было никаких записей.

На заседании общества акушеров-гинекологов, проходившем в марте 2004 г., случай смерти Р. был расценен как предотвратимый. Все присутствующие сошлись во мнении, что если бы Д. присутствовала на родах с начала, то Р. можно было спасти; ведение родов у беременной с высокой степенью риска акушеркой является просто недопустимым.

Согласно заключению комиссионной СМЭ при приёме данных родов действия Д. не соответствовали общепринятым принципам и нормам ведения такой категории больных, содержащиеся в научно-практической литературе, ею были допущены диагностические, тактические и лечебные ошибки, совокупность которых повлекла смерть Р. от массивной кровопотери при разрыве матки в родах. Препарат «Артротек» мог привести к быстрым родам, о чём свидетельствует их общая продолжительность – 4 часа 26 минут.

Вместе с тем в заключении СМЭ указано: «вероятность летального исхода могла быть уменьшена только при условии срочного оперативного лечения и адекватной интенсивной терапии в течение 30-40 минут после наступившего ухудшения её состояния в 19 часов 28 минут 14 октября 2003 г. ».

В судебном заседании установлено, что в условиях данной районной больницы срочное оперативное лечение и адекватную терапию в течение 30-40 минут провести невозможно. Отсутствие постоянной дежурной операционной бригады, включая медицинский персонал, постоянно дежуривших врачей непосредственно в больнице, отсутствие запасов крови в больнице, длительность расстояния от больницы до г.г. Томска и Асино для доставки крови исключает возможность срочного оперативного лечения и адекватной интенсивной терапии. Поскольку операционное лечение – это комплексные действия нескольких специалистов (хирург, анестезиолог-реаниматолог, врач акушер-гинеколог, средний и младший обслуживающий персонал), одна Д. не может отвечать за неудовлетворительную организацию всего лечебного процесса в медицинском учреждении при оказании экстренной МП. Также установлено, что даже врач Громов при отсутствии запасов крови в больнице вынужден был брать кровь у себя для переливания роженице, и сам же после этой процедуры оказывал Р. медицинскую помощь. По делу был вынесен оправдательный приговор.

Расследованием по уголовному делу № 21702 установлено: работая врачом-нейрохирургом травматолого-ортопедического отделения МУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. К. ОАО «РЖД», при проведении миелографии (рентгенконтрастное исследование позвоночника) ввёл в спинномозговой канал больной М. рентгенконтрастное вещество «Гипак», через час у пациентки начались судороги и она впадала в кому, через несколько дней умерла. Данный препарат был запрещён для использования Приказом Минздрава РФ от 26.03.2001 г. № 88 «О введении в действие отраслевого стандарта «Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения». Указанным нормативным документом В. должен был руководствоваться в своей работе согласно требованиям п.1, п.п. 2.1, 2.4, 3.1 Должностной инструкции для врача нейрохирурга, утверждённой 1.02.2005 главным врачом указанной больницы. Кроме того, о запрете использования данного препарата было указано на этикетке флакона на русском языке, который вскрывал врач В. перед введением препарата. Причиной смерти М. явилось токсическое действие контрастного вещества «Гипак», введённого в спинномозговой канал, с развитием асептического миеломенингита, отёка головного мозга, миелопатии, длительным коматозным состоянием, сепсисом.

По уголовному делу № 23 установлено, что Ч. работала с 1994 г. медсестрой ванного отделения ЗАО «Курорт Ключи» и в соответствии с должностной инструкцией, утверждённой генеральным директором данного учреждения, при выполнении своих профессиональных обязанностей должна была следить за состоянием здоровья отдыхающих как перед процедурой, так и после неё, вести отсчёт пульса, при необходимости измерять артериальное давление, строго следить за технологией отпуска лечебных процедур согласно назначений врача. 10.11.2005 г. при приёме сероводородной ванны отдыхающей 12-летней В., имеющей кожное заболевание нейродермит, комплекс соматических заболеваний со стороны сердца и сосудов, произошло развитие острой сердечной недостаточности, коллапс с потерей сознания. В результате ненадлежащего контроля состояния здоровья В. во время принятия ею сероводородной ванны со стороны медсестры ванного отделения голова В. погрузилась в воду и произошла механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей водой по смешанному (аспирационно-асфиктическому) типу утопления. В дальнейшем состояние В. осложнилось развитием шока и полиорганной недостаточности со смертельным исходом.

Суд положил в основу приговора показания Ч. на предварительном следствии в присутствии адвоката, из которых следует, что перед процедурой давление и пульс не измеряла, во время процедуры к В. не подходила и обнаружила пациентку без сознания, голова была погружена в воду. Суд отнёсся критически к показаниям подсудимой Ч. в той части, что после начала процедуры через 3-4 минуты она измеряла у В. пульс, что обнаружила потерпевшую без сознания, при этом в ванне воды было 15-20 см, голова В. не была погружена в воду. Суд признал виновным Ч. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. До-

вод, изложенный в кассационной жалобе о том, что Ч. не обладала специальными медицинскими познаниями и не могла предотвратить потерю сознания, Пермский областной суд признал несостоятельным, указав, что потеря сознания В. не ставится в вину Ч. Однако отсутствие контроля за В. во время процедуры является ненадлежащим выполнением обязанностей, что привело к смерти по неосторожности.

Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ). До 1997 г. данная норма не существовала в уголовном законе. Повышение ответственности в этих случаях связано с тем, что медицинский работник, использующий свои профессиональные обязанности, должен соблюдать наряду с общими, и специальные правила безопасности, обусловленные профессиональной деятельностью.

Под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей в данном случае следует понимать совершение деяний, не отвечающих полностью или частично требованиям нормативных правовых актов (законам, постановлениям, приказам, инструкциям и т.д.), в результате чего причиняется тяжкий вред здоровью человека. По делам данной категории должно быть установлено, какие именно профессиональные обязанности нарушил виновный, осуществляющий функции в соответствии с данной профессией.

Г., работая врачом-стоматологом в г. Н., при введении 10%-ного лидокаина для обезболивания 5-летней Насте С., не проверив процентное содержание препарата, в 20 раз превысила его дозировку, после чего у С-вой развился коллапс, и она была доставлена в реанимационное отделение А-кой ГЦБ с диагнозом: острая передозировка лидокаина, гипоксический отёк мозга, гипоксическая кома 2-3 степени. В реанимационном отделении девочка находилась двое суток, затем 20 дней в неврологическом отделении, после чего поставлена на учёт к невропатологу, сохранились частые головные боли. Тем самым были нарушены п.п. 2, 8 инструкции врача-стоматолога Н-кой стоматологической поликлиники, разработанной на основании «Типовых должностных инструкций медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений», утверждённых Минздравом СССР 06.01.1982. Согласно заключению комиссионной СМЭ, повреждения относятся к тяжким по признаку опасности для жизни.

Любопытны в отношении квалификации действий оперирующих двух врачей материалы проверки № 213 пр-06. *Р. была госпитализирована 25.04.2002 в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 6 г. К. с диагнозом «перфорация дна верхнечелюстной пазухи корнем пятого зуба», где ей проведена операция синусотомия и пластика соустья, в процессе которой использовалась марлевая турунда длиной 20см, которая была по небрежности оставлена. Длительное (в течение четырёх лет) нахождение инородного тела в пазухе привело к развитию хронического воспаления (гайморита), сопровождавшегося сильным нагноением, болью, деформацией лица, длительными физическими и нравственными страданиями. 04.05.2006 в НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН в процессе оперативного вмешательства данная турунда была обнаружена и извлечена. Комиссия экспертов пришла к выводу о причинении потерпевшей вреда здоровью средней тяжести по признаку отсутствия опасности для жизни. Подчеркнём, что на момент правонарушения существовала старая редакция ст. 118 УК РФ, охватывающая действия по неосторожному причинению вреда здоровью средней тяжести, а на момент обнаружения признаков преступления указанные действия были декриминализованы. Поэтому в соответствии со ст. 10 УК РФ в данном случае действует правило об обратной силе уголовного закона, устраняющего преступность деяния¹. В связи с этим было вынесено постановление об отказе в возбуждении уголовного дела.*

По уголовному делу № 226/5505 – 04 установлено, что 24.06.2004 Е. заступила на смену в родильное отделение МУ «Родильный дом» города Б. В 13 часов 20 минут из отделения патологии в родильное отделение поступила Ш. с диагнозами: гипоплазия плаценты, преждевременное созревание плаценты, пуповина с обеих сторон вокруг шеи плода, 4 степень сужения таза, при которой родоразрешение через естественные родовые пути невозможно. Е., действуя по преступному легкомыслию, осознавая, что имеются исключительные показания к проведению родов путем кесарева сечения и предвидя наступление родовой травмы ребёнка при проведении родов естественным путём, самонадеянно избрала неправильный метод родоразрешения, назначив родоусиление в виде введения медицинских препаратов. В 22 часа 55 минут проявились признаки асфиксии плода в виде урежения его сердцебиения, затем после эпизиотомии родилась девочка с дистонией плечиков, тяжёлым травматическим повреждением центральной нервной системы, судорожным синдромом, задержкой психомоторного развития, родовой травмой шейного отдела позвоночника, пневмонией, ишемическим поражением сетчатки и начавшейся атрофией диска зрительного нерва. Причинение

¹ Федеральный закон от 08.12.2003 № 162-ФЗ.

тяжкого вреда здоровью новорожденной находится в непосредственной причинной связи с действиями врача акушера-гинеколога Ш. Однако судьей было вынесено постановление о прекращении уголовного дела в связи с истечением срока давности уголовного преследования (два года после совершения преступления небольшой тяжести).

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным её оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного (ч. 1 ст. 124 УК РФ), смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ч. 2 ст. 124 УК РФ).

В ст. 38 Основ указано, что первичная МП является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания. Согласно ст. 39 Основ при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и т.д.), скорая МП осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой МП.

Рассматриваемая статья УК предусматривает ответственность не только врачей, но и других медицинских работников (медсестра, фельдшер, акушерка, провизор и т.д.). Неоказание МП, согласно диспозиции нормы, может иметь место только в форме бездействия, которое заключается в невыполнении действий, необходимых в данной ситуации для спасения жизни, облегчения страданий потерпевшего или его лечения (отказ выехать к больному, неоказание первой помощи раненому, отказ от принятия в лечебное учреждение больного, находящегося в опасном для жизни состоянии, отказ от обследования больного, а также сокрытие своей профессии).

Уважительными причинами, извиняющими пассивное поведение лица, обязанного оказать помощь больному, являются: форс-мажорные обстоятельства или непреодолимая сила, перечень которых неоднозначен. Обычно называют стихийные бедствия, природные катаклизмы, объявление чрезвычайного положения, комендантского часа и т.п.; состояние крайней необходимости (например, коллизия профессиональных обязанностей врача, которому необходимо одновременно оказать помощь разным пациентам); болезненное или переутомлённое состояние самого медицинского работника, препятствующее выполнению профессиональных функций; отсутствие необходимых медицинских приборов, инструментов, препаратов, лекарств; физическое или психическое принуждение, исполнение приказа или распоряжения и т.п.

Нельзя рассматривать в качестве уважительных причин неоказание помощи больному в нерабочее время, в отпуске, его отказ от предоставленных ему транспортных средств, ссылки на отсутствие необходимых медицинских знаний, некомпетентность.

На практике чаще бездействия встречается неполное действие при оказании медицинской помощи (недостаточно полная или несвоевременная диагностика или лечение пациента, что привело к неблагоприятному исходу). Иными словами, неполнота действий обнаруживает правовой пробел в диспозиции данной нормы уголовного закона и в некоторых случаях ее конкуренцию с ч. 2 ст. 109 УК РФ, что затрудняет правоприменительную практику. Кроме того, термин «больной» представляется не вполне удачным, поскольку не охватывает понятия «роженница», «травмированный», более ёмкое понятие – «пациент, нуждающийся в неотложной МП». Очевидно, что требуется отдельная статья в УК, предусматривающая ответственность только медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей (в форме действия или бездействия), повлекшее средний, тяжкий вред здоровью либо смерть пациента.

Приведём примеры. В процессе эксплуатации электрической соломорезки 9-летним С. рукавицу затянуло внутрь соломорезки, левая рука по локоть оказалась ампутирована, началось кровотечение. Родители срочно доставили ребенка в П-кую районную больницу, расположенную в 10 км от села. Согласно записи в книге регистрации приемного покоя, ребенка доставили в 20 часов 10 минут. Дежурный хирург К. осмотрел рану, ввёл новокаин и наложил жгут. При этом шприц и новокаин отец мальчика был вынужден приобретать самостоятельно в ближайшей аптеке.

Кровотечение не прекратилось. Зав. отделением хирургии Ч., осмотрев пострадавшего, заменил жгут марлевой повязкой, но полностью остановить кровотечение не удалось. Позднее, во время слушания в суде дежурившая в тот день медсестра Т. утверждала, что она приготовила

операционную, но хирурги предложили родителям отвезти ребенка в К-кую ЦРБ, которая, по их мнению, была лучше оборудована. Свои действия они мотивировали требованиями п. 4 приказа главного врача П-кой больницы от 15 ноября 1994 г., предписывающем госпитализировать детей в возрасте до 14 лет с тяжёлыми заболеваниями в К-кую ЦРБ. Однако в п. 5 того же документа указано, что в экстремальной ситуации следует провести консультацию с районным специалистом и по его рекомендациям принимать окончательное решение.

Данное требование не было выполнено. При этом оказалось, что ни машины «скорой помощи», ни бензина нет, и транспорт нужно искать самим родственникам пострадавшего. Оперативно решив и этот вопрос и готовые к отъезду, родители с пострадавшим ребёнком еще почти 20 минут ожидали, пока соберётся реаниматолог Д., которому было поручено сопровождать больного.

Согласно судебной оценке «врачи рану ребёнку не промыли, кровотечение не остановили, кровяное давление не измерили, меры по переливанию и восстановлению потерянной мальчиком крови не приняли». В своих показаниях медсестра Т. также пояснила, что еще в П-кой больнице состояние ребенка резко ухудшалось: рефлексy и реакция начали притупляться, замедлилась речь, и врачи не могли этого не заметить.

Во время транспортировки кровотечение усиливалось, но анестезиолог не принял никаких мер, хотя медсестра дала в дорогу перевязочный материал и некоторые медикаменты. Во время судебного разбирательства врач объяснил свое поведение тем, что в автомобиле не было соответствующих условий и аппаратуры для оказания помощи.

Хирурги К-кой ЦРБ, осмотрев пациента и, убедившись, что он находится в критическом состоянии, решили немедленно оперировать. Но через 10 минут после операции ребёнок умер.

По заключению комиссионной СМЭ №229, «МП была оказана неквалифицированно и не в полном объёме. В условиях хирургического стационара П-кой больницы врачи обязаны были принять все меры для полной остановки кровотечения на ампутированной конечности (перевязать крупные сосуды или наложить на них зажимы) и немедленно начать мероприятия по восполнению потерянной ребёнком крови (переливание крови, кровезаменителей, плазмы), что не было сделано. Это привело к рецидиву кровотечения во время транспортировки ребёнка в ЦРБ, ухудшению его состояния вследствие развития тяжёлого геморрагического шока».

К., Ч. и Д. были осуждены по данной статье к двум годам лишения свободы, но, в соответствии с Законом «Об амнистии», были освобождены и вернулись работать в больницу.

Другой пример. 24 апреля 2002 г. в терапевтическом отделении Т-кой ЦРБ Красноярского края во время приёма пищи пациент М. проглотил инородное тело (куриную кость), которая застряла в пищеводе¹. Несмотря на обращение к медперсоналу своевременная помощь оказана не была. Лишь 26 апреля, когда состояние настолько ухудшилось, что наступила полная непроходимость пищевода, были сделаны рентгеновские снимки, эндоскопия, установлен диагноз: абсцесс пищевода в шейном отделе. Пациент после консилиума был скорой помощью доставлен сначала межрайонную больницу в г. К., там помощь оказать также не смогли, 27 апреля доставили в краевую больницу. После проведения хирургической операции (диагноз: две перфорации пищевода, глубокая флегмона шеи, гнойный медиастинит) пациент скончался в отделении гнойной хирургии.

В ходе расследования также установлено, что лечащий врач Ф., несмотря на ежедневные жалобы больного на боль в горле из-за застрявшей кости, писал в карте, что жалоб нет, состояние удовлетворительное. Пациент ходил на осмотр к ЛОР-врачу с амбулаторной картой, а не со стационарной, в которую ЛОР-врачом была записана рекомендация провести рентгеновское исследование. Об этой записи стало известно только в ходе следствия. Обвиняемый Ф. пояснил, что пациент отказывался от эзофагоскопии в период с 22 по 26 апреля, однако в дневниковых записях письменных отказов не зарегистрировано.

По уголовному делу № 1027 установлено, что Т. не оказала помощь больному при следующих обстоятельствах.

22.07.2005 около 16 часов, малолетняя Даша С. во время купания в реке Сырка утонула в воде, присутствующими гражданами была извлечена из воды, начаты реанимационные мероприятия и вызвана скорая медицинская помощь п. Н. Н-го р-на. В результате проводимых мероприятий девочка стала подавать признаки жизни: появилась пульсация в артериях и венах, прослушивалось сердцебиение, легкие отторгали воду. Подойдя к пострадавшей, прибывшая фельдшер выездной бригады скорой МП Т., допуская, что девочка жива, без уважительных причин реанимационные мероприятия не провела, ограничившись инъекцией. Видя бездействие Т., присутствующие граждане,

¹ Из материалов уголовного дела № 9159122. – Архив ГУВД Красноярского края.

не обладающие специальными познаниями в области медицины и навыками по проведению реанимационных мероприятий, продолжили оказание неквалифицированнойМП. Через непродолжительное время реанимационные мероприятия были прекращены. Пострадавшая была перенесена на носилках в автомобиль скорой помощи и доставлена к зданию Н-го поселкового участка милиции. В дороге Т. реанимационные мероприятия не проводила. По прибытии Т. сотрудники Уральского поселкового отделения милиции ОВД Н-го р-на о ее противоправном поведении сообщили главному врачу М. Последняя немедленно прибыла к зданию милиции, стала производить реанимационные мероприятия, о необходимости проведения реанимационных мероприятий сообщила в отделение реанимации, после чего направила С. в сопровождении Т. в Н-кую ЦРБ. В пути Т. реанимационные мероприятия не производила, медицинскую помощь не оказывала. По прибытию в указанную ЦРБ проведены интенсивные реанимационные мероприятия и констатирована биологическая смерть.

В соответствии со стандартами Пермской области «Объекты оказания скорой медицинской помощи населению Пермской области», утверждённой приказом УЗН по Пермской области от 25.11.2003 № 446, Т. в случаях утопления обязана: при прибытии на место вызова выяснить обстоятельства происшедшего, проверить наличие пульса на крупных сосудах шеи, сердцебиение, давление, реакцию зрачков на свет с целью диагностирования состояния больного, восстановить проходимость верхних дыхательных путей, сделать искусственное дыхание методом «изо рта в рот», непрямой массаж сердца, ввести необходимые лекарственные препараты с целью проведения реанимационных мероприятий, произвести экстренную госпитализацию с общественного места в ближайший стационар, при этом в пути проводить реанимационные мероприятия или вызвать специальную бригаду, двигаясь ей на встречу, при этом в пути проводить реанимационные мероприятия.

По данному уголовному делу дело рассматривалось несколькими судебными инстанциями, где выносились противоположные решения: вначале мировым судьей был вынесен оправдательный приговор. В суде апелляционной инстанции оправдательный приговор отменён, вынесен обвинительный приговор. В кассационной инстанции обвинительный приговор отменён в связи с недоказанностью наличия причинно-следственной связи между бездействием медицинского работника и смертью девочки. В судебном заседании была проведена дополнительная комиссия СМЭ, однако в связи с противоречивостью её выводов, по ходатайству обвинения назначена повторная СМЭ, проведение которой поручено Российскому центру СМЭ министерства здравоохранения РФ.

Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ). Субъектом данного преступления могут быть врачи, медицинские сестры, которые могут заразить ВИЧ-инфекцией больного в результате нарушения правил асептики, антисептики и других мер предосторожности. Практике известны случаи заражения ВИЧ-инфекцией в результате несоблюдения медперсоналом правил подготовки медицинских приборов и оборудования к повторному использованию (некачественная стерилизация скальпелей, катетеров и пр.), повторного использования одноразовых шприцев, нарушения правил переливания крови (несоблюдение 6-месячного срока выдержки крови после её забора) и т.д. Первый случай заражения ВИЧ-инфекцией в нашей стране зарегистрирован в 1988 году: в горбольнице г. Элиста детям произвели переливание заражённой крови. К настоящему времени из 270 заражённых детей в живых осталось чуть больше ста. В 2005 г. в Воронеже 21-летней женщине в роддоме ЮВЖД перелили плазму, полученную из крови донора, кровь которого оказалось ВИЧ-инфицированной. В зоне риска оказалось 208 человек, им вводили альбумин, сделанный на основе крови заражённого донора. Было нарушено правило о сроке карантина (плазма на 6 месяцев должна помещаться на карантин – в морозильную камеру с $t -40^{\circ}\text{C}$, в течение этого срока донор должен раз в два месяца приходить на станцию переливания и проходить обследование). Было возбуждено уголовное дело по ч. 4 ст. 122 УК РФ¹.

Должностные лица медицинских учреждений, не обеспечившие соблюдение указанных правил, если это повлекло заражение ВИЧ-инфекцией, несут ответственность за халатность (ч.2 ст. 293 УК РФ). В приведённом примере со стороны должностных лиц станции переливания крови были и другие нарушения. Инспекторы Контрольно-счётной палаты (КСП) выяснили, что больше половины препаратов, изготовленных из крови, сбывались частным московским фирмам с очень высокими скидками.

¹ Ионова, Е.: Комсомольская правда (Воронеж, Ростов-на-Дону). 09.12.2005. Е. Ионова, А. Плешакова и др.; Наши запросы в правоохранительные органы указанных регионов остались без ответов.

Квалифицированные составы халатности – неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека (ч. 2 ст. 293 УК РФ); смерть двух или более лиц (ч. 3 ст. 293 УК РФ).

Неисполнение должностным лицом своих обязанностей означает его бездействие, характеризующиеся непринятием мер по службе, не совершением конкретных действий, входящих в круг полномочий указанного лица. Под ненадлежащим исполнением обязанностей следует понимать совершение должностным лицом действий не в полном объеме либо вопреки установленному порядку или правилам.

Халатность предполагает в обязательном порядке, что исполнение соответствующих обязанностей входило в круг полномочий должностного лица учреждения здравоохранения, закреплённых в конкретном законе либо ином нормативном правовом акте, а также в соответствующих должностных инструкциях, приказах, распоряжениях и т.д. Отсутствие надлежаще оформленного правового акта о круге обязанностей должностного лица исключает ответственность за халатность. Кроме того, для вменения лицу указанных в статье 293 УК РФ последствий необходимо установление причинной связи между его ненадлежащим действием (бездействием) и последствиями.

Халатность является преступлением только тогда, когда в результате ненадлежащего выполнения обязанностей причиняется существенный вред. Последствием халатности могут быть тяжкие последствия или смерть. Так, отказ главного или дежурного врача больницы госпитализировать больного, который вследствие неоказания медицинской помощи умирает, следует квалифицировать как халатность (ч. 2 ст. 293 УК РФ).

Федеральный закон от 8 декабря 2003 г. внёс существенные изменения в редакцию ст. 293 УК РФ. Вместо неопределённых конкретно последствий, охарактеризованных в предыдущей редакции статьи как существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, последствия определены как причинение крупного ущерба. При этом крупный ущерб получил количественную характеристику и исчисляется суммой, превышающей сто тысяч рублей. Последствия могут быть связаны с причинением как реального материального ущерба, так и убытков в виде упущенной выгоды (ст. 15 ГК РФ).

Буквальное толкование квалифицированных составов халатности заставляет предположить, что помимо последствий, непосредственно предусмотренных в них, для уголовной ответственности необходимо и причинение крупного ущерба – последствия, предусмотренного первой частью данной статьи, поскольку понятие деяния охватывает и последствия. Представляется, однако, что практика пойдёт по пути ограниченного толкования, признавая достаточным для вменения ч. 2. или ч. 3 ст. 293 УК РФ наступления последствий, непосредственно в них указанных.

Субъективная сторона халатности характеризуется неосторожной виной. Если отношения должностного лица к неисполнению или ненадлежащему исполнению своих обязанностей характеризуется недобросовестностью, то, в этом случае, отношение указанного лица к последствиям деяния выражается в форме легкомыслия. Если же отношение должностного лица к неисполнению или ненадлежащему исполнению своих обязанностей характеризуется небрежностью, то отношение его к последствиям преступления может выражаться только в форме небрежности. Как в одном, так и в другом случае речь идёт о неосторожной вине должностного лица.

Действия, выполняемые как профессиональные функции, хотя бы и приводящие к тяжкому вреду здоровью или смерти пациента, не могут оцениваться как халатность. В таких случаях содеянное может квалифицироваться только по статьям, предусматривающим преступления против жизни и здоровья.

На практике существует проблема разграничения данного состава с преступлениями, предусмотренными ст.ст. 124, ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ. В значительном количестве изученных уголовных дел в ходе предварительного следствия действия врачей-клиницистов, не являющихся должностными лицами, связанные с упущениями в лечении, неправильной

диагностикой, квалифицировались как халатность.

20.03.2003 в прокуратуру К-го р-на Томской области поступило заявление К. о том, что врачи родильного отделения ненадлежаще исполнили свои обязанности, в результате чего его жена К. родила мёртвого ребёнка. Роды принимала сначала дежурный врач-гинеколог Т., допустившая передозировку стимулирующих препаратов, а со второго периода родов и заведующая Б., которая ранее, будучи лечащим врачом К., неправильно составила план родов.

В выводах СМЭ установлены многочисленные дефекты МП:

- выбор метода родоразрешения был неадекватен фактической степени акушерского риска при наличии 1) анатомического сужения таза; 2) перенашивания беременности; 3) неэффективности терапии патологического подготовительного периода;

- допущена передозировка стимулирующими препаратами.

Итогом проверки данных материалов было вынесение постановления об отказе в возбуждении уголовного дела в связи с отсутствием в действиях указанных лиц состава преступления, предусмотренного ст. 293 УК РФ.

В данном постановлении было указано: «Т. допустила ошибку в выборе способа родоразрешения, однако преступной халатности следствием не установлено».

Данная мотивировка выглядит странной. Выбор способа родоразрешения лечащим врачом аналогичен любому другому тактическому выбору в процессе оказания МП (лекарственных средств, процедур и т.п.), это выполнение обычных сугубо профессиональных, а не должностных обязанностей. Именно поэтому вести речь в данном случае о составе халатности, не убедившись согласно правилам квалификации о наличии специальной нормы, не следует. Странно, что аргументов в пользу наличия или отсутствия специальных составов преступлений, связанных со смертельным исходом вследствие ненадлежащего оказания МП (ст.ст. 124, ч.2 ст. 109 УК РФ), следователь не отметил.

Но проблема ещё и в том, что подобные ситуации демонстрируют пробел российского уголовного закона в части ответственности за неосторожные действия, вызвавшие гибель плода, поскольку в медицине начало жизни связывается с моментом зачатия. Начиная с 20-недельного срока своего развития плод приобретает новое качество - он считается жизнеспособным, и в случае преждевременных родов ему обязаны оказывать МП в полном объёме¹. Соответственно в случае рождения живым он приобретает правоспособность, перестаёт быть плодом. При рождении оценка жизнеспособности даётся по совокупности пяти признаков по 10-ти бальной шкале Апгар² (частота сердечных сокращений, глубина дыхания, состояние рефлексов, мышечный тонус, окраска кожных покровов). С юридической точки зрения жизнь начинается с момента прерывания анатомической связи с матерью, при наличии самостоятельного дыхания, причём вопрос о моменте начала жизни до конца не урегулирован. Поэтому с учётом появления в основном составе статьи 293 УК РФ причинения крупного ущерба привлечение к уголовной ответственности за действия (бездействие), вызвавшие гибель плода (в юридическом понимании этого термина) стало ещё более затруднительным. Думается, что жизнь плода, с учётом усилившегося внимания государства к демографической ситуации, требует более продуманной уголовно-правовой охраны.

Незаконное производство аборта (ст. 123 УК РФ).

В последние годы аборт превратился в одну из интенсивно обсуждаемых моральных проблем. Все религии мира традиционно относятся к нему резко отрицательно. Аборты, по мнению многих учёных – это социальное зло³. Однако еще в 1911 г. Т. Шабад одним из первых поставил вопрос о «праве матери распоряжаться функцией своего тела», особенно в случае угрозы её жизни. Фактически он нашёл аргументы против господствующего тогда принципа: «Вечная жизнь ребёнка дороже временной жизни матери». Осуждение уголовного наказания матери и врача как один из итогов работы XII Пироговского съезда в 1913 г. сопровождалось чётким моральным неприятием аборта как способа регулирования рождаемости⁴.

¹ На свет с весом 300 граммов // Российская газета № 281 (4544). – 14 декабря 2007 г.

² Верджини Апгар – американский анестезиолог, род. в 1909 г.

³ Камышева, О.Н. Медико-социальные и этико-правовые проблемы репродуктивного здоровья женщин / О.Н. Камышева, Юсупова А.Н., Есиева Н.Г. – Набережные Челны, 2001.

⁴ Гаврилова, Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – С. 40: Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение

Однако потребность в регулировании рождаемости, хоть и таким варварским способом, была уже к началу XX в. такой выраженной в связи с изменением традиционного общинного уклада жизни основной части населения страны, что Советская Россия государством 18 ноября 1920 г. совместным постановлением Наркомздрава и Наркомюста одним из первых в мире разрешила бесплатный, общедоступный «аборт по просьбе»¹.

Последующая история показала, что проблема аборта не решается автоматически, и отношение к ней государства было противоречивым, что привело к деформации психологии целых поколений, утрате смысла в необходимости морального выбора перед совершением данной операции. В 1924 г. органы здравоохранения создали «абортные комиссии», которым предоставлялось право выдавать разрешение на бесплатный аборт с учётом классового подхода к предоставлению очереди: безработные-одиночки; работницы-одиночки, имеющие одного ребёнка; многодетные, занятые на производстве; многодетные жены рабочих; все остальные застрахованные; прочие гражданки. В 1926 году были введены и другие ограничения. В начале 30-х годов была засекречена статистика об абортах, а в 1939 г. сбор статистических данных о них был прекращён. В 1936 г. ЦИК и СНК приняли Постановление, запрещающее аборт. Рост криминальных абортёв в последующие, особенно в послевоенные годы, вновь заставил советское государство изменить политику в этом вопросе, и в 1955 г. Президиум Верховного Совета СССР принял Указ «Об отмене запрещения абортёв». Эти операции имели право производить только лица со специальным медицинским образованием, при сроке беременности до 12 недель и только в стационарных условиях. Невыполнение хотя бы одного из указанных условий считалось криминальным абортёв, что влекло уголовное преследование до 8 лет исправительных работ.

Открытая в эпоху гласности статистика показала, что до конца 60-х годов число искусственных абортёв росло особенно быстро, наша страна длительное время занимала первое место в мире по числу данных операций на 1000 женщин детородного возраста (15-49 лет) – около 120. По данным зарубежных экспертов с учётом незарегистрированных абортёв этот показатель был примерно в полтора раза выше и достигал цифры 180. Рамки легальности абортёв были существенно расширены в 1987 г. с изданием приказа Минздрава СССР № 1342 о возможности прерывания беременности по социальным показаниям до 28 недель при наличии одного из обстоятельств: развод во время беременности, многодетность (более 5 детей) и др. В последующем появился и перечень медицинских показаний, при наличии которых аборт допускался без учёта срока беременности.

В настоящее время незаконным признаётся аборт, произведённый при невыполнении трёх вышеназванных условий с тем уточнением, что произведён не просто лицом без высшего медицинского образования, а лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля. Иными словами, субъектом преступления может быть врач, специальность которого не даёт ему права производить подобные операции (терапевт, стоматолог и пр.), если при этом не было состояния крайней необходимости (например, при срочном производстве абортёв по медицинским показаниям на борту морского судна, находящегося в автономном плавании, и т.п.). Субъектом преступления могут быть также акушерки, сёстры и иные лица, имеющие среднее медицинское образование, а также лица, которые не имеют никакой медицинской подготовки. Согласие женщины на производство этой операции является также обязательным признаком данного преступления. В противном случае виновные при наличии оснований должны нести ответственность за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью.

Способ прерывания беременности не имеет значения для решения вопроса об отнесении производства абортёв к противоправному, он лишь учитывается при определении степени опасности содеянного. Уголовная ответственность наступает независимо от того, произведён ли аборт при наличии или отсутствии медицинских показаний, в санитарной или анти-санитарной обстановке, за вознаграждение или бескорыстно.

вреда здоровью и жизни пациента. – М.: Изд. Гр. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 18.

¹ Сергеев, Ю.Д. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов. – М.: Изд. Гр. ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 19.

В ч. 3 данной статьи предусмотрена ответственность за наиболее опасный вид незаконного аборта, если действия виновного повлекли по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда её здоровью. Понятие тяжкого вреда включает, в частности, утрату способности к оплодотворению и деторождению, инвалидность, неизлечимую болезнь и др.

Ст. 36 Основ уточняет ряд положений, касающихся законного производства аборта. Аборт может быть проведён только в учреждениях, имеющих лицензию на этот вид медицинской деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку, т.е. акушерами или гинекологами, либо врачами, прошедшими соответствующую специализацию. Право самостоятельно решать вопрос о материнстве принадлежит исключительно женщине. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке до 12 недель, а по социальным показаниям – до 22 недель. При наличии медицинских показаний и согласия женщины аборт производится независимо от срока беременности. Перечень медицинских показаний определяется Министерством здравоохранения РФ (Приказ Минздрава от 28 декабря 1993 г. № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»), а социальных — Правительством РФ (Постановлению от 11 августа 2003 г. № 485 «Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности»).

К числу социальных показаний относятся:

- 1) наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав;
- 2) беременность в результате изнасилования;
- 3) пребывание женщины в местах лишения свободы;
- 4) наличие инвалидности I - II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

При наличии косвенного умысла в отношении смерти потерпевшей виновный, производящий аборт, должен нести ответственность по п. «г» ч. 2. ст. 105 УК РФ, т.е. за убийство женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности. Например, если врач произвёл аборт в антисанитарных условиях или в обстановке, не гарантирующей ликвидации тяжких последствий.

Статистика последних лет отражает весьма низкие показатели данного вида преступлений, по результатам исследования обнаружено два эпизода в рамках одного уголовного дела, где к ответственности по ч. 1 ст. 123 УК РФ привлечена бывшая медицинская сестра одной из районных больниц в Красноярском крае, выполнившая данное вмешательство на дому двум женщинам на поздних сроках беременности.

Незаконное помещение в психиатрический стационар (ст. 128 УК РФ).

Объективная сторона данного преступления состоит в активных действиях по принудительному либо обманному помещению в психиатрическую больницу для специального психиатрического лечения заведомо здорового или психически больного, однако, на момент помещения, не нуждающегося в этом человека. Конкретный порядок госпитализации граждан в психиатрическую лечебницу определён законом РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»¹. Ст. 4 Закона устанавливает, что психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия. Ст. 11 Закона предписывает, что лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия. Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а также при недобровольной госпитализации.

Противоправным и уголовно наказуемым является помещение любого физического лица в психиатрическую больницу при отсутствии указанных в этом законе оснований и без его согласия, а также, если согласие госпитализируемого или его законных представителей было получено с помощью обмана, шантажа, угроз и т.п. Состав данного преступления в дей-

¹ В редакции Федеральных законов от 21.07.1998 № 117-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ.

ствиях медицинского работника образует не только само осуществление недобровольной госпитализации, но и её незаконное продление, безосновательный отказ в выписке лица, поступившего в стационар добровольно и др.

Субъектом может быть врач-психиатр, который единолично или в составе комиссии принял такое решение. Если такое решение было принято главным врачом, его заместителем, заведующим отделением либо вышестоящим должностным лицом, то их действия подлежат квалификации по ч.2 ст. 128 УК РФ.

Вместе с тем нарушение формального порядка помещения в больницу при наличии медицинских показаний к госпитализации не влечёт уголовной ответственности. Законодательством России не предусматривается ответственность за несанкционированное воздействие на психику человека, отсутствует компенсация за расстройство психического здоровья, а также система психологической помощи и реабилитации травмированных. Не разработана и система психологической безопасности, на которой можно было строить законодательство по данному вопросу.

В настоящее время на рассмотрении Государственной Думы находится ряд проектов Федеральных законов о дополнении Уголовного кодекса РФ новыми статьями, подготовленных заведующим отделом Института Эниологии МАЭН РФ С.Я. Ворошиловым¹, в т.ч. статьёй 128¹, текст которой приведён ниже:

«Статья 128¹. Незаконное заведение медицинской карточки, других документов в психиатрическом лечебном заведении или распространение сведений о постановке на учёт в психиатрическом лечебном заведении.

1. Незаконное заведение медицинской карточки, других документов в психиатрическом лечебном заведении или распространение сведений о постановке на учёт в психиатрическом лечебном заведении, -

наказываются лишением свободы на срок до одного года.

2. Те же деяния, совершенные:

а) лицом с использованием своего служебного положения;

б) группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

в) в отношении лица, в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга;

г) в отношении двух или более лиц;

д) из корыстных побуждений;

е) лицом два или более раза судимым за совершение преступлений, предусмотренных настоящей статьёй, -

наказываются лишением свободы на срок от одного года до трёх лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без такового».

По оперативной информации, данные деяния совершаются в отношении одиноких людей с целью последующего ряда незаконных действий в отношении них при участии других заинтересованных лиц (применение запрещённых к обороту различных видов излучателей для причинения вреда здоровью или смерти, завладение жильём)².

10.05.2006 в РУВД Центрального р-на г. Челябинска поступило заявление от З. о незаконном помещении её в психиатрический стационар с диагнозом органическое расстройство, галлюцинаторно-параноидный синдром в целях завладения её квартирой. По данному факту

¹ Далее мы изложим о проектах других статей УК РФ, подготовленных данным автором. Подробнее о данной тематике говорилось в серии публикаций, газеты «Московский комсомолец», 26.02.2003, «Комсомольская правда», 10.12.2002 и др.

² Подробнее о данной тематике говорилось в серии публикаций, газеты «Московский комсомолец», 26.02.2003, «Комсомольская правда», 10.12.2002 и др. Соответствующие законопроекты о запрете незаконных действий с различными видами излучателей для дополнения УК РФ подготовлены С.Я. Ворошиловым и находятся на рассмотрении в Государственной Думе РФ.

проверка длилась 8 дней, в ходе которой был проведён опрос одной соседки. Никто из медицинских работников не опрошен, основания помещения в стационар не проверены. Вынесено постановление об отказе в возбуждении уголовного дела.

Такое же решение было вынесено 07.06.2004 по материалам проверки коллективной жалобы, поступившей 28.11.2003 г. от 8-ми человек в прокуратуру Челябинской области о фальсификации амбулаторных карт Челябинской клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 (ЧОКСПНБ-1), постановления на учёт и незаконной госпитализации в 1987 г. Произведя проверку по данному факту, прокуратура Тракторозаводского р-на г. Челябинска пришла к выводу, что хотя формально в действиях врачей-психиатров усматриваются признаки преступления, но с момента события истек 10-ти летний срок давности привлечения к уголовной ответственности.

Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235 УК РФ).

Под частной медицинской практикой понимается оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счёт личных средств граждан или за счёт средств предприятий, учреждений и организаций, в т.ч. страховых медицинских организаций, в соответствии с заключёнными договорами. Частной медицинской практикой имеют право заниматься лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.¹

Фармацевтическая деятельность заключается в изготовлении и производстве лекарственных форм, их отпуске населению и лечебным учреждениям, изысканием и хранением лекарственных средств.

Право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью имеют лица, получившие высшее и среднее медицинское и фармацевтическое образование в России, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности².

Статья 57 Основ предусматривает право на занятие народной медициной (целительством), что также относится к медицинской практике граждан России, получивших диплом целителя (его выдаёт Минздравсоцразвития РФ или орган управления здравоохранением субъекта РФ).

По смыслу ст. 235 УК РФ незаконным будет не только занятие частной практикой либо фармацевтической деятельностью без получения лицензии, но и продолжение такой деятельности после окончания срока выданной лицензии либо изменение вида деятельности по сравнению с указанным в лицензии без изменения самой лицензии. Ответственность за данное преступление наступает в случае причинения вреда здоровью хотя бы одному человеку. При этом вред может быть любой тяжести, вызванный проведёнными медицинскими мероприятиями или принятием лекарственных препаратов.

Общественная опасность данного преступления состоит в том, что его совершение сопряжено с нарушением права человека на квалифицированную МП, созданием угрозы гибели людей либо ухудшением состояния их здоровья.

Субъективная сторона преступления характеризуется неосторожной виной по отношению к вредным последствиям, хотя само по себе незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью осуществляется сознательно. Иногда такие действия сопровождаются обманом и злоупотреблением доверия потерпевших, что требует дополнительной квалификации по ст. 159 УК РФ (мошенничество).

В декабре 2000 г. З., являющийся частным предпринимателем без образования юридического лица и занимающийся частной медицинской практикой по протезированию зубов без соответствующей на то лицензии, по устной договорённости начал зубопротезные работы Ш. по месту его жительства в селе Т. Красноярского края. Злоупотребив доверием пациента, получил предоплату за установку 6 верхних протезов. Однако спустя 3 месяца установил только 3 протеза, после

¹ Ст. 56 Основ // СЗ РФ. – 1998. - № 10. Ст. 1413; 1999 № 51. Ст. 6289; 2000. № 49. Ст. 4740; 2003. № 2.

² Ст. 54 Основ.

чего, вводя в заблуждение Ш., вновь взял с него предоплату за установку 3-х нижних протезов, не имея намерения исполнить свое обязательство, причинив потерпевшему Ш. материальный ущерб. В январе 2001 г. аналогичные незаконные действия с причинением материального ущерба произвёл с потерпевшей Х. Кроме того, в августе 2000 г. З. незаконно произвёл работы по протезированию зубов Ф., неправильно выбрав конструкцию, чем причинил вред здоровью потерпевшей в виде хронического гингивита. Действия З. были окончательно квалифицированы по п. «г» ч. 2 ст. 159, ч.1 ст. 235 УК РФ.

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ). Объективная сторона преступления выражается как в активных действиях (например, использование при вакцинации медицинских иммунобиологических препаратов, не прошедших сертификацию), так и в бездействии (непроведение ограничительных мероприятий на основании предписаний главных государственных санитарных врачей; уклонение от изоляции и госпитализации инфекционных больных и т.д.), повлекших общественно опасные последствия в виде массового заболевания или отравления людей (ч. 1) либо смерти человека (ч. 2).

Статья 11 Основ обобщённо указывает меры по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения (соблюдение гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер). Дальнейшая их конкретизация предусмотрена Законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». В соответствии с данным Законом под санитарно-эпидемиологическим благополучием понимается состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека, и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Санитарные правила, нормы, гигиенические нормативы – это нормативные акты, устанавливающие критерии безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды его обитания и требования к обеспечению благоприятных условий его жизнедеятельности.

Субъективная сторона преступления характеризуется неосторожной виной в виде легкомыслия или небрежности по отношению к указанным в законе последствиям. Нарушение же санитарно-эпидемиологических правил может быть как осознанным, так и неосознанным.

Субъект преступления – лицо, обязанное соблюдать правила, установленные для борьбы с распространением массовых заболеваний или отравлением людей (в качестве такового наряду с работниками и должностными лицами медицинских учреждений, Роспотребнадзора могут выступать и другие лица, например, работники предприятий общественного питания и др.).

В Ростовской области наблюдались вспышки внутрибольничных инфекций в отделениях новорожденных, приведшие к смерти детей. В отказных материалах отмечались факты грубого нарушения санитарно-эпидемиологического режима, в значительной степени обусловленные отсутствием капитального и текущего ремонта, горячей воды. Аналогичные случаи отмечались и в ряде других регионов.

Переходя к группе умышленных преступлений, отметим связывающее их ключевое понятие – *трансплантация*. Под трансплантацией в медицине понимается пересадка органов и (или) тканей органа того же вида. Как метод лечения она представляет собой двуединую операцию, при которой жизнь или здоровье больного – реципиента спасается за счёт причинения вреда здоровому человеку – донору. Еще в далёком сентябре 1937 г. СНК СССР принял постановление, разрешавшее забирать роговицы глаз у умерших людей¹. Как свидетельствуют публикации в российской прессе, первыми специальными донорами в бывшем Союзе были узники ГУЛАГа. Широкую известность получили факты сбора гипофиза умерших для отправки на единственный в бывшем СССР Каунасский завод, где он перерабатывался в гормональные препараты.

¹ О порядке проведения медицинских операций: Постановление СНК СССР от 15.09.1937 // Сб. орг.-метод. мат. по суд.-мед. экспертизе. - М., 1960.

Количество людей, нуждающихся в пересадке органов, непрерывно возрастает. Но внедрение достижений трансплантологической мысли в клиническую практику требует соблюдения определённых правовых условий в целях предотвращения неконтролируемого применения достижений медицинской науки, то есть специального правового регулирования условий и порядка изъятия в лечебных целях *ex mortuo* (от трупа) и *ex vivo* (от живого донора) человеческих трансплантатов, охраны жизни и здоровья реципиентов и живых доноров.

В России правовое регулирование условий трансплантологии осуществляется Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», Законами «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22 декабря 1992 г., «О донорстве крови и ее компонентов» от 9 июня 1993 г., «О погребении и похоронном деле» от 12 января 1996 г., Инструкцией о констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга от 20 декабря 2001 г. и иными нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития.

В соответствии с Основами (ст. 47), органы и ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Статья 1 Закона «О трансплантации ...» предусматривает, что трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа применяется только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранение жизни больного (реципиента) либо восстановление его здоровья; изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинён значительный вред и может иметь место исключительно с согласия живого донора; органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи; купля-продажа таких органов и (или) тканей, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность.

В статье 8 данного Закона закреплена презумпция согласия на изъятие органов и тканей. Согласно этой статье изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается лишь в том случае, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своём несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Граждане в подавляющем большинстве случаев не информированы о необходимости включения в завещание положения о несогласии быть реципиентом (либо заявить об этом самому или указанным лицам в установленном порядке). В случае, когда у умершего отсутствуют родственники или законный представитель или они не смогли приехать вовремя в медицинское учреждение, оно самостоятельно распоряжается телом умершего. Закон «О трансплантации ...», исходя из презумпции согласия, диссонирует с положениями Федерального закона «О погребении и похоронном деле», касающимися анатомического дара. Согласно ст. 5 указанного закона, волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти представляет собой пожелание, выраженное в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, в том числе о согласии или несогласии быть подвергнутым патологоанатомическому вскрытию, а также о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела. До сих пор противоречие между двумя законами не устранено.

В юридической литературе нет единства мнения по поводу правовой обоснованности наличия подобной презумпции. Сторонники ссылаются на приоритет интересов живого человека над умершим, противники презумпции указывают на ее несогласованность с принципами свободы выбора, выражения воли. Было бы правильнее, на наш взгляд, исходить из презумпции несогласия либо более четко конкретизировать форму выражения отношения к данному вопросу.

В законодательстве многих стран вопросы трансплантации регламентированы более детально, часто прослеживается зависимость от вида смерти донора. Так, во Франции запрещается использовать трупы самоубийц и жертв преступлений, но разрешается брать трупы погибших от автоаварий. В Бразилии для пересадки запрещено пользоваться органами человека, который стал жертвой преступления или автокатастрофы. В Италии разрешается производить пересадку органов любого умершего лица, за исключением случаев, когда это лицо при жизни выразило свое несогласие.

Приказом Минздрава РФ № 448, РАМН № 106 от 13 декабря 2001 г. утверждены Перечень органов человека – объектов трансплантации и Перечень учреждений здравоохранения, которым разрешено осуществлять трансплантацию органов. Согласно Приказу объектами трансплантации могут быть: сердце, легкое, комплекс «сердце – легкое», печень, почка, поджелудочная железа с 12-перстной кишкой, селезенка, эндокринные железы. Это закрытый перечень, и никакие иные органы не могут быть объектами трансплантации человека.

В Перечне учреждений здравоохранения, которым разрешено осуществлять трансплантацию органов, насчитывается 48 учреждений как федерального, так и межрегионального и регионального значения. Причём подавляющее большинство (более 30) учреждений из этого Перечня могут осуществлять лишь трансплантацию почки. И только два учреждения федерального значения вправе осуществлять трансплантацию по всему перечню объектов трансплантации. Это Научно-исследовательский институт трансплантологии и искусственных органов Минздрава России и Российский научный центр хирургии РАМН¹.

Изъятие биоматериала у трупа производится в отделениях судебно-медицинской экспертизы, в патологоанатомических бюро и отделениях лечебно-профилактических учреждений с согласия главврача соответствующего государственного медицинского учреждения.²

Дополнительно должно быть получено согласие на отчуждение анатомических сегментов от судебно-медицинского эксперта, об эксплантации необходимо уведомить прокурора. Вопрос о возможности изъятия биоматериалов разрешается судебно-медицинским экспертом после специального предварительного осмотра трупа на предмет осложнения эксплантацией судебно-медицинской диагностики (насильственных причин смерти, механических повреждений и т.д.), недопустимости обезображивания мертвого тела, наличия противопоказаний: инфекционных заболеваний (гепатит, пневмония и т.д.), острых и хронических воспалительных процессов (аппендицит, холецистит и т.д.), подозрений на отравление, в том числе этиловым алкоголем и т.д.³

Изъятие биоматериалов оформляется специальным актом, который подписывается производившим отчуждение анатомических сегментов хирургом, врачами, констатировавшими смерть лица, в том числе судебно-медицинским экспертом. Полученный донорский материал упаковывается в ампулы, банки и пакеты, к которым прикрепляется паспорт с указанием номера серии по журналу регистрации доноров-трупов, полного названия трансплантата и даты заготовки. После использования биоматериала паспорт вклеивается в историю болезни реципиента.

Уголовно наказуемое изъятие органов или тканей человека предусмотрено в виде квалифицирующих признаков составов убийства (п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ), причинения тяжкого вреда здоровью человека (п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ) и торговли людьми (п. «ж» ч. 2 ст. 127-1 УК РФ).

Высокая степень общественной опасности умышленных преступлений в сфере трансплантологии объективно обусловлена тем, что они совершаются в составе организованных групп или преступных организаций при обязательном участии высококвалифицированных специалистов в области хирургии, иных заинтересованных лиц. Они характеризуются изощрённым, трудно раскрываемым способом, подрывающим доверие к лечебным учреждениям и трансплантологической деятельности. Органы или ткани, используемые для незаконной трансплантации, выступают в качестве предмета различных сделок, в основном купли-продажи.

Объективную сторону ст. 120 УК РФ - *принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации* составляет принуждение жертвы к изъятию её органов или тканей путём насилия или угрозы его применения. Преступление следует считать оконченным, когда виновным путём насилия или угроз добился согласия потерпевшего на изъятие у

¹ Путило, Н.В. Комментарии к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан / Н.В. Путило. – М.: Юридический Дом «Юстицинформ», 2003. – С. 90.

² Положение о порядке проведения патологоанатомических вскрытий : утв. Приказом Минздравмедпрома РФ от 29 апреля 1994 г. № 82.

³ Ст. 10 Федерального Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

него органов или тканей. Другие способы склонения потерпевшего к согласию на изъятие органов или тканей (уговоры, подкуп, обман, шантаж) не образуют состава данного преступления, что делает данную норму на протяжении всех лет её существования бездействующей. Фактическое изъятие органов или тканей требует квалификации по совокупности преступлений, предусмотренных ст. 120 УК РФ и п. «ж» ч.2 ст. 111 УК РФ, предусматривающей причинение умышленного вреда здоровью в целях использования органов и тканей потерпевшего.

Формулировку рассматриваемой нормы следует признать неудачной, а потому недействующей, «мёртвой» нормой. В Уголовном кодексе Российской Федерации не установлена ответственность за незаконное изъятие органов или тканей умершего человека для трансплантации или других целей. Ст. 244 УК РФ устанавливает ответственность только за надругательство над телами умерших и местами их захоронения. Надругательство над телом умершего человека может быть совершено в любой форме, оскорбляющей память умершего и чувства его близких. При надругательстве в деяниях лица нет цели на изъятие органов или тканей умершего человека для трансплантации.

Причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов или тканей потерпевшего (п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ). Под вредом здоровью понимаются либо телесные повреждения (нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций), либо *заболевания или патологические состояния*, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, психических). Выделенный курсивом фрагмент не содержится в определении, данном в новых Правилах определения тяжести вреда причиненного здоровью человека¹.

Умышленно тяжкий вред здоровью с целью использования органов или тканей потерпевшего причиняется, прежде всего, с тем, чтобы сломить сопротивление потерпевшего, препятствующего изъятию этих органов и тканей. Это деяние выражается также в принудительном изъятии у лица какого-либо внутреннего органа путем проведения хирургической операции. Субъектом этого преступления может быть и медицинский работник. Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной виной. Умысел при этом может быть прямым и косвенным.

Убийство в целях использования органов или тканей потерпевшего (п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ). Если при этом виновный преследует корыстные цели, то содеянное должно квалифицироваться также по п. «з» ч. 2 ст. 105 УК РФ.

Субъектом данного преступления может быть любое лицо, включая медицинского работника. Однако вряд ли такое преступление может быть совершено без участия лица, обладающего познания в медицине.

Органы и ткани могут быть изъяты как путём насилия и лишения жизни потерпевшего, так и под различным благовидным предлогом (например, проведения «необходимой» для потерпевшего медицинской операции, которая может закончиться для него смертью). По мнению Ю.И. Скуратова, В.М.Лебедева, Э.Ф. Побегайло, рассматриваемое преступление может совершаться и в целях использования органов и тканей потерпевшего не только для трансплантации. Возможны и иные цели (например, при каннибализме, садизме, половом фетишизме, в промышленных целях и др.). Главное здесь, считают они то, что убийство совершается в целях использования органов и тканей потерпевшего, характер же их использования может быть различным².

Полагаем, что отсутствие в правоприменительной практике уголовных дел по п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ объясняется чрезвычайной сложностью получения доказательств, необходимых для привлечения виновных к уголовной ответственности.

¹ Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 г. № 522.

² Комментарий к Уголовному кодексу РФ. Изд. 2-е, изм. и доп. / Под ред. Ю.И. Скуратова и В.М. Лебедева. – М.: НОРМА-ИНФРА, 1998. – С. 235.

Официальные расследования также не подтвердили фактов убийств в целях трансплантации в России¹, в то время как, по неофициальным данным МВД РФ, в различных регионах страны существуют подпольные клиники, производящие незаконные изъятия и пересадки органов и тканей человека. Нами получены по специальному запросу из ГИЦ МВД РФ статистические данные по данному пункту ч.2 ст.105 УК РФ за период 1998-2006 гг. по всем регионам РФ с нулевыми показателями. Между тем СМИ повествуют о массовых захоронениях в районах национальных конфликтов, где обнаружены прооперированные люди, у которых отсутствуют органы, имеющие значение для жизни человека, об обнаруженных трупах детей с профессионально вырезанными у них органами и тканями.² Настораживает и статистика исчезновения людей – в год в России бесследно исчезают более 20 000 человек, в день – 300 человек, в Красноярском крае – более 1000 человек в год. Достаточно подробно излагались некоторые сведения в прессе, романах, кинофильмах³. Однако анализа этих фактов ни Генеральная прокуратура, ни МВД РФ не проводили. Широкую известность получили факты поставки для нужд трансплантологии мертворожденных детей из Украины в ФРГ, Италию, Швейцарию, США и Канаду, международное расследование по которым ведут Интерпол и сотрудники Генеральной прокуратуры Украины. Многочисленные факты, свидетельствующие о пересадках в Европе детских органов, доставленных из Латинской Америки, приводились в докладе комиссии Европейского Парламента в июле 1997 года. Трансплантаты нередко поставляются через посредников, через промежуточные пункты, причём зачастую меняются хозяева и направления, что даёт дополнительные возможности для нелегальных поставок.⁴ В свете сказанного представляется, что уголовно-правовая доктрина должна быть готова к адекватной интерпретации возможного роста преступных проявлений в сфере трансплантологии, а криминалистика – к разработке видовой и частных методик по расследованию таких преступлений.

В качестве обнаруженного автором примера можно привести пока негативный опыт расследования уголовного дела № 14008283, возбуждённого 01.07.2004 районной прокуратурой г. К⁵. по ч. 2 ст. 109 УК РФ. *30.10.2003 в 1 час 30 мин. после ДТП пострадавшая 23-летняя Э. доставлена автомашиной скорой МП в ГБСМП. В 4 час. 20 мин. сделаны снимки (задержка оказания МП), обнаружен перелом 7-го ребра, незначительный разрыв лёгкого и пневмоторакс справа. Аллергический анамнез вопреки правилам врачом-хирургом Р. не составлен, несмотря на настойчивые просьбы родителей пострадавшей, не проведены аллергические тесты. В перевязочном кабинете проведено два оперативных вмешательства (сначала лапароцентез – без необходимости, затем торакоцентез - для выведения воздуха из лёгких). Для анестезии использован лидокаин, на который у пострадавшей ранее неоднократно наблюдались аллергические реакции. Произошла внезапная остановка сердца. Реанимационной бригады и средств реанимации в кабинете не было. Прибывшая реанимационная бригада не восстановила жизненно важные функции. Смерть констатирована фактически 30.10.2003 около 5 час., в истории болезни – в 3 час. 10 мин.*

Врач Р. в спецсообщении в дежурную часть районного УВД указывает неверные сведения о времени смерти (в 1 час. 30 мин., хотя смерть наступила около 5 час.) и диагнозе пострадавшей от ДТП (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, закрытая травма тела), хотя фактически диагностировано только закрытая травма грудной клетки, перелом одного ребра, что соответствует причинению вреда здоровью средней тяжести.

В медицинских документах имелись многочисленные несоответствия временных показателей и нарушения инструкций, о чём было указано в выводах комиссии по проверке качества МП: 1) рентгенография – в 3.03, осмотр уролога – 4.00, констатирована смерть - 3.10; 2)

¹ Коинов, А.И. Проявления российской организованной преступности в традиционных для транснациональных преступных организаций сферах / А.И. Коинов // Основы борьбы с организованной преступностью / Отв. ред. В.С. Овчинский, В.Е. Эминов, Н.П. Яблоков. М.: Инфра-М, 1996. - С. 203.

² Жаворонков, Г. Смерть назначена на завтра / Г. Жаворонков // Понедельник (пресс-обозрение). 1994. № 46.

³ Фоменко, О. «Запчасти» человека: преступления и наказания / О. Фоменко // Фемида. - 1999. - №3. - С. 52-55; Рожыцин, Ю. Проклятие Вавилона: Роман / Ю. Рожыцин // Простор. - 1998. - № 4, 5, 6, 7; Листьев, В. Бизнес на трупах / В. Листьев, // Караван. - 1998. - 28 августа. - С.8.

⁴ Григорьев, А. Продам тебя... на органы / А. Григорьев // Аргументы и факты. 1996. № 45. С. 2; Полякова, А. 100 детей из Львова проданы за границу / А. Полякова // Комсомольская правда. 1995. № 114.

⁵ Город не назван в связи с резонансной ситуацией, вызванной данным случаем.

отсутствует запись обоснования проведения операции, не оформлено информационное согласие; 3) не проведена аллергическая проба на лидокаин; 4) перед оперативным вмешательством не проведена премедикация; 5) неправильно указана концентрация лидокаина: 2% вместо 0,5 %, в протоколах операции по 4 мл 2%, а в посмертном эпикризе – по 10 мл 2%; 6) в рецензии на историю болезни – многочисленные исправления и несоответствия (временные, концентрации лидокаина), сомнения в достоверности сроков проведения лечебных мероприятий.

По утверждению отца погибшей, превышение дозировки лидокаина было сделано умышленно с целью убийства и незаконной трансплантации почки, о чём имелась оперативная информация. Однако данная версия в ходе расследования не проверена. Настораживают и другие факты: дело возбуждено лишь спустя 9 месяцев после смерти пациентки, после многочисленных служебных проверок; при хорошо известных лицах, причастных к событию, дело приостановлено в связи с неустановлением лица, подлежащего привлечению к уголовной ответственности.

Материалы СМИ, основанные на оперативной информации, свидетельствуют о множестве случаев госпитализации здоровых женщин в специализированные отделения московских стационаров для сохранения беременности. После обследования умышленно выставляется ложный диагноз о якобы имеющей место серьёзной патологии плода, женщине настойчиво рекомендуют прервать беременность. После оформления согласия пациентки на данную операцию извлечённый плод (в тайне от женщины) используется для закрытого производства стволовых клеток в дорогостоящих технологиях по омоложению. Некоторые женщины, несмотря на уговоры врачей, так и не смогли решиться на прерывание беременности, родив вполне здоровых детей, после чего выразили своё возмущение журналистам.

Актуальность рассмотрения умышленных преступлений, совершаемых медицинскими работниками, возрастает в связи с встречающимися случаями производства незаконных экспериментов на людях. Медицинские опыты с нарушением этических и юридических норм традиционно осуждаются обществом и большинством медицинских работников. Известно знаменитое высказывание К. Маркса: «Нельзя, чтобы человеческое тело превратилось в объект упражнений медицинских коллегий»¹. Известно, что античный учёный Эразистрат (III в. до н. э.) проводил опыты на рабах и на животных. Первым специальным этическо-юридическим вердиктом, регулирующим проведение экспериментов на людях, был указ, изданный в Пруссии в 1990 г., содержащий инструкции для директоров больниц. История развития медицины знает немало примеров самоотверженных опытов исследователей, подвергавших себя смертельной опасности, но принесших неоценимую пользу человечеству. Английский учёный А. Уайт и Алоис Розенфельд (Австрия) заразив себя чумой, погибли (1802, 1817 г.г.), Эузебио Валли в 1816 г. погиб в ходе эксперимента на себе по изучению желтой лихорадки. Немецкие микробиологи Роберт Кох, Макс Петтенкоффер и Рудольф Эммерих, а также российский учёный И.И. Мечников изучали на себе действие на организм холерного вибриона. Норвежский врач Хансен остался в истории благодаря самоотверженным опытам по изучению проказы. Героический эксперимент провёл женевский врач и зоолог Жак Понто, дав 5 мая 1933 г. укусы себя трём чёрным гадюкам, чтобы проверить действие вакцины из змеиного яда. Они совершали подвиги по велению сердца, ради продвижения науки, пренебрегая опасностью, которой себя подвергали².

Ещё на 27 сессии Всемирной медицинской ассамблеи в Хельсинки (1964 г.) были приняты, а на 24 сессии в Токио (1975 г.) пересмотрены Руководящие рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования, включающие опыты на людях. Ст. 29 Основ содержит прямой запрет производства экспериментов лишь в отношении задержанных, заключённых под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест. Медицинские эксперименты должны осуществляться под контролем государственных или негосударственных учреждений здравоохранения. В ст. 49 Основ «Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований»

¹ Маркс, К. Дебаты о свободе печати и об опубликовании протоколов сословного собрания / К. Маркс, Ф. Энгельс. Соч. 2-е изд. Т. 1. - С. 64.

² Кияс Галина. В жизни врача есть место подвигу / Г. Кияс // Будь здоров. – 2001. - № 11. – С. 70-73.

разъяснены основные положения по правам медицинских работников в этой области. В целях упорядочения организации клинических исследований лекарственных средств 24.03.2000 был издан Приказ МЗ РФ № 103 «О порядке принятия решения о проведении клинических исследований лекарственных средств». В утверждённом данным приказом Инструкции указано, что проведение клинических исследований разрешено только тем учреждениям здравоохранения, которые обладают лицензией на данный вид деятельности. Право на назначение лекарственных средств, не зарегистрированных в Российской Федерации и проходящих клинические исследования, дано только лечащему врачу ЛПУ, при наличии соответствующих договоров и письменного информированного согласия пациента на участие в клиническом исследовании. Разрешение на проведение клинических исследований лекарственных средств даёт Департамент Государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинской техники МЗ РФ только при представлении определённого перечня документов. Был разработан специальный бланк «Согласие на лечение», в котором подробно изложены права пациента, содержание права на информированное добровольное согласие и условия проведения клинического исследования. В письме МЗ РФ от 15.10.2000 № 2510/1080-32 «О клинических исследованиях лекарственных средств» сообщалось об утверждении Положения «О комитете по этике при Федеральном органе контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств», о составе и задаче указанного комитета – проведение этической экспертизы материалов по клиническим исследованиям отечественных и зарубежных лекарственных средств.

При экспериментировании деяние всегда умышленно (И.И. Карпец), экспериментатор, совершая какие-либо действия, действует умышленно, часто идёт на риск, желает наступления благоприятных последствий, но в тоже время допускает возможность наступления вредных последствий, надеясь предотвратить их. Российский уголовный закон, в отличие от других стран, не содержит специальной нормы об ответственности за подобные действия. И.И. Карпец предложил ввести в УК норму об ответственности за незаконное экспериментирование¹.

Внутригосударственное право должно стать барьером на пути любого злоупотребления научными достижениями, стоять на страже прав, интересов, жизни и здоровья человека, поэтому данные вопросы нуждаются в серьёзной проработке². Следует продумать и нормативно закрепить перечень запрещённых медицинских экспериментов на людях, право на вознаграждение участников эксперимента, право и механизм возмещения возникшего вреда их здоровью и т.д.

Напомним в связи с этим ранее упомянутый случай применения неразрешённого препарата «Артротек» роженицам, о чём не значилось в медицинской документации, приведшего к рождению мёртвого ребёнка и смерти женщины. К сожалению, пробел уголовного закона не позволил следователям дать соответствующую правовую оценку данным действиям.

Широкий общественный резонанс вызвала история, происшедшая в конце 2006 года в Волгограде: 112 детям возраста 1-2 лет под видом плановой вакцинации ввели незарегистрированный и неисследованный иммунобиологический препарат (МИБЛ), причинив вред здоровью детей. Подозреваемыми являются сотрудники частной фирмы НУЗ Отделенческой клинической больницы (ОКБ) на станции Волгоград-1» Ольга А. (заместитель главного врача), Татьяна С. (заведующая педиатрическим отделением) и Светлана А. (врач-педиатр), заказчиком испытаний - бельгийская фирма «Глаксо Смит Кляйн Байолоджикалз». С целью привлечения родителей с детьми в указанную частную клинику А. была устроена рекламная кампания новой прививки под видом благотворительной акции. В то же время из Волгоградского управления Роспотребнадзора в шесть муниципальных поликлиник пришли письма с рекомендациями направлять детей в указанную клинику «для сравнения эффективности отечественных и зарубежных вакцин в рамках Европейской недели иммунизации». Автором писем была начальник эпидемиологического отдела Елена К., работающая по совместительству эпидемиологом в больнице, где проводились испытания. Исполнители эксперимента получили солидное вознаграждение³. В публикации назван ещё один

¹ Карпец, И.И. Современные проблемы уголовного права и криминологии / И.И. Карпец. – М., 1976. – С. 195.

² Соответствующие предложения по дополнению УК РФ внесены заведующим отделом Института Эниологии МАЭН РФ С.Я. Ворошиловым и находятся на рассмотрении в Государственной Думе РФ.

³ Валерий Корнев. За тайные опыты над детьми врачи получили 90 тысяч долларов : Расследование / В. Корнев //

непосредственный организатор эксперимента – Игорь С., давший рекомендацию исследователям включать в число испытуемых даже детей с невралгическими нарушениями, не смотря на запрет заказчика.

Таким образом, рассмотренные выше составы преступлений, имеющие различные объекты посягательств (здоровье и жизнь человека, здоровье населения, свобода личности, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, интересы службы) с учётом специфики субъекта (медицинского работника) и профессиональной (медицинской) деятельности, в сфере которой они совершаются, образуют группу преступлений, связанных с нарушением медицинскими работниками профессионального долга.

Не вполне удачные формулировки диспозиций ряда рассмотренных норм, а также существенные правовые пробелы уголовного закона (связанные с отсутствием отдельной статьи об уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания МП и услуг, в том числе за рождение мёртвого ребёнка, незаконные эксперименты на людях) затрудняют правоприменительную практику.

Контрольные вопросы

- 1. Каковы условия уголовной ответственности медицинских работников?*
- 2. Какой вред здоровью как условие уголовной ответственности является минимальным для составов преступлений, предусмотренных ст.ст. 118, 124, 235 УК РФ?*
- 3. По какой норме УК РФ возможно наступление ответственности за незаконные эксперименты на людях, за незаконную трансплантацию?*
- 4. Проведите разграничение составов, сопряжённых с причинением вреда здоровью медицинскими работниками по признаку «действие-бездействие».*

2.2. ОСНОВЫ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Привлечение медицинского работника к уголовной ответственности не препятствует возможности требования со стороны пациента или его законных представителей гражданско-правового возмещения вреда.

Восстановление прежнего имущественного положения кредитора – основная, кардинальная задача гражданско-правовой ответственности. Законодатель однозначно ориентируется на фигуру кредитора и возникшие у него последствия правонарушения. Поэтому и правило о возмещении убытков (основная мера гражданско-правовой ответственности) сформулировано законодателем как возможность лица, пострадавшего от правонарушения (ст. 15 ГК РФ), т.е. главной задачей является возмещение кредитору, а не изъятие у должника, к изменениям имущественной сферы которого гражданский закон индифферентен. С.Н. Братусь особо подчёркивал, «что основная равнодействующая тенденция гражданско-правовой ответственности вытекает из компенсационной, восстановительной функции гражданского права: его цель: обеспечить потерпевшей стороне ее восстановление (в имущественном и в личном отношениях) в первоначальное состояние»¹.

Правовым основанием гражданско-правовой ответственности в связи с причинением вреда при ненадлежащем оказании МП являются нормы гл. 59 ГК РФ «Обязательства вследствие причинения вреда». Так, ст. 1064 ГК РФ выражает принцип генерального деликта, согласно которому вред, причинённый субъекту гражданского права, подлежит возмещению в полном объёме лицом, причинившим вред. С точки зрения права причинение вреда здоровью или жизни всегда противоправно, исключения установлены самим законом; ст. 1068 ГК РФ предусматривает ответственность юридического лица за вред, причинённый его работником при исполнении трудовых обязанностей (специальный деликт).

От ненадлежащего оказания медицинских услуг нужно отличать причинение вреда в результате их оказания. Первое является нарушением договорного обязательства. Договорная ответственность наступает независимо от вины медицинского работника и предусматривает более широкий спектр оснований возникновения и объём возмещения вреда по сравнению с деликтной. Последняя наступает вследствие потери здоровья, т.е. нематериального, охраняемого гражданским правом блага (п. 1 ст. 150 ГК РФ), и оказание услуг здесь лишь сопутствует причинению такого вреда, увеличивает вероятность такового, служит средством его причинения.

Если медицинское вмешательство не привело к ожидаемому результату, однако вреда здоровью не принесло, имеет место ненадлежащее оказание услуг (ст. 503 - 505 ГК РФ). Если же в результате действий медицинских работников состояние здоровья пациента ухудшилось – возник налицо причинение вреда вне рамок договорных отношений (ст. 1095 - 1098 ГК РФ; ст. 7 и 14 Закона о защите прав потребителей), такой вред возмещается исполнителем в полном объёме и независимо от своей вины в ненадлежащем оказании услуг. Это значит, что исполнитель может быть освобождён от ответственности лишь при возникновении вреда вследствие воздействия непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуги (ст. 1098 ГК РФ; п. 5 ст. 14 Закона о защите прав потребителей).

Современное гражданское право нацелено на защиту слабой стороны - потребителя услуг - гражданина за счёт создания специального правового режима участия его в договорных отношениях. Этим объясняется наличие правила об ответственности независимо от вины исполнителя при ненадлежащем оказании услуги потребителю (ст. 1095 ГК РФ)².

Специальных правил об ответственности по договору возмездного оказания медицинских услуг в ГК РФ (глава 39) нет. Такая позиция законодателя представляется существенным

¹ Братусь, С.Н. Юридическая ответственность и законность. М., 1976. - С. 91: Сергеев Ю.Д. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве / Ю.Д. Сергеев, И.Г. Ломакина, Л.В. Каннунникова // Медицинское право. – 2005. – № 4.

² Сергеев Ю.Д. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве / Ю.Д. Сергеев, И.Г. Ломакина, Л.В. Каннунникова // Медицинское право. – 2005. – № 4.

недостатком в правовом регулировании соответствующих отношений и подвергается серьёзной критике специалистов медицинского права. В общих чертах вопрос об ответственности исполнителя услуг перед потребителем решает Закон РФ «О защите прав потребителей». В нём содержится правило (ст. 13), в соответствии с которым ответственность исполнителя является полной, и повышенной, то есть наступающей независимо от вины исполнителя, поскольку он освобождается от ответственности за неисполнение обязательств, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы и по иным основаниям, предусмотренным законом. Аналогичным образом рассматривается уровень ответственности исполнителя и в Правилах предоставления платных медицинских услуг. В них указано (п. 19), что «медицинское учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом».

Здесь общее правило ответственности за вину (виновное причинение вреда) претерпело значительные корректировки. Так, в случае недостижения планируемого результата при выполнении определённого вида медицинских услуг, медицинское учреждение независимо от его вины должно по выбору пациента продолжить лечение бесплатно либо вернуть деньги, а при наличии вины - компенсировать и причинённый моральный вред (ст. 15 Закона «О защите прав потребителей»). Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в процессе оказания платных медицинских услуг, подлежит возмещению исполнителем медицинской услуги и в том случае, если причинён вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, согласно ст. 1095 ГК РФ.

Любой договор, в том числе договор о медицинской услуге, — это сделка. Сделки представляют собой правомерные действия на основе свободного информированного волеизъявления лиц, их совершающих. Закон предъявляет определённые требования к форме сделок. В настоящее время в договоре об оказании платной медицинской услуги принято выделять информационный, условный, обязательственный и ценовой блоки, иногда включают атрибутивный блок, посвящённый уровню сервиса при оказании данной услуги. Информационный блок договора об оказании медицинской услуги должен включать полную и достоверную информацию о конкретной услуге, изложенную в доступной форме. Условный блок отражает технологические особенности медицинского мероприятия и возможные осложнения. Обязательственный блок договора включает положения о надлежащем исполнении обязательства медицинской организации перед пациентом. Ценовой блок договора содержит финансовые обязательства плательщика перед медицинской организацией, в том числе порядок и способы оплаты, а иногда и меры обеспечения обязательств (возвратные обязательства в виде неустойки). Даже если в качестве плательщика выступает страховая организация, имущественные последствия за дефективное оказание медицинской услуги наступают для медицинского учреждения. Применительно к медицинским услугам следует говорить об их универсально возмездном характере, независимо от того, являются ли они бесплатными для населения. Плательщиками могут выступать как бюджет (система здравоохранения), так и внебюджетные фонды (система обязательного или добровольного медицинского страхования)¹.

В подготовленном к.м.н., доцентом кафедры правовой психологии и судебной экспертизы Саратовской государственной академии права Г.Р. Колоколовым комментарии к законодательству о медицинском обслуживании населения подробно разъяснены объём, характер, виды и процедура возмещения вреда здоровью пациентов: «Вред, причиненный здоровью пациента в результате виновных действий (бездействия) медицинского учреждения, может выражаться в утрате (полностью или частично) заработка, в несении каких-либо дополнительных расходов (на лекарства, усиленное питание, посторонний уход за потерпевшим и др.). Статьей 1085 ГК РФ и Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 28 апреля 1994 г. № 3 "О судебной практике по делам о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья" даны примерные перечни дополнительных (помимо возмещения утраченного заработка) расходов, вызванных повреждением здоровья. К ним относятся расходы на усиленное пита-

¹ Пашина, Г.А. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе / Г.А. Пашина, Н.Н. Григорьев, П.О. Ромодановский, А.Г. Пашина. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — С. 30-33.

ние, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, включая стоимость проезда к месту лечения и обратно самого потерпевшего, а в необходимых случаях и сопровождающего, приобретение специальных транспортных средств, расходы, необходимые для обслуживания потерпевших в быту (стирка белья, уборка квартиры и т.п.). Необходимость в указанных дополнительных расходах должна быть подтверждена заключением судебно-медицинской экспертизы. Расходы на усиленное (дополнительное) питание определяются на основании справки медицинского учреждения о рационе усиленного питания и справки о ценах на продукты, сложившихся в той местности, в который потерпевший понёс эти расходы.

Если в результате противоправных виновных действий (бездействия) медперсонала пациент умер, то право на возмещение вреда за счёт медицинского учреждения имеют:

- 1) нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню смерти право на получение от него содержания;
- 2) ребёнок умершего, родившийся после его смерти;
- 3) лица, состоявшие на иждивении умершего и ставшие нетрудоспособными в течении пяти лет после его смерти.

К таким лицам относятся несовершеннолетние (до достижения 18 лет), а учащиеся – до окончания обучения в очных учебных заведениях, но не более чем до 23 лет; женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет (пожизненно); инвалиды (на срок инвалидности); супруг, родитель или другой член семьи умершего, независимо от возраста и трудоспособности, не работающий и занятый уходом за детьми, внуками, братьями или сестрами умершего, не достигшими 14-летнего возраста (до достижения ребенком 14 лет); другие нетрудоспособные иждивенцы. Указанным лицам вред возмещается в размере той доли заработка умершего, которую они получали или имели право получать на своё содержание при его жизни (ст. 1088 ГК РФ).

Вред определяется в размере среднемесячного заработка умершего за вычетом доли, приходящейся на него самого и трудоспособных граждан, состоявших на его иждивении, но не имеющих права на возмещение вреда. Для определения размера возмещения вреда каждому из граждан, имеющих право на возмещение, часть заработка кормильца (умершего пациента), которая приходится на всех указанных граждан, делится на их число.

В случае смерти пациента по вине медицинского учреждения возмещаются также расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы (ст. 1094 ГК РФ)¹.

Существует ряд проблемных вопросов по компенсации морального вреда, (неточность определения «моральный вред», определение его размера, противоречия в правовом регулировании вопросов ответственности медицинских работников), что осложняет правоприменительную практику и требует их отдельной проработки².

Как показало изучение практики, размеры исковых требований и суммы возмещенного морального вреда в судах разных субъектах РФ весьма варьируют, но в целом остаются низкими, особенно в сравнении с судебной практикой зарубежных стран.

Ещё несколько лет назад суммы к возмещению вреда назначались минимальные вне зависимости от тяжести физических и моральных страданий пациента или даже в случае его смерти; самая большая сумма часто не превышала 10 тысяч рублей, самая маленькая – 200 рублей.

Эти 200 рублей в 1998 году получила врач-терапевт одного из районов г. Барнаула от поликлиники, в которой работала. По пути на работу она упала, сразу обратилась в травмпункт, где был поставлен диагноз – ушиб копчика. Лечение было длительным, но облегчения не наступило. Лишь в диагностическом центре были выявлены переломы двух позвонков. Хронический болевой синдром вызвал депрессию, что было подтверждено проведённой экспертизой.

¹ Колоколов, Г.Р. Комментарий законодательства о медицинском обслуживании населения / Г.Р. Колоколов. – Саратов, 2005. – С. 71 – 72.

² Елизарова, С.В. Проблемные вопросы компенсации морального вреда в случаях ненадлежащей медицинской помощи / С.В. Елизарова // Медицинское право. – 2007. – № 1(17). – С. 38 – 41.

Молодая женщина в октябре 1998 года поступила в гинекологическое отделение больницы г. Рубцовска Алтайского края с угрожающей жизни гнойной опухолью придатков. На третий день была проведена операция, во время которой допущены дефекты в виде повреждения артерии и мочеточника. Первый дефект был обнаружен и устранён во время операции, а повреждение мочеточника хирург обнаружил лишь через четыре дня.

После этого пациентку перевели в урологическое отделение, где установили нефростому – трубку для отведения мочи из почки. Состояние ухудшилось. Началось воспаление околопочечной клетчатки, появились гнойники, почка была инфицирована, что повлекло необходимость ещё одной операции – нефрэктомии (удаление почки). В общей сложности женщина перенесла 10 операций в связи с возникавшими осложнениями. Менее чем через год её признали инвалидом, нуждающейся в постоянном уходе.

Суд решил взыскать с больницы в пользу истицы заявленные ею 300 тысяч рублей, а также 6,3 тысячи рублей за оплату юридических услуг, проведение экспертизы и госпошлину. Краевая судебная коллегия данное решение оставила в силе, признав доводы кассационной жалобы больницы несостоятельными.

В другом случае неквалифицированного оперативного вмешательства иск к одной из городских больниц был подан родственниками пациентки, имевшей троих детей, умершей после операции по прерыванию беременности. Акушерский районный пункт направил её на прерывание беременности по «социальным показаниям» лишь на сроке около 20 недель. Гибель женщины, по мнению экспертов, была вызвана неквалифицированной стимуляцией родов, нахождением мёртвого плода в течение нескольких дней в организме матери. Заявленную в иске сумму в 500 тысяч рублей городской суд снизил до 210 тысяч.

Осужденная по ч. 2 ст. 118 УК РФ Назаровским городским судом Г. из заявленных 80 тыс. рублей была обязана возместить лишь 10 тыс. рублей за возмещение морального вреда, причинённого малолетней С. При оказании стоматологической помощи было допущено многократное превышение дозировки обезболивающего препарата, что повлекло необходимость реанимационных мероприятий и длительного лечения у невропатолога. Определением кассационной инстанции краевого суда от 20.07.2000 приговор оставлен без изменения.

В последние годы в ряде регионов России появились службы, организации по разрешению конфликтов в сфере медицинского обслуживания и защите прав пострадавших пациентов («Лига защиты прав пациентов» в Москве, «Астромед» в Омске, «Правомед» в Красноярске и др.), а количество исков и результаты судебных решений во многом зависят от участия в них представителей подобных организаций. Увеличивается и количество медицинских работников, получающих второе высшее юридическое образование для участия в делах данной категории, отличающихся особой сложностью. Значительное количество исков связано с дефектами стоматологической, акушерско-гинекологической и хирургической помощи.

Следует отметить, что в частных клиниках в случае конфликта с пациентами врачи иногда стремятся выплатить компенсацию добровольно. Что же касается муниципальных учреждений, то острота их противостояния к пациентам в судах весьма значительна. Объяснение данной разницы кроется в пробелах законодательства, связанных с отсутствием в бюджетных строчках финансирования выплат по судебным искам. Между тем в большинстве развитых стран выплаты производят из страховых фондов.

В силу рискованности медицинской деятельности следует признать целесообразными многочисленные предложения о введении кодифицированного специального медицинского законодательства с чётким разграничением понятий «ятрогения», «дефект оказания МП», «обоснованный медицинский риск» и др. Наряду с этим следует определить порядок восстановления здоровья пациентов, устранения иных негативных последствий медицинских мероприятий – разработать институт восстановительной медицины (кем, за чей счёт, в каком объёме, в какие сроки исправлять дефекты МП). Давно назрела необходимость развития, по аналогии с европейскими странами, страхования профессиональной ответственности медицинских работников с учётом декларативного закрепления данного права в п. 7 ст. 63 Основ.

Контрольные вопросы:

1. Каковы правовые основания гражданско-правовой ответственности за ненадлежащее оказание медицинской услуги?
2. В каких случаях возможно наступление гражданско-правовой ответственности независимо от наличия вины медицинского учреждения?
3. Что означает формулировка «ненадлежащее оказание медицинской услуги»? Включает ли она вред здоровью пациента?

3. ПРОБЛЕМЫ ДОПРОЦЕССУАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Уголовные дела о преступлениях, связанных с нарушением медицинскими работниками своего профессионального долга, возбуждаются, как правило, по материалам проверок, проводимых в связи с заявлениями (жалобами) потерпевших или их родственников. Поводом к возбуждению уголовного дела являются результаты ведомственных и вневедомственных проверок. Чаще всего указанные лица обращаются в органы прокуратуры, после чего у них получают объяснения, запрашиваются материалы служебной проверки по месту лечения пострадавшего пациента.

Значительное место в практике допроцессуальных отношений сыграло письмо МЗ СССР «О порядке проверки фактов нарушения прав, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников»¹, предусматривающее порядок проведения служебного расследования и прокурорской проверки по фактам летальных исходов, причинения вреда здоровью и жалобам пациентов.

В задачи медицинской комиссии, проводившей проверку, входит:

- оценка организации и качества МП;
- оформление результатов служебного расследования в виде заключения служебной (административной) проверки, в постановляющей части которого указываются выявленные недостатки оказания МП, причины и условия их возникновения, связь с неблагоприятным исходом;
- направление материалов проверки (не позднее 3 дней после её завершения) в прокуратуру. Вместе с заключением комиссии в прокуратуру передаются подлинники медицинских документов, письменные объяснения медицинских работников.

Кроме того, в указанном письме содержалось требование о наличии в материалах служебной проверки перечня изученных документов, полноценного изложения исходных материалов, аргументации всех пунктов заключений, подписей всех членов комиссии, а также о решении вопроса о прямой причинной связи между допущенными недостатками в работе медицинского персонала и наступившим исходом. При этом должно указываться, какие положения действующих нормативных актов нарушены, кем, в чем выразились эти нарушения; даваться конкретные предложения по устранению выявленных недостатков.

Группой учёных-медиков (А.Ф. Кинле, И.Г. Вермель, Ю.Б. Горощенко) совместно с Главным судебно-медицинским экспертом В.О. Плаксиным разработаны методические указания БГСМЭ МЗ РСФСР от 17.11.1993 г. № 1523/01-04 «Проведение судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с жалобами родственников на неправильную диагностику и лечение», адресованные органам прокуратуры и судебно-медицинским экспертам. Обратившись к данному документу, находим ряд сходных положений, отраженных в ранее изложенном письме МЗ РФ. После поступления жалобы от родственников пациента рекомендуется получить объяснения, истребовать медицинские документы, в том числе материалы ведомственного расследования, протокол клинко-анатомической конференции или лечебно-контрольной комиссии, если производился разбор данного случая, после чего получить по ним заключение специалистов, «однако не в форме экспертизы, назначение которой является следственным действием и не может проводиться без возбуждения уголовного дела, а в форме судебно-медицинского исследования по медицинским документам». При этом следователь должен представить в отдел сложных экспертиз Бюро СМЭ вместе с собранными материалами «сопроводительное отношение», в котором «просит» провести «экспертный анализ представленных документов в связи с фактами, изложенными в жалобе заявителя и указать, какие недостатки и упущения были допущены в лечебно-диагностическом процессе».

Передаче в правоохранительные органы вместе с заключением подлежат подлинники медицинских документов (стационарные и амбулаторные карты больного, акт судебно-медицинского исследования или протокол патологоанатомического вскрытия трупа, протоколы

¹ № 06-14/22 от 12.06.1987, письмо было согласовано с Генеральной прокуратурой СССР.

клинико-анатомических и клинических конференций, характеристики на привлекаемых к ответственности врачей и др.), а также письменные объяснения медицинских работников, допустивших нарушения.

Срок проверки не должен превышать месяца со дня получения поручения. Ответственность за работу медицинской комиссии, надлежащее оформление материалов и своевременную передачу в прокуратуру или суд возлагается на руководство органа здравоохранения, образовавшего комиссию.

По каждому случаю смерти в стационаре или по жалобе пациента (его родственников) проводится либо клинико-анатомическая конференция сотрудниками стационара, либо (в случае поступления жалобы в вышестоящий орган здравоохранения или в прокуратуру, орган внутренних дел) служебная проверка с участием главных специалистов краевого (областного) уровней. Акты лечебно-контрольных комиссий (ЛКК) о качестве проведённого лечения могут быть поводом к возбуждению уголовного дела, а в последующем наряду с другими документами являются объектами экспертных исследований.

Для проверки данных, изложенных в заявлениях о преступлении, ч. 1 ст. 144 УПК РФ предусмотрен трёхсуточный срок. В исключительных случаях в соответствии с ч. 3 указанной статьи по ходатайству следователя (дознателя) данный срок может быть продлён до 10 суток, а при необходимости проведения документальных проверок – до 30 суток.

В указанных выше двух правовых документах прослеживается стремление их создателей вне процессуальных рамок решать вопросы, относящиеся к компетенции комиссионной судебно-медицинской экспертизы, переложив их на медицинские комиссии, удлинив тем самым предусмотренные законом сроки на проведение проверки. Во многих субъектах РФ получила широкое распространение практика назначения так называемых «экспертных исследований» по «материалам проверки», «отказным материалам» (чаще их называют судебно-медицинскими экспертизами, не придавая им, однако, статуса доказательства). Мотивация следователей при назначении таких исследований связана с недостаточной для них ясностью результатов служебных расследований, проводимых местными органами управления здравоохранения. При этом ставятся практически те же вопросы, которые будут поставлены при назначении СМЭ после возбуждения уголовного дела. Создаётся иллюзия расследования при невозбужденном деле.

Таким образом, на этапе предварительной проверки проводится не только служебное расследование, но и экспертное исследование, которое, называясь чаще всего комиссионной судебно-медицинской экспертизой, в последующем не учитывается в числе доказательств, а после возбуждения уголовного дела следователи вновь назначают СМЭ, которая проводится теми же экспертами. Это приводит к необоснованному удлинению сроков предварительных проверок, вынесению многочисленных постановлений об их продлении, о повторных проверках, затем по надуманным основаниям выносятся постановления об отказе в возбуждении уголовного дела. В 87% изученных дел и материалов проверок постановления об отказе в возбуждении уголовного дела выносились два и более раз, которые часто обжаловались потерпевшими. Время, прошедшее с момента совершения преступления и его обнаружения, подачи заявления потерпевшими, до возбуждения уголовного дела, не превышало отведённый законом 10-ти дневный срок только в 4% случаев, одного месяца – в 8%. Не было редкостью, когда такой срок составлял несколько месяцев, год и более.

Между тем, время совершения преступления и другие обстоятельства его совершения стираются из памяти очевидцев, могут исчезнуть медицинские документы, а заинтересованные в деле лица имеют все больше возможностей противодействовать следствию. С учётом мнения опрошенных потерпевших приходим к выводу о том, что длительные предварительные проверки не способствуют установлению истины по делу, а разобраться с наличием или отсутствием признаков преступления можно в сроки, предусмотренные ст. 144 УПК РФ.

Следует отметить, что ведомственная управленческая процедура по оценке качества МП создавалась с целью стимулирующего воздействия на субъекты оказания МП. Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 10 мая 2007 г. № «Об утверждении порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликли-

нической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи», п.п. 2в и 3в «амбулаторно-поликлиническая и стационарная специализированная медицинская помощь, поименованы работы и услуги по контролю качества медицинской помощи. Данный вид деятельности подлежит лицензированию. В соответствии с приказом № 363/77 ведомственный контроль качества проводится экспертным путём должностным лицом лечебно-профилактического учреждения, клиничко-экспертными комиссиями, органами управления здравоохранением.

Приказами МЗ РФ от 08.04.1996 № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи» и от 07.05.1998 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детскому населению» утверждены стандарты, позволяющие исполнителям медицинской помощи ориентироваться на регламентированные законом необходимый набор (стандарт) действий при заболеваниях (по 800 нозологическим формам). Контроль и надзор над оказанием услуг в сфере здравоохранения призвана осуществлять Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор).

В настоящее время существует ведомственный и вневедомственный контроль качества МП (т.н. медицинская экспертиза), а также комиссионная судебно-медицинская экспертиза по уголовным и гражданским делам, связанным с дефектами оказания МП.

Первые два являются медицинскими экспертизами несудебного характера. Ведомственная медицинская экспертиза в системе ведомственного контроля качества МП проводится должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранением, клиничко-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. Высшей экспертной инстанцией в системе ведомственного контроля является Росздравнадзор.

В тех случаях, когда нарушения оказания МП повлекли смерть больного или иные тяжкие последствия, в обязательном порядке должно проводиться служебное расследование. Контроль проверки качества МП осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития¹.

Вневедомственная экспертиза качества МП проводится субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения. К таким субъектам относятся лицензионные и аккредитационные комиссии; страховые медицинские организации; территориальные фонды обязательного медицинского страхования; страхователи; исполнительные органы Фонда социального страхования РФ; профессиональные медицинские ассоциации; общества защиты прав потребителей, эксперты которых должны действовать в пределах своей компетенции.

Руководитель органа здравоохранения назначает в члены комиссии только из числа высококвалифицированных врачей-специалистов, которые после ознакомления с ЭКМП, проведенной ФОМСом, и всесторонне изучив подлинные медицинские документы, могут провести оценку организации оказанной МП и сопоставить эти данные (в случае летального исхода) с результатами патологоанатомического или судебно-медицинского исследования. Обязательному контролю подлежат, помимо случаев летального исхода, также случаи повторной госпитализации; жалобы пациентов на неудовлетворенность оказанием медицинской помощи (услуги).

В состав комиссии с учётом возможности назначения и производства в последующем комиссионной СМЭ не допускается включение руководителя (являющегося одновременно главным государственным судмедэкспертом региона) экспертного учреждения или его заместителя.

Однако, в практике работы, в частности органа исполнительной власти в области здра-

¹ Об утверждении Положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004, п. 6.3.8.

воохранения Красноярского края, главным специалистом по судебной медицине "традиционно" и "автоматически" назначается руководитель судебно-медицинского экспертного учреждения! Как правило, вместо которого роль председателя выполняет его заместитель, курирующий экспертную работу.

Следует отметить, что некачественные проверки серьезно затрудняют принятие решений по поводу оценки выявленных нарушений и ответственности медицинских работников.

Как показало изучение практики, в большинстве случаев, на этапе предварительных проверок допускалось значительное превышение сроков (до года и более вместо 1 месяца). Это было связано с тем, что следователи по указаниям прокуроров выносили постановления о назначении СМЭ, сроки проведения которой достигали 6 месяцев и более. После возбуждения уголовного дела вновь назначалась СМЭ, нередко тому же составу экспертной комиссии. А заключение предыдущей СМЭ расценивалось не более как повод к возбуждению уголовного дела. Считаем, что проведение СМЭ до возбуждения уголовного дела противоречит закону и ведёт к необоснованному удлинению сроков производства по делу.

В значительной части изученного эмпирического материала в ходе предварительных проверок проводилось две комиссионных СМЭ, и после длительных сроков предварительных проверок выносились постановления об отказе в возбуждении уголовного дела без надлежащей мотивировки принятого решения, что не удовлетворяло потерпевших. Так, в выводах повторной СМЭ, назначенной в ходе дополнительной проверки по факту мертворождения К., установлены многочисленные дефекты МП. Однако спустя год и три месяца после обращения потерпевших в прокуратуру было вынесено постановление об отказе в возбуждении уголовного дела без надлежащего обоснования принятого решения. После этого потерпевшие обратились в суд, в порядке гражданского судопроизводства, где их исковые требования были частично удовлетворены. Было вынесено определение о мировом соглашении, где указано, что стороны отказываются от исковых требований в полном объеме, а МУЗ «Каргасокская ЦРБ» обязуется выплатить равными платежами в течение трёх месяцев денежную компенсацию морального вреда в сумме 50 000 рублей.

В ходе проведённого исследования приходилось видеть материалы служебных проверок, где участие должностных лиц органов предварительного расследования в, так называемом, «рабочем совещании» не помогло установлению истины. Изучение протокола данного мероприятия, на которое была приглашена и пострадавшая от необоснованно проведённой операции по удалению молочной железы (ошибочно установленный рак – перепутали гистологические стекла пациенток) показывает незащитность пациентки перед должностными лицами. С целью подтверждения факта ошибочно установленного диагноза по чужим тканям по инициативе пациентки проведено в РЦ СМЭ дорогостоящее исследование для установления происхождения гистологических препаратов. Факт ошибки подтверждён методикой, вероятность которой составляет 99%. Однако вполне аргументированная позиция пациентки была безосновательно отвергнута членами «рабочего совещания», где единым фронтом выступили как представители медицины, так и правоохранительных органов¹.

Таким образом, возможные пути развития конфликта между пациентом (его представителем) и лечебным учреждением могут быть представлены в виде следующей схемы (Рис. 2).

¹ Уголовное дело № 16140135 было приостановлено 30.05.2006 по п.1 ч.1 ст. 208 УПК РФ (в связи с неустановлением лица, подлежащего привлечению в качестве обвиняемого). Город не называем в связи с резонансной ситуацией, вызванной данным происшествием.

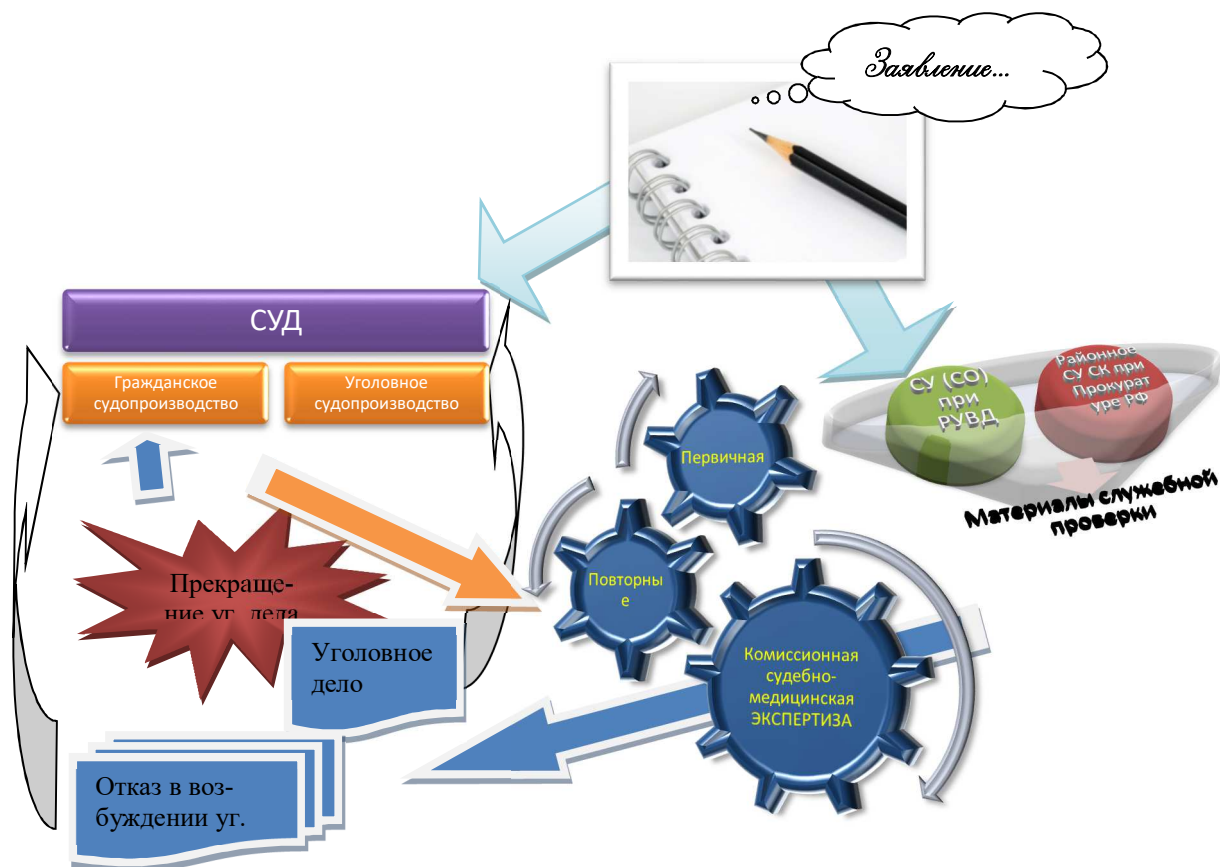


Рис. 2. Схема развития конфликта между пациентом (его представителем) и медицинским учреждением

Долгим и тернистым видится путь пострадавших пациентов к справедливости. Далеко не все выдерживают его, останавливаясь на этапе предварительной проверки. Не случайно этот путь назван в одной из публикаций СМИ «хождением по мукам»¹. А с учётом «разбросанности» подсудственности статей в УК РФ с рассматриваемым субъектом, влекущей передачу дел из одного органа расследования в другой, гораздо больше стрелок в данной схеме можно сделать с направлением «вперёд-назад».

Как показало изучение практики, уголовные дела в подавляющем большинстве прекращались на стадии предварительного расследования, причём, чаще всего, в связи с отсутствием состава преступления (свыше 40 %), в связи с актом амнистии (11 %), реже за примирением сторон, в связи с деятельным раскаянием. Настораживает значительный удельный вес дел, приостановленных в связи с неустановлением лица, подлежащего привлечению в качестве обвиняемого, поскольку уже в первичных материалах все фамилии причастных лиц были известны.

Производство по делам, как правило, длительное. По одному из дел о рождении ребенка в состоянии клинической смерти, оставшегося на всю жизнь слепым, глухим и парализованным из-за комплекса дефектов оказания медицинской помощи, расследование длилось четыре года. Многократно прекращалось по различным основаниям, в результате прекращено за истечением сроков давности привлечения к уголовной ответственности. Общее производство по делу с учётом предварительных проверок и последующего гражданского судебного процесса длилось 6 лет!

Контрольные вопросы:

¹ Ольхова, Н. Рождение стало концом жизни: хождение по мукам (Медицинский детектив) Н. Ольхова // Комок. – 2000. - № 18 (9 мая).

- 1. Каковы задачи медицинской комиссии, проводившей проверку по факту медицинского происшествия?*
- 2. Какова роль ведомственной управленческой процедуры по оценке качества медицинской помощи?*
- 3. Какие действия необходимо выполнить на этапе предварительной проверки по факту медицинского происшествия?*
- 4. Каковы возможные процессуальные пути разрешения конфликта между пациентом и медицинским учреждением?*

4. ТАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ РАССЛЕДОВАНИЯ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УСЛУГ

4.1. ТАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ РАССЛЕДОВАНИЯ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ПОДЛЕЖАЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЮ

Криминалистическая классификация преступлений, связанных с нарушением медицинскими работниками профессионального долга, где в качестве критерия обозначим виды нарушаемых специальных правил, предполагает выделение следующих групп:

1. Непосредственно связанные с дефектами, нарушением правил, стандартов МП (услуг) – (ст. 124, ч. 4 ст. 122, ст. 235, ст. 123, ч. 2 ст. 118, ч. 2 ст. 109 УК РФ).

2. Связанные с нарушением иных специальных правил (правил помещения в психиатрический стационар, эксплантации и трансплантации, санитарно-эпидемиологических, правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, правил, предназначенных для выполнения медицинскими работниками, относящимися к должностным лицам).

При этом чаще всего в рамках деяния, относящегося ко второй группе, в отличие от первой, наблюдается сочетание нарушений из обеих групп правил.

Стратегия расследования включает, с одной стороны, установление последствий и обстоятельств совершения деяния, с другой – доказывание преступного характера действий (бездействия) медицинского работника.

Общие рекомендации по расследованию преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности, включают необходимость:

- 1) обращения к специальным правилам (стандартам, инструкциям, приказам и т.п.);
- 2) изучения документов внутреннего пользования, отражающих динамику взаимодействия пациента и медицинских работников с точки зрения их формы и содержания в рамках проверяемой версии;
- 3) применения разных форм использования специальных знаний, относящихся к медицинской деятельности;
- 4) уяснение лицом, ведущим расследование, сущности и причин правового конфликта, механизма посягательства (патогенеза, танатогенеза, корыстная направленность действий медицинского работника и т.д.);
- 5) доказывания причинной связи между нарушением специальных правил и наступившим вредом здоровью (смертью) пациента, за исключением преступлений с формальными составами (ч. 1 ст. 123, ст. 120, ч. 1 ст. 128 УК РФ).

Подследственность составов преступлений, которые с большей или меньшей частотой могут быть совершены в сфере медицинской деятельности, рассредоточена в соответствии со ст. 151 УПК РФ между тремя подразделениями правоохранительных органов (Рис. 2).

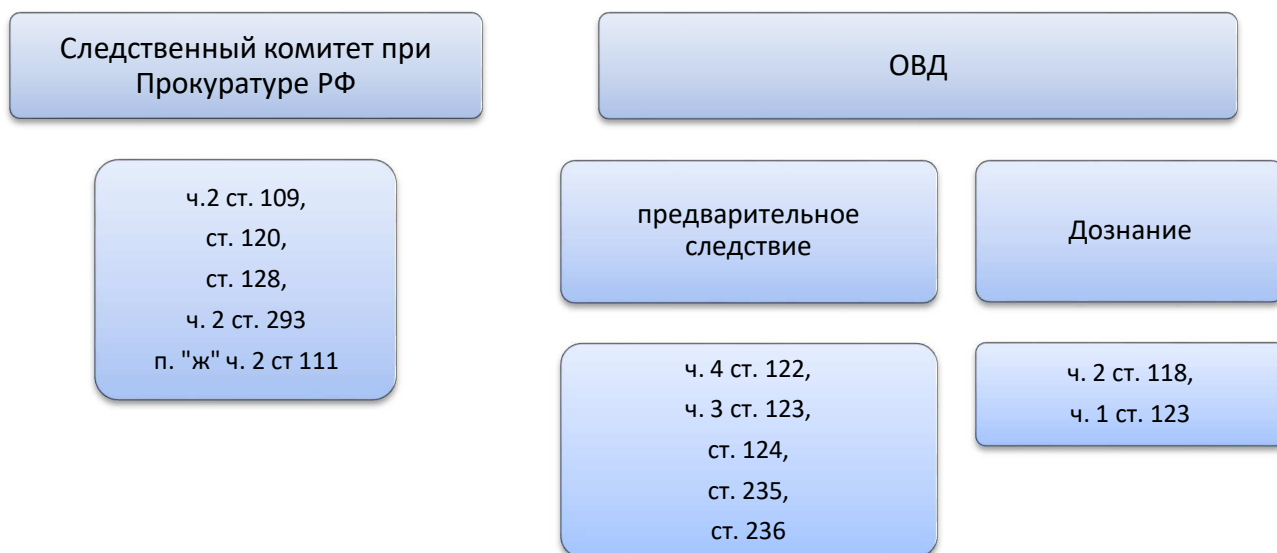


Рис. 2. Подследственность составов преступлений, сопряжённых с медицинской деятельностью

На практике подследственность нередко не соответствует закону, когда расследованием занимаются следователи Следственного комитета при Прокуратуре РФ.

Рамками настоящей работы в большей степени охвачены вопросы ответственности и расследования преступлений, относящихся к первой группе представленной выше классификации.

В современных публикациях популярен ситуационный подход к процессу расследования, основанный на выделении типичных ситуаций и тактических задач расследования. Выделим главную тактическую задачу в видовой методике по расследованию преступлений, связанных с дефектами оказания МП – «Доказывание причинной связи между дефектом оказания МП и наступившим вредом здоровью (смертью) пациента». Последовательность решения тактических задач видится следующей: «Установление дефектов оказания МП и лиц, причастных к нему», «Доказывание причинной связи между дефектом оказания МП и наступившим вредом здоровью (смертью) пациента», «Доказывание субъективной стороны преступления», «Доказывание факта принятия (непринятия) мер к заглаживанию причинённого вреда».

В зависимости от объёма информации в начальный период расследования можно выделить три типичных следственных ситуации: **относительно определённую, слабо определённую и неопределённую.**

Относительно определённая следственная ситуация характеризуется тем, что медицинская помощь оказывалась в одном учреждении, разрыв во времени между очевидным дефектом МП и неблагоприятным исходом минимален, и предполагается непосредственная связь дефекта с последствиями (оставление инородного предмета в полости тела, вмешательство на здоровом органе вместо здорового, применение запрещенного препарата или явная передозировка, приведшая к внезапной смерти и т.п.).

Слабо определённая ситуация усложнена тем, что МП оказывалась в нескольких учреждениях, несколькими врачами, либо связь неблагоприятного исхода с дефектом не столь очевидна и включает, в отличие от неопределённой, не более 1 – 2 объективных факторов. К последним следует отнести те, которые не зависят от воли медицинских работников (редкое, трудно диагностируемое заболевание, позднее обращение за МП, несоблюдение режима пациентом, отсутствие необходимого оборудования, специалистов, лекарственных препаратов в данном учреждении и т.п.).

К **неопределённой** мы относим и ту, которая, наряду, с элементами, характеризующими слабо определённую ситуацию, обусловлена большим количеством объективных факторов и пробелами в медицинской документации либо утратой документов. Как правило, она сопряжена со значительным противостоянием расследованию со стороны заинтересованных лиц и имеет слабую судебную перспективу. Следует отметить, что в следственной практике

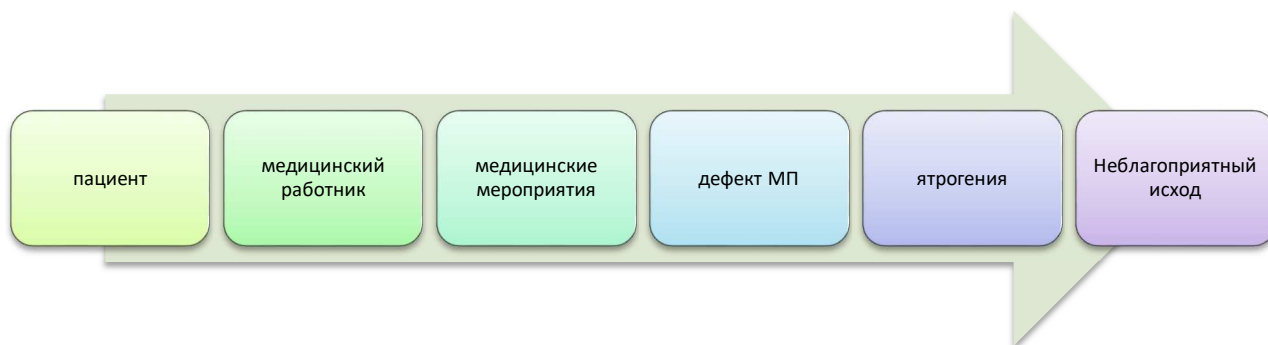
чаще встречается слабо определённая следственная ситуация.

Первая тактическая задача – «Установление дефектов оказания МП и лиц, причастных к нему».

В целях изучения неблагоприятных последствий МП и жертвы посягательства проводятся выемка и осмотр документов, допрос потерпевшего (его законного представителя), консультации и допросы специалистов. Исследуется процесс оказания МП на всех его стадиях в целях выявить факт нарушения правил оказания МП, её дефектов, вида ятрогении и возможных причин неблагоприятного исхода.

Анализу подвергается информация, содержащаяся в медицинских документах о пациенте, медицинских работниках, оказывавших ему МП, сведения о тактике и методике лечения конкретной патологии и т.д. Установлению подлежат обстоятельства, свидетельствующие о том, что действия медицинского работника были неадекватны состоянию пациента и конкретной ситуации, в которой ему была оказана МП.

В ходе познания механизма ятрогенного происшествия условно можно выделить систему, состоящую из следующих взаимосвязанных элементов:



Обстоятельства, подлежащие установлению о пострадавшем пациенте:

- с какой патологией (основной и сопутствующей) обращался за МП, в какое медицинское учреждение;
- доводы относительно неполноты и неадекватности оказания МП;
- в ходе какого медицинского мероприятия, на какой его стадии произошел дефект, предположительно повлекший неблагоприятный исход;
- принадлежал ли пациент к группе риска, какие его индивидуальные особенности могли отрицательно повлиять на качество оказания МП, обусловить ее неблагоприятный исход: возраст, пол, ожирение, имеющиеся ранее аллергические реакции организма, тяжесть заболевания, нарушение режима лечения, диеты, самолечение, вредные привычки;
- какое количество лекарственных препаратов принимал одновременно пациент, имела ли место полипрагмазия;
- в одном или нескольких ЛПУ получал МП.

Возможной причиной постановки неправильного диагноза могли являться: неполнота сбора анамнеза, в том числе аллергологического, неполнота или неправильность назначения диагностических исследований и их оценка. При исследовании стадии лечения важно установить обоснованность выбора врачом определённого вида и тактики лечения, их адекватность состоянию пациента, технологии проведения назначенных мероприятий, различного рода отступлений от неё.

Необходимо провести выемку и осмотр медицинских документов, установить и допросить пациентов, с которыми одновременно проходил лечение и общался потерпевший, провести ОРМ в целях изучения личности и отношения к работе причастных к дефекту лиц, допросы свидетелей из числа медицинских работников, могущих дать правдивые показания.

Выяснению вида ятрогении, возможных причин неблагоприятного исхода могут способствовать выемка, приобщение к делу нормативных документов, находящихся в вышестоящем органе здравоохранения, помещённых на электронных носителях информации, науч-

ных публикаций по вопросам, относящимся к исследуемому патологическому процессу, консультации специалистов.

«Доказывание субъективной стороны преступления» предполагает установление вида и формы вины, мотивации действий путём допроса подозреваемого и обвиняемого, истребования характеризующего материала, тщательного изучения личностных особенностей, отношения к работе, проверки оправдательных обстоятельств, на которые ссылается обвиняемый, выяснения фактов допущения дефектов МП в прошлом, в том числе привлечения к уголовной ответственности путём направления запросов в региональный и федеральный ИЦ. Нами установлен случай, когда следователи и дознаватели, сменяющие друг друга в процессе производства по делу, не проверили достоверность указанных обвиняемым данных об отсутствии факта привлечения к уголовной ответственности в прошлом за подобные действия, не был послан запрос в федеральный информационный центр, и данный факт был выявлен уже после принятия окончательного решения по делу.

Способствовать неблагоприятному исходу могут следующие особенности медицинского работника:

- отсутствие соответствующего медицинского стажа, недостаток образования, квалификации, опыта, профессиональных навыков;
- недостаток индивидуальных качеств, определяющих его ответственное отношение к своим профессиональным обязанностям, внимательное отношение к пациентам, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей в экстремальных условиях;
- отрицательные стороны поведения (употребление на работе алкоголя, наркотиков, нарушения трудовой дисциплины и т.п.).

Тактическая задача «Доказывание факта принятия (непринятия) мер к заглаживанию причинённого вреда» предполагает уточнение у потерпевших лиц суммы исковых требований за моральный вред, помощь в составлении искового заявления для последующего рассмотрения гражданского иска в уголовном процессе, разъяснение обвиняемому оснований и порядка прекращения уголовного преследования в связи с деятельным раскаянием (ст. 28 УПК РФ, ст. 75 УК РФ) в случае принятия мер для досудебного заглаживания причинённого вреда.

В ходе расследования по уголовному делу № 14015114 установлено, что врач-лаборант З. признала свои диагностические ошибки и возместила вред добровольно (за месяц до смерти больной) в размере 50 000 рублей. 5.12.2000 К. была доставлена в ГБ №0 с маточным кровотечением, диагнозом: миома матки с нарушением менструального цикла по типу метроррагии. Произведено фракционное выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием: среди крови определены атипичные клетки, вызвавшие у патоморфолога подозрение на злокачественную опухоль. Однако указанные результаты не были приняты лечащим врачом-гинекологом во внимание, что привело к ошибочному диагнозу «миома матки», с данным диагнозом больная была выписана.

С 25.02.2001 по 03. 2001 г. К. вновь находилась на лечении в том же стационаре с тем же диагнозом. Гистологическое исследование: выделены фрагменты эндометрия атрофического типа.

С 30.04 2001 по 05. 2001г. К. вновь находилась на лечении в том же стационаре с диагнозом: кровотечение после диатермокоагуляции шейки матки. Проведена операция: ушивание нисходящих путей маточной артерии.

8.08.2001 К. вновь поступила в данный стационар с диагнозом: миома матки 12 недель, стромальный эндометриоз наружный и внутренний, хронический цервицит. 10.08. произведена операция: экстирпация матки с левыми придатками, дренирование брюшной полости. Гистологическое исследование операционного материала проведено врачом З., диагноз миомы не подтвержден, заключение было ошибочным. 8.01.2004 при оформлении 1 группы инвалидности в городской онкологии К. потеряла сознание и через 40 минут скончалась в реанимации. Согласно заключению комиссионной СМЭ уже в декабре 2000 г. имело место онкологическое заболевание – стромальная саркома матки; ухудшение состояния являлось результатом течения злокачественного опухолевого процесса, которому способствовало отсутствие своевременного радикального оперативного вмешательства; смерть не состоит в причинной связи с недостатками диагностики и нерадикального оперативного лечения. 2.07.2004 вынесено постановление о прекращении уголовного дела по п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ за отсутствием состава преступления.

Уголовное дело № 9159122 (ч. 2 ст. 124 УК РФ) 16.09.2002 прекращено следователем в связи

с деятельным раскаянием, выразившемся в возмещении врачом 20 000 рублей потерпевшей родственнице умершего пациента М.

Наиболее сложной тактической задачей расследования является **«Доказывание причинной связи между дефектом оказания МП и наступившим вредом здоровью (смертью) потерпевшего»**. Данная тактическая задача решается путём назначения, производства и правовой оценки комиссионной СМЭ, в случае сомнений в её результатах – путём допросов экспертов, назначения повторной СМЭ. Между ненадлежащими действиями (бездействием) медицинского работника, выразившимися в нарушении правил, стандартов оказания помощи и неблагоприятным исходом может быть прямая, непосредственная или опосредованная связь.

В социальной системе причинно-следственная связь действует в единстве с другими формами обусловленности. В системе роль причинности сведена к минимуму. Системный подход предполагает изучение явления во взаимосвязи, а причинность позволяет рассматривать явления только вычленив их из взаимосвязи, т.к. только в этом случае сменяющееся движение выступает перед нами – одно как причина, другое как следствие¹.

Причина и следствие есть «философские категории, отражающие всеобщую связь между предметами, явлениями... Эта связь заключается в том, что любой предмет, любое явление возникают из других предметов и явлений...². С философской точки зрения все явления, которые происходят в окружающем нас мире, взаимосвязаны. В первоначальном своем понимании причинная связь представляла жесткую связь, выражающуюся в неизбежном наступлении следствия после появления причины.

Следует четко отграничить причинность от взаимодействия. Причинность есть, прежде всего, прямая жесткая связь между явлениями, при которой одно явление (причина) влияет на другое (следствие), а не наоборот. Это объективно существующее отношение между явлениями, при котором одно или несколько взаимодействующих явлений (причины) порождают иное явление, рассматриваемое как следствие. В отличие от причинности при взаимодействии допускается обратное влияние (взаимодействие – самостоятельный тип детерминации). «Философское понимание причинности еще не раскрывает конкретных свойств, форм и разновидностей причинных связей, встречающихся в различных областях природы и общества, не показывает, в чём состоит механизм взаимодействия между причиной и следствием»³. Эта неудовлетворенность понятна, т.к. нельзя все разнообразие связей объяснить причинностью.

Причинную зависимость возможно наблюдать только для ограниченного числа простейших случаев, где причинность выступает как реальная односторонняя жесткая зависимость. Причинное же объяснение детерминационной природы возможно в том случае, если сложное явление упростить и под причиной понимать: а) наиболее значимый фактор; б) систему взаимодействующих или связанных иным типом детерминации факторов, характеризующих определённое состояние системы (например, причиной смерти может являться сердечная недостаточность, обусловленная, в свою очередь, множеством различных состояний функционирующих систем организма).

А.А. Эйсман отметил, что «причина не сводится к простому предшествованию во времени. Неверно, что **post hoc ergo propter hoc** (лат. после этого, следовательно, по причине этого). Событие может случайно предшествовать другому и не быть его причиной, причина же необходимо предшествует следствию».⁴

Можно выделить несколько оснований классификации причинной связи: по субъектам (следователь и эксперт) и структуре (простая и сложная с разновидностями). При этом правила, регулирующие поведение людей, в одних случаях предусматривают простую причинную связь, а в других – сложную. Под простой (прямой) причинной связью понимают те случаи, когда одно событие переходит в другое без действия каких-либо дополнительных сил (обстоятельств, условий), а под сложной – такую, которая осложнена привходящими факторами

¹ Маркс К. и Энгельс Ф. Соч. Т. 20. – С. 546.

² Краткий словарь по философии / под ред. И.В. Блауберга, И.К. Пантина. - М., 1982. - С. 267.

³ Кудрявцев, В.Н. Причинность в криминологии / В.Н. Кудрявцев. – М., 1958. – С. 5.

⁴ Эйсман, А.А. Заключение эксперта (структура и научное обоснование) / А.А. Эйсман. – М., 1967. – С. 11.

(условиями). В общем виде сложная причинная связь может развиваться в следующих формах: *последовательной*, когда одна причина вызывает вторую, вторая – третью и т.д. до последней, которая приводит к событию; *параллельной*, при которой два последовательно развивающихся события при случайном пересечении положений дают причину; *круговой*, когда одна причина вызывает другую, другая – следующую до тех пор, пока одна из них не приводит к преступному событию; *концентрической*, при которой один фактор порождает развитие нескольких параллельных ветвей, которые при случайном пересечении приводят к событию¹.

Причинную связь между явлениями выражает закон достаточного основания, который, по мнению И.Г. Вермеля и А. А. Солохина, должен отражаться и в выводах судебно-медицинской экспертизы: всякая мысль, утверждение должно быть обосновано причинно-следственными отношениями (или связями) — это и есть закон достаточного основания².

Помимо философского, можно выделить еще три направления исследования сущности причинно-следственных связей: в уголовном праве, в следственной и экспертной практике. В уголовном праве общеизвестно деление составов преступлений на материальные и формальные. Для первых законодатель в объективную сторону включает причинную связь между деянием и последствиями, а для вторых – только лишь деяние. Но с точки зрения доказывания такая классификация имеет меньшее значение, потому что процесс косвенного доказывания в принципе основан на исследовании различных направлений развития причинно-следственной связи. И.Я. Фойницкий, М.С. Строгович выделяли такие:

- от причины к следствию;
- от следствия к причине;
- от общей причины к одному из следствий;
- от общего следствия к одной из причин.³

В процессе расследования следователя интересует как совокупность «ряд обстоятельств, появление которых при наличии уже имевшихся в данной ситуации условий ведёт к появлению следствия».⁴ Здесь мы соприкасаемся с одной из сложных задач расследования – разграничение и выделение причин и условий. Условия создают лишь предпосылки к возникновению и развитию причины, но самостоятельно не могут породить следствие. При этом одна и та же причина в зависимости от условий может повлечь разные следствия, и наоборот, одно следствие при разных условиях может порождаться несколькими причинами.⁵

Проанализировав составы преступлений, В.Е. Корноухов отмечает, что законодатель выделяет различные типы причинно-следственной связи. Первый тип – *пространственно-временная*, который встречается по большинству как материальных, так и формальных составов преступлений. Второй – *нормативная причинно-следственная связь*, которая характеризует большинство бланкетных норм уголовного права.⁶

В анализе первого типа основное значение имеют факты последовательности в возникновении следов, явлений (временные характеристики), дополняемые анализом пространственной связи. При познании нормативной причинно-следственной связи необходимо учитывать бланкетные диспозиции уголовно-правовых норм, отсылающих к правилам, должностным инструкциям, регулирующим деятельность в определённой отрасли для обеспечения надлежащего выполнения профессиональных обязанностей и безопасности (техники, производства взрывных и иных работ, дорожного движения, противопожарной, медицинского обслуживания). Специфика последних заключается с одной стороны, в неполной нормативной регламентации (не по всем нозологическим формам имеются стандарты), с другой – бессистемностью нормативных положений, наличием противоречий. Для всех вышеуказанных сфер деятельности нарушения, проявившиеся в невыполнении нормативных требований, в

¹ Курс криминалистики. Особенная часть. Т.2 / Отв. ред. В.Е. Корноухов. – М., 2004. – С. 401-402.

² Вермель, И.Г. Формальная логика в судебной медицине / И.Г. Вермель, А.А. Солохин. - М.: РМАПО. 1995. - С. 66.

³ Фойницкий, И.Я. Курс уголовного судопроизводства / И.Я. Фойницкий. – СПб, 1907. – С. 221; Строгович, М.С. Материальная истина и судебные доказательства в советском уголовном процессе / М.С. Строгович. – М., 1965. – С. 351.

⁴ Хмыров, А.А. Косвенные доказательства / А.А. Хмыров. – М., 1979. – С. 28-29.

⁵ Строгович, М.С. Указ. соч. – С. 29.

⁶ Курс криминалистики. Общая часть / отв. ред. В.Е. Корноухов. – М., 2000. – С. 208.

одних случаях являются причинами, а в других выступают только в качестве потенциальной причины, которая создаёт реальную возможность для действия других факторов. Последние, нередко, являются необходимыми условиями и при случайном пересечении потенциальная причина реализуется. Отмеченное послужило условием для выделения простой и сложной причинно-следственной связи.

Особенностью причинно-следственных связей в ятрогенных преступлениях является их сложность, многокомпонентность, многофакторность влияния на неблагоприятный исход различных субъективных (зависимых от медицинских работников) и объективных (зависимых от пациента и условий). При этом для каждого преступления возможно установление разновидности сложной причинной связи и значимости каждого компонента в неблагоприятном исходе.

Обязательным условием признания ятрогенного происшествия преступлением является, с одной стороны, обусловленность ятрогении дефектом МП, возникшим вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а с другой, – причинная связь (прямая или опосредованная) ятрогении с неблагоприятным исходом в виде вреда здоровью (смерти) пациента, отраженного в диспозиции уголовно-правовой нормы.

Принципиальной и неоспоримой считается позиция, что не все неблагоприятные исходы причинно связаны с действиями врачей. Значительная часть неблагоприятных исходов обусловлена тяжестью патологии, изменчивостью инфекции, индивидуальными особенностями организма или другими объективными факторами.

Как показало исследование, дефекты и неблагоприятные исходы, в большинстве случаев, были обусловлены субъективными факторами: неполнотой объёма диагностических мероприятий, определяемых инструкциями или здравым смыслом, нарушением тактики или техники при осуществлении лечебных мероприятий, например, недостаточная предоперационная подготовка перед сложным вмешательством или недостатки в ведении послеоперационного периода и контроля за пациентом, и даже несоблюдение основополагающих принципов оказания соответствующего вида МП, внимание только к одной системе организма в ущерб другим, упорство в выставлении одного и того же диагноза при существенном изменении клинической картины.

Установлено, что в 66 % случаях при разборе ятрогенных событий в медицинских учреждениях констатируется причинная связь лечения с неблагоприятным исходом, однако выводы проведённой в ходе расследования комиссионной СМЭ были противоположными, что повлекло прекращение дел за отсутствием состава преступления. При этом в 23% случаев прокуроры отменяли данные постановления, из них в 16% после возобновления производства итоговое процессуальное решение не изменялось.

Доказательства причинно-следственной связи между воздействием на организм в процессе оказания пациенту МП и наступившими нежелательными последствиями должны базироваться на совокупности необходимых и достаточных критериев, оценка которых происходит на основе полного объёма информации, отражающей объективные и субъективные причины наступления неблагоприятного исхода.

Установление причинно-следственной связи находится, на наш взгляд, в компетенции лица, расследующего уголовное дело.

Контрольные вопросы:

- 1. Назовите типичные тактические задачи расследования преступлений, связанных с нарушением медицинскими работниками профессионального долга?*
- 2. Каковы особенности причинно-следственной связи в ятрогенных посягательствах?*
- 3. К чьей компетенции следует относить установление причинно-следственной связи?*

4.2. ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Проведение основных следственных действий по делам о ятрогенных преступлениях требует от следователя не только высокой профессиональной подготовки, но и владения определённым объёмом «регламентирующих» медицинских познаний, а также владения тактико-криминалистическими приёмами, которые послужат успеху в раскрытии и расследовании по делам данного вида преступлений.

Особый подход нужен при оценке достоверности и полноты показаний потерпевшего и обвиняемого. Для первого показания могут быть (не только сознательно, но и подсознательно) своеобразным актом мщения за причинённый вред, а поэтому описание поведения и действий виновного лица будет содержать определённую долю преувеличения, предвзятости и субъективизма. Показания же виновного есть средство защиты от выдвигаемого против него обвинения.

Выемка документов и гистологических препаратов. Осмотр документов.

Уголовно-процессуальный закон (ст.88 УПК РФ), придавая важное значение документам, определяет особый порядок их получения и исследования, невыполнение которого может повлечь исключение их судом из числа доказательств.

Понятие «документ» нормативно определено в Федеральном законе «Об обязательном экземпляре документов» от 29.12.1994 № 77-ФЗ, в ст. 5 указанного Закона дано понятие официального документа: «произведение печати, публикуемое от имени органов законодательной, исполнительной и судебной власти, носящее законодательный, иной нормативный, директивный или информационный характер». Судебная и следственная практика в большинстве случаев применяет более широкое толкование понятия официального документа. К ним причисляют документы, находящиеся в обороте государственных (муниципальных) органов, учреждений, организаций и отвечающие определённым требованиям.

Под медицинской документацией понимается «система учётно-отчётных документов, предназначенных для записи и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и групп населения, объём, содержание и качество оказанной МП, а также деятельность лечебно-профилактических учреждений»¹. Формы медицинской документации едины для всей страны и состоят из двух групп документов: первичного учёта и отчётных документов².

Для рассматриваемой категории дел имеют значение, кроме вышеуказанных, нормативно-ведомственные документы (приказы, распоряжения министра здравоохранения и социального развития, нормативные акты, издаваемые на уровне субъекта РФ), локальные акты, т.н. административная документация (положения, приказы, распоряжения по ЛПУ), а также технологические (медицинские стандарты, рекомендации, методические пособия, руководства, инструкции, регламентирующие процесс оказания МП).

Справедливо выделение некоторыми авторами среди указанных нормативно-правовых актов двух групп, регламентирующих: 1) содержание и пределы профессиональной компетенции медицинских работников; 2) правила оказания МП. Вместе с тем не все стороны профессиональной медицинской деятельности охвачены нормативной регламентацией (техника хирургических вмешательств, внутрисосудистых, внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций и др.).³

Успех расследования во многом зависит от своевременности производства выемки комплекса медицинских документов, их надлежащего осмотра и изучения (нельзя исключать возможности фальсификации сведений, содержащихся в них и их умышленную утрату), вы-

¹ Большая медицинская энциклопедия. – М., 1977. – Т. 7.

² Новосёлов, В.П. Профессиональная деятельность работников здравоохранения: Ответственность, права, правовая защищённость / В.П. Новосёлов. – Новосибирск, 2001. – С. 132.

³ Пашинян Г.А. Судебно-медицинские аспекты ненадлежащей медицинской помощи / Г.А. Пашинян, И.В. Ившин, О.А. Цыганова, Т.Г. Попова // Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии: Сб. научн. трудов. – М., 2008. – С. 65 – 66.

емки гистологических препаратов для их повторного экспертного исследования. В ходе выемки гистологических препаратов необходимо уточнение нумерации в журналах учёта гистологических материала с маркировочными обозначениями на предметных стеклах, блоках, других материальных носителях в целях недопущения случаев подмены и утраты препаратов. Гистологические материалы (стекла и блоки) хранятся в гистологическом отделении (лаборатории) бюро СМЭ, влажный архив – в танатологическом отделе (отделе судебно-медицинской экспертизы трупов с гистологическим отделением) бюро СМЭ, а биопсийный, операционный материал – в патологоанатомическом отделении стационаров (где имеются указанные отделения) либо в гистологическом отделении бюро СМЭ.

Перед проведением выемки желательно получить консультацию у незаинтересованного в деле специалиста по вопросам перечня документов, подлежащих выемке, возможных способах их сокрытия и фальсификации, предпринять поисковые действия по обнаружению общедоступных нормативных документов, справочных и иных источников, относящихся к сфере медицинского происшествия. В случае отказа должностных лиц выдать необходимые документы и препараты целесообразно проведение обыска в служебном помещении.

Среди сопроводительных медицинских документов, отражающих процесс взаимодействия конкретного пациента и медицинских работников наибольшее значение, как источники доказательств, имеют документы первичного учёта:

1. Карта вызова скорой МП;
2. Медицинская карта стационарного больного;
3. Медицинская карта амбулаторного больного;
4. История родов;
5. История развития ребенка.

Следует отметить, что основным документом первичного учёта является медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), порядок ведения которой был нормативно определён Приказом МЗ СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»¹. Данный Приказ был отменён 5.10.1988г. Приказом МЗ СССР № 759, однако, начиная с 1993г. Минздрав РФ несколько раз ссылаясь на него, изменяя и дополняя, что не могло не вносить неопределённость по вопросам соблюдения изложенных там требований. Хотя институтом правоведения дана чёткая формулировка возможности применения и правовых последствий, наступающих при использовании подобных документов. При ознакомлении с данными документами обнаруживается, что не нашла отражение форма дачи согласия на медицинское вмешательство, которому п.7 ст.30, ст.32 Основ и правоприменительная практика отводят важное место в процессе взаимодействия пациента и врача².

В зависимости от вида и стадии медицинского мероприятия, где которой произошёл дефект, характера неблагоприятного исхода и других обстоятельств конкретной ситуации возникает необходимость в документах из следующего перечня:

- Журнал приемного отделения;
- Протокол операции и операционный журнал;
- Лист регистрации переливания инфузионных средств;
- Журналы и протоколы гистологических исследований, УЗИ-исследований, фиброгастро-скопии (ФГС) и др.;
- Результаты дополнительных методов исследования, включая лабораторные анализы, рентгеновские снимки, томограммы и др.;
- Протоколы клиничко-анатомических конференций, заседаний лечебно-контрольных комиссий, комиссий исследования летальных исходов;

¹ Ряд несущественных изменений в порядок ведения медицинской карты были внесены Приказом МЗ СССР от 09.06.1986 № 818 «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упрощения ряда учётных форм».

² Напомним, что и термин «медицинское вмешательство» не нашёл своего нормативного разъяснения и соответствия с терминологией, встречающейся в литературе, о чём шла речь выше.

- Акт (заключение) служебного расследования, производственные характеристики на привлекаемых врачей;
- Материалы МСЭ (медико-социальной экспертизы) – при наличии инвалидности;
- Свидетельство о смерти и др.

Все медицинские документы необходимо изымать по возможности в подлиннике, в пронумерованном виде, с оставлением заверенной копии (на случай утраты) в сейфе следователя. Если документ, состоящий из множества листов, не имел нумерации, в протоколе выемки необходимо отразить факт нумерации следователем листов документа. Медицинская документация позволяет проследить клинику, динамику заболевания, сопутствующую патологию, факторы (возраст, наследственность и др.), оказывающие влияние на результат лечения и тактику медицинских работников, последовательность проведенных диагностических и лечебных мероприятий. Вместе с тем, не менее чем в половине случаев отмечаются недостатки заполнения медицинской документации, из которых наиболее часто встречаются следующие:

- 1) небрежность в заполнении медицинских документов;
- 2) общие малоинформативные фразы в дневниках, нерегулярность их ведения;
- 3) недостаточность описания клинической картины;
- 4) отсутствие записей о согласии больного на оперативное вмешательство или иное сложное медицинское мероприятие;
- 5) отсутствие записей результатов осмотров, небрежное ведение листов назначений и др.

Комплекс указанных недостатков уже создаёт определённое представление о недобросовестном отношении врача к своим обязанностям, о недостаточном чувстве моральной ответственности, а также о возможном способе сокрытия преступления.

Осмотр медицинской документации лучше производить с участием сначала специалиста-криминалиста, затем – незаинтересованного врача-специалиста, сочетая визуальные методы осмотра с использованием технико-криминалистических средств оптического увеличения и ультрафиолетового (иного) освещения с логическим анализом текста. Только это даёт возможность установить само событие, понять его содержание, правильно оценить действия медицинских работников и качество оказанной ими МП.

При обнаружении признаков материальной подделки (исправления, подчистки, дописки, замены отдельных листов) необходимо назначение ТКЭД (технико-криминалистической экспертизы документов), результаты которой в последующем наряду с другими документами будут объектами СМЭ.

На разрешение ТКЭД целесообразно ставить следующие вопросы:

- *Не проводилось ли изменение первоначального содержания документа?*
- *Одним или разными пишущими приборами выполнены записи на такой-то странице?*
- *Не выполнен ли фрагмент на такой-то странице после того, как был составлен основной текст?*
- *Производился ли какой-либо монтаж документа после его первоначального выполнения?*
- *Соответствует ли дата выполнения документа фактическому времени его составления?*

Факт фальсификации следует отразить в постановлении о назначении комиссионной СМЭ, а результаты ТКЭД должны наряду с другими материалами стать объектами СМЭ в целях недопущения использования судебно-медицинскими экспертами искаженных сведений.

Необходимо устанавливать и так называемую идеальную подделку, которую можно подразделить здесь на две разновидности: первая предполагает отсутствие сведений о выполненных мероприятиях либо неполное указание сведений о произведенных медицинских мероприятиях, вторая – фактическое невыполнение того объема МП, который указан в документе. Идеальная подделка устанавливается путем сопоставления содержания нескольких документов, отражающих процесс оказания МП, допросов пациентов из палаты, в которой находился потерпевший (погибший), его родственников, консультаций незаинтересованных

специалистов. Каждый документ нуждается в соотнесении и оценке отраженной там информации с другими документами с учетом того обстоятельства, что оказание МП находит отражение не в одном, а нескольких документах. Так, информация о проведении операции, как правило, содержится в медицинской карте стационарного больного, в операционном журнале, в протоколе операции, в карте анестезиологического пособия, и в анестезиологическом журнале.

Как показывает практика, далеко не всегда следователями (дознателями) изымаются все необходимые медицинские документы, (которые нередко исчезают), а изъятые не осматриваются и не изучаются, полагаясь целиком на мнение сведущих лиц.

Так, по уголовному делу, возбужденному по факту смерти 8-летнего Х. установлено, что 08.11.2004 поступил в хирургическое отделение Н-й ЦРБ с диагнозом «острый живот». Согласно экспертным выводам, судебно-медицинский диагноз «сахарный диабет и кома» выставлен правильно и полностью соответствует клинике. Однако вероятнее всего, диагноз «панкреатит» являлся неверным, его клиника противоречила имеющимся у мальчика симптомам; выставлен после подмены стекол с гистологическим препаратом от другого больного. Согласно показаниям матери погибшего мальчика, присутствующей при внутривенном введении глюкозы, глюкозу вводили без инсулина, и через несколько минут после этого у мальчика начались судороги. Данные показания противоречат записям в медицинской карте. Настораживают и экспертные выводы о том, что лечение ребенку инсулином не повлекло ухудшения его состояния. Следовательно, необходимо было тщательнее осмотреть лист назначений и медицинскую карту в поисках несоответствий и признаков подделки, с применением средств оптической техники¹.

По уголовному делу № 9159122, возбужденному по факту смерти в клинической больнице г-на М. установлено, что больной последовательно проходил лечение в трёх стационарах. Однако только в двух больницах были изъятые медицинские документы; не отражён порядок изъятия должностных инструкций на заведующего терапевтическим отделением и лечащего врача; не изъят и не приобщён к делу акт вскрытия трупа из краевой больницы; факт вскрытия не подтверждён документально. Не назначалась комиссия СМЭ, хотя о необходимости данной экспертизы указывалось в постановлении о продлении срока следствия.

Следует еще раз подчеркнуть, что следователь не должен самоустраняться от выяснения содержания медицинской документации, учитывая возможность корпоративного влияния на ход следствия. Поставив перед собой цель – понять смысл и содержание документов, нужно стремиться её достичь. В противном случае велика вероятность попыток манипулирования следователем со стороны заинтересованных лиц.

Осмотр места происшествия

Как показывает изучение практики, данное следственное действие проводится чрезвычайно редко. Однако в некоторых случаях оно может быть весьма полезным, когда необходимо оценить обстановку, условия, в которой произошло преступление, расположение, наличие или отсутствие медицинского оборудования, уровень соблюдения санитарно-эпидемиологического режима, а также для проверки доводов обвиняемого относительно невозможности выполнения им многочисленных на него возложенных обязанностей и т.п.

Так, по уголовному делу № 23 осмотром места происшествия установлено, что ванное отделение ЗАО «Курорт ключи» состоит из трёх ваннных помещений и одного служебного помещения. Сероводородные ванны отпускаются в двух смежных помещениях. В одном помещении находится шесть ванн, во втором – четыре. В ваннах имеются отметки, указывающие концентрацию сероводорода. Ванны снабжены песочными часами, термометром, пластмассовыми сливными пробками, упором для ног. Оценка обстановки на месте происшествия позволила опровергнуть доводы обвиняемой о невозможности своевременно обнаружить утонувшую пациентку в одной из ванн.

Негативный опыт проведения осмотра места происшествия представлен при расследовании уголовного дела № 15066070, возбужденного 21.12.2005 по факту неоказания помощи престарелой П. В ночь на 02.11.2005, находясь на лечении в Н-й больнице Ачинского р-на, встав с кровати, упала, ударившись о спинку кровати (или о край тумбочки – в одном постановлении об отказе в возбуждении уголовного дела указано по-разному, данное противоречие в ходе следствия не устранено), получив тупую травму шеи с разрывом трахеи и отеком гортани. 02.11.2005 доставлена в

¹ Уголовное дело № 281266 по ч. 2 ст.109 УК РФ.

ЦРБ г. Ачинска, где находилась в реанимации до 07.11.2005, затем переведена в ЛОР-отделение, где 9 ноября 2005 г. скончалась. В кратком протоколе осмотра места происшествия не указано, в каком отделении находится палата, чем она оборудована, на каком расстоянии от палаты находится пост дежурной медсестры, отсутствует схема, фототаблица. Престарелые пациенты из палаты, помогавшие подняться П. после падения, не принимали участия в осмотре и не допрошены.

При расследовании незаконного производства аборта данное следственное действие имеет большое значение для конкретизации места преступных действий, поиска его следов (мусорные ведра, контейнеры, туалеты, где могут находиться следы крови, остатки плода), использованных медицинских инструментов и средств. Наиболее часто в преступных целях используют гинекологические зеркала, медицинские зажимы, катетеры, спиртовые растворы.

Нельзя игнорировать проведение данного неотложного следственного действия при расследовании умышленных преступлений, связанных с незаконной трансплантацией, где особое значение приобретает фактор внезапности, позволяющий обнаружить и зафиксировать признаки и следы преступления (например, оборудование и реактивы для консервации трансплантатов). В рамках единой тактической операции целесообразно также проведения группового обыска для обнаружения и изъятия комплекса документации, инструментов и оборудования.

Допрос потерпевшего (его представителя)

При выборе тактики допроса и оценке показаний потерпевшего необходимо учитывать психическое состояние потерпевшего, обусловленное причиненным физическим вредом, психическими страданиями, изменением социального статуса. Вместе с тем, несмотря на перенесенные физические и моральные страдания, доводы потерпевших, как правило, не лишены оснований и находят подтверждение в других материалах дела. Лучше, если еще до допроса следователь восстановит хронологию событий, отражающих медицинское происшествие и обращение потерпевших в различные инстанции. Эта хронология событий зачастую уже аккуратно изложена в жалобах и заявлениях, фигурирующих на этапе предварительной проверки.

В предмет допроса потерпевшего (его представителя) входит информация относительно:

- характера, продолжительности заболевания, по поводу которого оказывалась МП;
- индивидуальных особенностей потерпевшего;
- вида, количества и дозировки назначений;
- возможной полипрагмазии¹;
- качества выполнения назначений врача;
- полноты сбора аллергологического анамнеза;
- наличия вредных привычек, их сочетания с применяемым лечением;
- наличия нарушений предписанного режима, порядка приема лекарств, режима ограничений физических нагрузок, диеты;
- отношения к потерпевшему лечащего врача и других медицинских работников, участвовавших в процессе оказания ему МП, выполнения ими своих профессиональных обязанностей;
- сущности и причин дефекта МП;
- объяснений причин дефектов МП со стороны самих медицинских работников.

Необходимо также разъяснить потерпевшему о его праве предъявления исковых требований в рамках уголовного дела о возмещении вреда в связи с возникшей у него стойкой утратой профессиональной трудоспособности, о компенсации расходов на лечение, о возмещении морального вреда.

Как показало изучение практики, чаще всего потерпевшие (чаще из числа родственников пострадавших пациентов) активно и достаточно логично отстаивают свои доводы, самостоятельно познают механизм неблагоприятного исхода МП, нередко подробно излагают хронологию событий, происшедших до момента обращения в правоохранительные органы. Но, как правило, активность потерпевших наталкивается на противостояние правоприменителей.

¹ Полипрагмазия – одновременный приём пациентом более 5 препаратов.

По одному из дел потерпевший (отец пострадавшего в родах ребенка) самостоятельно за время проведения предварительной проверки и расследования изучил университетский курс акушерства, заявляя множество ходатайств о дополнительных следственных действиях, сформулировал 86 дополнительных вопросов для повторных СМЭ. Практически им осуществлено параллельное самостоятельное расследование, имеющее несомненное преимущество по сравнению с официальным по информационной насыщенности и полноте. Однако следователь, затем дознаватель не принимали во внимание данную информацию, вынося весьма лаконичные и формальные постановления об отказе в их удовлетворении. Потерпевший неоднократно обращал внимание ведущих расследование лиц о фактах фальсификаций медицинских документов, о несоответствии выводов судебно-медицинских экспертиз другим установленным по делу фактам, однако его доводы не проверялись, надлежащая правовая оценка экспертиз не проводилась, на ходатайства, просьбы были даны формальные отказы¹.

Допрос свидетелей

Свидетелей подразделяют на три группы: пациенты, находившиеся одновременно с потерпевшим в ЛПУ; родственники, друзья, знакомые потерпевшего, обладающие сведениями о состоянии его здоровья и обстоятельствах оказания ему МП; медицинские работники, участвовавшие в оказании МП потерпевшему и контролировавшие её качество. Именно в такой последовательности целесообразно проведение допросов.

Допрос пациентов, находившихся одновременно с потерпевшим в медицинском учреждении. Прежде всего следует установить адреса и местонахождение таких лиц, поскольку ко времени расследования они уже не находятся в медицинском учреждении. Данную информацию следует устанавливать путем изучения журналов приемных отделений, а затем медицинских карт стационарных больных, других документов, где указано место жительства пациентов. Особую ценность представляют показания больных, находящихся в одной палате с потерпевшим, с которыми у него сложились наиболее доверительные отношения. Следует учитывать и возможность обмена телефонами, адресами потерпевшего с лицами, находящимися с ним в палате.

Как лица незаинтересованные, такие пациенты представляют наибольшую ценность для следователя, но, как показывает практика, по частоте допросов свидетелей они занимают последнее место. Между тем они могут дать правдивые показания о наблюдавшихся ими симптомах заболевания у потерпевшего, о его высказываниях по поводу состояния здоровья и отношения к проводившемуся лечению, о выполнявшихся медицинских мероприятиях, очевидцами которых они были, об отношении медицинского персонала к потерпевшему.

К примеру, если подозреваемый ссылается на неисправность аппарата УЗИ как причину неполноты обследования пациента, то допросы свидетелей, находящихся в тот период в данном стационаре и прошедших аналогичное обследование, опровергнут факт неисправности аппарата в исследуемый отрезок времени. Для закрепления данного доказательства целесообразно также проведение выемки и осмотра журналов учёта ультразвуковых исследований.

Допрос родственников, друзей, знакомых, которые навещали потерпевшего в период нахождения в стационаре. В предмет допроса указанных лиц входит следующая информация:

- характер патологии, время и место обращения за МП;
- в одном или нескольких (каких именно) медицинских учреждениях оказывалась МП;
- где, кем допущены дефекты МП;
- в какой период резко ухудшилось самочувствие, чем это можно подтвердить;
- на чём основаны их доводы о виновности медицинских работников в неблагоприятном исходе.

Допрос медицинских работников. В качестве представителей данной группы свидетелей могут выступать медицинские работники, которые участвовали в оказании МП, а также те, кто контролировали и оценивали её качество: главные врачи, их заместители по лечебной

¹ Уголовное дело № 6078645: Архив Богучанского РОВД Красноярского края.

работе, начальники медицинских частей, заведующие отделениями, ведомственные эксперты по оценке качества оказанной МП, работники клинических и иных лабораторий, патологоанатомы.

В зависимости от квалификации и занимаемой должности медицинские работники могут помочь в установлении следующих вопросов:

- проведены ли в полном объеме необходимые лабораторные, инструментальные исследования и соблюдена ли их кратность, могли ли инструментальные исследования способствовать ухудшению состояния здоровья потерпевшего;
- выделены ли особенности, стадия и выраженность основного заболевания; выделены ли сопутствующие заболевания, их особенности, стадии и выраженность; выделены ли осложнения основного заболевания и причины их возникновения;
- имела ли место неправильная оценка: данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных исследований.
- совпали ли клинический и патологоанатомический диагнозы;
- проводилось ли лекарственное лечение необходимыми препаратами и в требуемой дозировке;
- правильно ли выбран способ введения препарата;
- имело ли место лечение противопоказанными препаратами;
- имела ли место полипрагмазия, лечение несовместимыми препаратами;
- были ли учтены сопутствующие заболевания;
- имели ли место побочные действия назначенных лекарственных препаратов;
- какова причина, последовательность допущения дефекта и обстоятельства обнаружения его последствий;
- была ли возможность не допустить неблагоприятный исход.

Список лиц, участвовавших в оказании МП, можно определить после изучения медицинской документации. Показания данной группы свидетелей подлежат тщательной проверке с учётом зависимости факта дачи правдивых показаний от взаимоотношений с коллегами, нежелания обострять отношения с администрацией или стремлением скрыть ненадлежащие действия коллеги. Последовательность допросов лиц, принимавших участие в оказании МП, должна, наш взгляд, должна идти «снизу вверх» по должностям, особенно если привлекается к ответственности врач.

Специфика и сложность проведения данного следственного действия отражается в следующем примере. 15.04.2005 г. в 15 часов 40 минут В., 1962 г.р., была доставлена бригадой «скорой помощи» в ПДО ЦМСЧ... с предварительным диагнозом: «острый панкреатит», где была осмотрена врачом-хирургом П. После взятия анализов и осмотра диагноз «острый панкреатит» был снят, и больная В. была передана врачу-терапевту ПДО С., которой В. была осмотрена, назначено лечение. К 19 часам 15.04.2005 г. В. в сопровождении мужа отправлена домой. Дома В. стало хуже, в 23 часа 40 минут 15.04.2005 бригадой «скорой помощи» она была доставлена в ПДО ЦМСЧ..., вновь осмотрена теми же врачами, выставлен ошибочный диагноз «пищевая токсикоинфекция», госпитализирована в инфекционное, 18.04.05 - в хирургическое отделение того же стационара. 18.04.05 проведена запоздалая операция (при наличии осложнений: некроза подвздошной кишки, диффузного серозного перитонита): резекция $\frac{1}{4}$ тонкой кишки, наложен илеотрансферзоанастомоз «конец в бок», дренирование брюшной полости. 20.04.2005 В. скончалась. Из экспертной оценки врача-хирурга, внештатного эксперта Территориального регистра управления здравоохранения следует, что причиной смерти В. явился развившийся инфаркт подвздошной кишки (мезентериальный тромбоз) на большом протяжении 1,5 метров с выраженной интоксикацией.

Приведём фрагмент протокола допроса в качестве свидетеля врача-хирурга П.: «Я работаю в ЦМСЧ... с августа 1958 года. В мои должностные обязанности входит осмотр, диагностика и оперативное лечение всех, кого доставляют в ПДО ЦМСЧ..., а также обратившихся пациентов самостоятельно». (Прим. авт.: следователем не уточнена квалификационная категория хирурга, какими современными методиками диагностики владеет). Вопрос следователя: «Вы дежурили в приемном отделении

15.04.05 в качестве дежурного хирурга, помните ли больную В., которая обращалась за медицинской помощью?» Ответ П.: «Да, я дежурил в качестве дежурного хирурга. Заступил на дежурство с 9.00 час. 15.04.05, дежурство суточное. Больную В. я не помню, но раз есть запись в журнале ПДО, которую я делал 15 апреля 2005 года в 15 час. 33 мин., мне была доставлена в ПДО больная на машине скорой помощи. Я первым осмотрел ее, передо мной был поставлен диагноз врачом скорой помощи, какой именно, я не помню. Её, т.е. врача я не видел. Я должен был либо подтвердить этот диагноз, либо опровергнуть. Я осмотрел В., назначил анализы, которые были готовы через 20 мин. Результаты анализов были следующие: лейкоциты – 4,7, амилаза 5,6. Анализы показали, что воспаления, т.е. панкреатита нет, я осмотрел её, пальпировал живот. Живот был мягкий, безболезненный. На этом основании я сделал вывод, что острого панкреатита нет, о чем я сделал запись в журнале ПДО. (отказа в госпитализации). После чего я передал В. терапевту С. и больше её не видел ни в этот день, ни в последующие дни. *(Комментарий авт.: показания ложные, в тот же вечер данная пациентка повторно была доставлена в ту же МСЧ и осмотрена им же, но соответствующих записей он не произвёл; повторные доставка и осмотр, произведённый П., подтверждаются показаниями потерпевшего (супруг умершей) и допрошенным коллегой С.).* В дальнейшем меня ознакомили с приказом о моём наказании в административном порядке – выговор, приказ № 4838 от 11.07.2005, где написал «не согласен». Вопрос следователя: «В акте служебного расследования указано, что вы не обследовали должным образом, должны были описать подробно органы брюшной полости, ректальное исследование, почему вы это не сделали?» *(Прим. авт.: здесь следовало предъявить доказательства ложности предыдущих показаний - нарушения, связанного с отсутствием записей о повторном осмотре, поставить вопрос о причине данных нарушений).* Ответ П.: «Потому, что в журнале ПДО нет места для подробного описания, я должен это писать только в истории болезни. Если бы я сам её госпитализировал, то сделал бы я эту запись». Вопрос следователя: «Вам известен окончательный диагноз и причина летального исхода В.?» Ответ: «Да, мне стал известен летальный исход больной В., острый тромбоз мезентериальных сосудов, что подтвердило оперативное вмешательство». Вопрос следователя: «Возможно ли было поставить этот диагноз при первичном осмотре, и были ли методы диагностики данного заболевания?». Ответ П.: «Данный диагноз при первичном осмотре визуально установить невозможно, диагностика является чрезвычайно трудной, при установлении данного диагноза необходимым является «ангиография». Это диагностика при помощи введения контрастного вещества в сосудистое русло и выполнение рентгенограмм. Лапароскопия – это введение в брюшную полость инструмента и осмотр на экране, но тромб при этом не увидеть. Лично я не владею лапароскопией, меня этому не обучали, но такие люди в ЦМСЧ... есть. Ангиографии в ЦМСЧ... нет». *(Прим. авт.: данные показания противоречат заключению СМЭ: «Учитывая характер и локализацию тромба в бассейне портальной вены и частично в нижней полой вене, диагностическая значимость ангиографии в диагностике венозного мезентериального тромбоза относительна, а показания к ней в данном клиническом случае неопределённые»).* Вопрос следователя: «Была ли возможность или необходимость создания консилиума врачей в случае с В.?» Ответ П.: «Такой необходимости не было, возможность была, но я считаю, что я правильно установил, т.е. отверг диагноз острый панкреатит. В ходе допроса я прошу приобщить анализы крови»¹. *(Комментарий авт.: данные показания противоречат заключению СМЭ, на чём не заострено внимания следователя: «при госпитализации больной и выставлении диагноза под вопросом, в нарушении п. 4 должностной инструкции не были приняты меры к организации консультативного осмотра хирурга с целью уточнения диагноза»; явное упущение следователя и в том, что не было произведено выемки, осмотра первичной документации из приёмного отделения, отражающей процесс проведения диагностических и лечебных мероприятий указанной пациентке. Представленный анализ крови мог быть изготовлен и позднее, его результаты могли быть искажёнными. Амбулаторная карта вскоре после начала производства по делу исчезла. Из акта служебного расследования: «В ранней стадии тромбоза брыжеечных сосудов есть несоответствие между резкими болями в животе и мягкой малоболезненной передней брюшной стенкой. Наличие мягкого живота при сильных болях в нём является ценным диагностическим признаком, указывающим на инфаркт, по этому признаку инфаркт кишечника отличают от других заболеваний органов брюшной полости»).*

Допрос в качестве свидетеля патологоанатома. Целесообразность допроса данного специалиста возрастает в ситуации, когда вызывает сомнение и вопросы проведенное патологоанатомическое исследование. При допросе патологоанатома следует выяснить:

– квалификацию, опыт работы;

¹ Согласно заключению комиссионной СМЭ, «с учётом отсутствия объективных возможностей ранней достоверной диагностики портального тромбоза, наличия тяжелой сопутствующей патологии и высоких цифр летальности при портальных и мезентериальных тромбозах, исход заболевания у В. был предопределён объективными обстоятельствами». Обвинение никому не было предъявлено, дело прекращено за отсутствием состава преступления. Уголовное дело № 56803 СО УВД г. Железнодорожника Красноярского края.

- причину смерти пациента, способы её определения;
- наличие признаков ятрогении и их роль в танатогенезе (способствовали наступлению смерти, повысили вероятность летального исхода, существенным образом не сказались на причине смерти и т.д.);
- какие органы, ткани, каким образом были изъяты для гистологического исследования;
- методы гистологического исследования, критерии их выбора, оценка результатов гистологического исследования;
- учтены ли результаты дополнительных исследований при постановке патологоанатомического диагноза.

Негативный опыт расследования продемонстрирован по делу № 15066070, возбужденному по факту неоказания помощи больной П. Срок расследования составил 5 месяцев, однако комиссия СМЭ не назначалась. Не дана оценка ряда нарушений при нахождении П. в стационаре и после её смерти:

- 1) до туалета больная идти самостоятельно не могла, и ей помогала другая престарелая больная, а не медицинские работники;
- 2) не было надлежащего элементарного ухода за лежачей больной, чтобы обеспечить возможность отпустить физиологические нужды;
- 3) при вскрытии не исследован головной мозг, хотя при жизни явно прослеживалась патология со стороны ЦНС;
- 4) не проведено служебное расследование, не было клинико-анатомической конференции, хотя смерть наступила в стационаре.

В ходе следствия не было установлено, с каким диагнозом первоначально поступила в стационар П., какая конкретно и кем оказана МП, имеются лишь показания заинтересованных лиц о том, что помощь оказана «в полном объеме» и они «боролись» за жизнь больной; при этом смерть наступила после перевода из реанимационного отделения (прослеживается версия, что вновь не было надлежащего ухода за больной, в результате чего и наступили осложнения); медицинские документы не изымались.

После плана расследования, составленного 21.03.2006г., в деле сразу следует итоговый документ - постановление о приостановлении предварительного следствия в связи с неустановлением лица, подлежащего привлечению в качестве обвиняемого (п.1 ч.1 ст. 208 УПК РФ). Родственников нет. Жалоб в органы здравоохранения и правоохранительные органы не поступало¹.

Допрос подозреваемого (обвиняемого)

Подозреваемого следует допрашивать до назначения комиссионной экспертизы, чтобы обеспечить его право задать дополнительные вопросы экспертам.

Допрос обвиняемого, как правило, завершает алгоритм комплекса следственных действий, включая назначение комиссионной экспертизы.

В ходе допроса подозреваемого подлежат установлению следующие вопросы:

1. Когда и где получил медицинское образование. Какую имеет квалификацию, категорию и специализацию. Каков стаж работы по специальности, квалификационной категории. Имел ли право на выполнение осуществленного в интересах пациента вида МП или медицинского мероприятия, тех профессиональных действий, которые касались оказания МП потерпевшему.

2. Как относится к своим профессиональным обязанностям, к пациентам, к повышению своего профессионального уровня, имели ли место в прошлом факты привлечения к дисциплинарной или иной ответственности.

3. Какова мотивация неисполнения (ненадлежащего исполнения) своих профессиональных обязанностей по оказанию МП потерпевшему.

4. Имел ли реальную возможность своевременно и адекватно оказать МП.

5. Мог ли в силу своих профессиональных качеств и психологических особенностей адекватно реагировать на негативные обстоятельства, возникшие в процессе оказания пациенту МП (непредвиденную ситуацию, осложнение естественного развития патологии и т.д.).

¹ Архив СО Мотыгинского р-на Красноярского края. 2006г.

Достижение целей допроса во многом зависит от знания следователем наименований и содержания медицинских документов, специализированных медицинских терминов, отражающих патогенез ятрогении. Важно учитывать обстановку и условия, в которых проводилось оказание МП: проводилось ли медицинское мероприятие по жизненным показаниям либо в плановом порядке, в какое время суток, при какой нагрузке врача в течение исследуемого отрезка рабочего времени, в каких условиях оказывалась МП.

Анализ практики показывает, что следователи обычно слабо знакомы с узко-медицинской латинской терминологией, а подозреваемые (обвиняемые), как правило, дают запутанные показания, выдвигают оправдательные аргументы, стремясь уйти от ответственности.

Поэтому при подготовке к допросам и их проведении использование помощи незаинтересованных специалистов по делам данной категории может повысить эффективность данного следственного действия. В качестве специалистов необходимо привлекать профессоров и доцентов (докторов, кандидатов наук) медицинских ВУЗов, опытных врачей-клиницистов, работающих в той сфере медицины, в которой произошёл уголовно-правовой конфликт, но нет заинтересованных в исходе дела. Специалист, участвующий в допросе, помогает следователю уяснить обстоятельства дела, правильно оценить полученные показания. Это особенно важно в тех случаях, когда ответы допрашиваемого оказываются неожиданными или непонятными для следователя. Указанные специалисты могут также оказать помощь следователю в подготовке материалов на экспертизу, в формировании вопросов экспертам.

В начале допроса обвиняемого выясняются обстоятельства, связанные с его профессиональной подготовкой и деятельностью, что лишит его в дальнейшем возможности ссылаться на недостаток квалификации и опыта. Одним из важнейших тактических приемов допроса обвиняемого является максимальная детализация его показаний. Сначала рекомендуется дать ему возможность в свободном рассказе изложить подробно обстоятельства события, раскрыть технологию медицинского мероприятия или стадии оказания МП, при выполнении которых возник дефект. При этом допускается задавать лишь уточняющие вопросы, после этого в вопросно-ответной стадии, желательно с участием незаинтересованного специалиста, задать уличающие вопросы. Все доводы и ссылки обвиняемого на конкретные обстоятельства, лишаящего, по его мнению, возможности оказать адекватную МП, подлежат тщательной проверке.

К числу высказываемых доводов обвиняемых в свою защиту относятся:

- индивидуальные особенности организма пациента (возраст, тяжесть основной патологии, сопутствующая патология, аллергологический фон и др.);
- позднее обращение за МП, несоблюдение врачебных рекомендаций;
- высокие нагрузки;
- недостаточность оснащения, медицинских препаратов.

Чаще всего обвиняемые не признают себя виновными, отрицают наличие причинной связи между их действиями и наступившим неблагоприятным исходом. Поэтому важно использовать заключение комиссионной СМЭ, которая к этому времени должна быть изучена следователем, использована для формулировки вопросов, а также другие доказательства (показания потерпевшего, свидетелей, которые могут охарактеризовать личные качества обвиняемого, особенности его отношения к своей профессии).

При подготовке вопросов следует сгруппировать на основные, дополнительные, начальные, промежуточные, детализирующие, контрольные.

Следует учитывать возможность предъявления обвиняемым фиктивных доказательств, ссылок на оправдывающие обстоятельства, умышленной утраты документов, где имелись улики неправомерного поведения. Ссылка подозреваемого на недостаточное знание симптоматики болезни либо недостаточную квалификацию должны оцениваться исходя из объема объективной компетенции, обусловленной полученным образованием, специализацией и категорией, т.е. объема знаний и навыков, которыми должен обладать врач (иной медработник) с подобным уровнем подготовки. В таких случаях можно после получения консультаций у специалиста (эксперта) провести с участием последнего повторный допрос подозреваемого. Так, если врач ссылается на плохое качество и неполноту описания рентгенограммы, в качестве контраргумента можно рекомендовать использование аргумента о том,

что врач травматолог от второй до высшей квалификационной категории обязан самостоятельно читать рентгеновские снимки.

Практика показывает, что в протоколах большинства допросов отсутствует вопросно-ответная часть, ощущается беспомощность следователя, попытки манипулирования им со стороны допрашиваемых. Последние настойчивы в отстаивании своей позиции, обширно используют в своих показаниях узкоспециальные медицинские термины, часто без пояснения их содержания. Некоторые подозреваемые после прочтения протокола даже указывали на неточность написания терминов, но даже после этого им не задавались уточняющие вопросы.

Таким образом, следователи с трудом преодолевают психологическое воздействие связанных корпоративной солидарностью медицинских работников, не склонных в даче правдивых показаний. Аналогичное противостояние наблюдается и в судебном заседании. Типична позиция подсудимого хирурга, высказанная им при рассмотрении дела в ходе судебного заседания: «При проведении операции сделал все, что мог, и вины своей в случившемся не признаю, но согласен, что именно в нашей больнице получено увечье».

В качестве положительного примера следует привести опыт старшего следователя ГУВД по Красноярскому краю Т.Ф. Журавлевич после принятия ею к производству трехтомного дела о причинении тяжкого вреда здоровью Ф. при родовспоможении. Тщательно изучив медицинские документы, другие материалы дела, следователь провела повторные допросы всех свидетелей, в том числе несколько бывших пациенток родильного дома, после чего допросила обвиняемого – врача-акушера М. Последний после предъявления фрагмента показаний матери ребенка о точном времени родов признался в умышленном искажении в истории родов времени рождения младенца, чтобы уменьшить свою ответственность за отсутствие на рабочем месте во время дежурства и за позднее появление в родовой палате. Он также признался в фальсификации (путем завышения) результатов оценки жизнеспособности ребёнка, родившегося в состоянии клинической смерти, чтобы не ухудшать статистические показатели о смертности в ЦРБ¹.

Контрольные вопросы:

- 1. Назовите документы первичного учета.*
- 2. Каковы особенности проведения выемки и осмотра медицинских документов?*
- 3. Какие действия необходимо выполнить при обнаружении признаков материальной подделки медицинских документов?*
- 4. В какой последовательности лучше проводить допросы свидетелей?*

¹ Уголовное дело № 6078645: Архив Богучанского РОВД Красноярского края.

4.3. ВОПРОСЫ НАЗНАЧЕНИЯ, ПРОВЕДЕНИЯ И ПРАВОВОЙ ОЦЕНКИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

При расследовании рассматриваемых видов преступлений (как и при исковом производстве) значительное место отводится комиссионной судебно-медицинской экспертизе (СМЭ). Следует отметить несколько названий, существующих для обозначения данного вида экспертизы: СМЭ КМП (качества МП), судебная экспертиза по вопросам лечебной деятельности, СМЭ по материалам дела, СМЭ по делам о профессиональных нарушениях медицинских работников. С точки зрения сущности экспертного исследования более правильным представляется последний термин. Относить её к СМЭ по материалам уголовных и гражданских дел, на наш взгляд, неверно, поскольку её объектами являются не только материалы дела, но и гистологический архив, результаты инструментальных исследований, а решаемые задачи имеют свою специфику. Не до конца урегулирован и вопрос о наименовании экспертных комиссий. С точки зрения УПК РФ (ст.ст. 200, 201) они являются комиссионными, а с точки зрения ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (ст.ст. 22, 23) – комиссионными или комплексными. Изучение практики показывает, что следователи и судьи также по-разному называют указанные экспертизы, но чаще – комиссионными.

Экспертизу проводят по постановлению следователя (определению суда), в котором излагаются фабула дела, вопросы, подлежащие разрешению экспертами и объекты исследования.

Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников является одним из наиболее трудоёмких видов СМЭ, что обусловлено: ретроспективным характером оценки состояния здоровья человека; сложностью оценки индивидуальной реакции больного организма на проводимое лечение, его своевременности полноты и эффективности; необходимостью решения вопросов по документам при неполноте их заполнения. Её назначение, проведение и оценка отличается особой спецификой.

Особенностями проведения данной СМЭ являются:

- 1) комиссионный характер исследования;
- 2) возможность сочетания исследования объектов всех видов СМЭ (не только документов, но и вещественных доказательств, в первую очередь гистологических препаратов), а также живых лиц, при необходимости трупов;
- 3) ретроспективный характер исследования ранее изученных объектов;
- 4) необходимость экспертного исследования не только сопроводительных медицинских документов, отражающих процесс взаимодействия конкретного пациента и медицинских работников, но и тех, которые разработаны для неограниченного круга потенциальных пациентов: нормативно-ведомственных (приказы министерства здравоохранения и социального развития), административных (локальные нормативно правовые акты ЛПУ), технологических (медицинские стандарты, рекомендации, методические пособия, руководства, инструкции, регулирующие процесс оказания МП).

Спецификой комиссионной СМЭ по рассматриваемой категории дел является и то, что объектами исследования выступают не только медицинские документы (в том числе рецензии на истории болезни, описания гистологических и других исследований), но и показания свидетелей и обвиняемых, другие материалы дела, в которых содержатся сведения о времени, особенностях течения и исходе заболевания, о действиях медицинского персонала, а также заключение ТКЭД, выявившей факт материальной подделки медицинских документов.

В соответствии с Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (Ст. 14) руководитель экспертного учреждения не вправе самостоятельно, без согласования с органом или лицом, назначившим экспертизу, привлекать к её производству лиц, не работающих в данном учреждении. В Бюро СМЭ субъектов РФ нет достаточного штата узких специалистов, необходимых для решения ряда вопросов, возникающих при производстве рассматриваемого вида СМЭ, поэтому в постановлении следователя (определении суда) должно быть указано о возложении обязанности определения состава экспертной комиссии на руководителя экспертного учреждения с привлечением специалистов, не

состоящих в штате бюро. Кроме того, с учётом положений указанного Федерального закона (Ст. 28), необходимо получение письменного добровольного согласия на проведение данной экспертизы от потерпевших лиц.

В ряде судебно-медицинских экспертных учреждений (Красноярское краевое БСМЭ) дополнительно в штатную структуру структурных подразделений введены должности консультантов, на которых работают внешние совместители, преимущественно из числа профессорско-преподавательского состава кафедр медицинского университета, участвующие в проведении комиссионных экспертиз в качестве узких специалистов.

В науке выделены задачи данной экспертизы – это установление:

- наличия или отсутствия дефектов (упущений) в действиях врача (медсестры, фармацевта), проверка соблюдения стандартов оказания МП;
- нарушений в организации МП в данном лечебном учреждении;
- возможности благоприятного исхода и причин неблагоприятного исхода;
- наличия объективной возможности у врача предвидеть неблагоприятные последствия своих действий (в силу полученного образования и квалификации).
- механизма патогенеза и танатогенеза, ятрогении;
- этапа медицинского мероприятия, обусловившего наступление неблагоприятного исхода;
- характера и результативности действий медиков по устранению ятрогенных последствий;
- описания с медицинских позиций причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и неблагоприятным исходом;
- степени тяжести вреда, причинённого пациенту.

Выработаны рекомендации по постановке следующих вопросов:

1. Правильно и своевременно ли диагностировано имевшееся у пациента заболевание или травма?
2. Правильно, своевременно, полно, достаточно и эффективно ли осуществлялось лечение больного или пострадавшего?
3. Не явилось ли лечение, проводимое потерпевшему, причиной ухудшения состояния его здоровья или причиной смерти?
4. Какой вред здоровью причинён потерпевшему?
5. Что явилось основным в исходе заболевания – характер и тяжесть патологии или нарушения стандартов лечения?
6. Имелась ли возможность избежать неблагоприятного исхода при правильной и своевременной диагностике, а также полноценном лечении?
7. Какие недостатки имелись в обследовании, диагностике и лечении больного (пострадавшего, роженицы)? Как они повлияли на ухудшение состояния здоровья пациента (на наступление смертельного исхода)?
8. Правильно ли была выбрана методика оперативного вмешательства и правильно ли она проведена?
9. Правильно ли проводился послеоперационный уход и лечение потерпевшего?
10. Была ли доза введенного антибиотика (иного препарата) оптимальной? Если да, то что могло вызвать смерть потерпевшего?
11. Имеются ли нарушения в порядке ведения истории родов? Каким образом эти нарушения повлияли на тактику ведения родов?
12. Какие дефекты оказания МП были допущены при родовспоможении и первоначальном периоде жизни ребенка?
13. Обоснована ли научно методика, применявшаяся при лечении потерпевшего?

14. Использовались ли при обследовании и лечении методы диагностики, лечения и лекарственные средства, не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке? Если да, то какие, и к каким последствиям это привело?
15. Были ли изъяты у потерпевшего органы или ткани? Если да, то какие, каким способом?
16. Были ли изъяты органы или ткани у живого человека или трупа?¹

В последние годы в постановлениях следователей и определениях судов появились вопросы, затрагивающие правовую сферу деятельности медицинского персонала, наличия (отсутствия) каких-либо прав или обязанностей: информирования пациента о неблагоприятных исходах, оформления истории болезни частной клиникой, виде документации, регламентирующей определённые обязанности, порядке отражения вида патологии в выписных документах и т.п.

Проведённое исследование показало, что традиционная рекомендация о недопущении ставить перед экспертами правовые вопросы в основном соблюдается. Поэтому вызвали удивление следующие формулировки в вопросах, поставленных на разрешение экспертам следователем прокуратуры: *«Какие нарушения были допущены со стороны медицинского персонала при оказании (неоказании) родовой помощи З., была ли допущена халатность при выполнении работниками своих должностных обязанностей (ст. 293 УК РФ)? Какова тяжесть причинённых телесных повреждений (травмы), повлекла ли полученная травма причинение тяжкого вреда здоровью новорожденного ребенка З. (ч. 2 ст. 293 УК РФ)»*²?

Менее заметное стремление переложить на экспертов поиск и оценку нормативных документов наблюдается в следующей некорректной формулировке, свидетельствующей о низком профессионализме следователя: *«В соответствии с каким нормативным актом вышеперечисленные медицинские работники и врачи обязаны оказать медицинскую помощь, в которой нуждался О.»*³ Эксперты, отвечая на данный вопрос, указали четыре приказа МЗ и должностную инструкцию (последняя не является нормативным документом, но должна быть объектом экспертного исследования).

Искусство следствия состоит не в постановке как можно большего количества вопросов, а в постановке именно тех вопросов, которые обусловлены конкретным механизмом ятрогении, ответы на которые позволят познать его сущность, опровергнуть доводы обвиняемого (подозреваемого), выдвинутые им в свою защиту. Каждое уголовное дело, помимо стандартных, требует формулирования специфических вопросов, в зависимости от конкретных установленных и еще не установленных обстоятельств события.

Приведём следующий пример. 19.06.2002 по 11.07.2002. П. в связи беременностью и родами находилась в Н-м перинатальном центре. При отягощенном течении (рубец на матке, узкий таз, гестоз) акушером-гинекологом принимается решение о проведении родов естественным путем, после принудительного вскрытия плодного пузыря (проведённого непосредственно в палате для пациенток при наличии предродовой палаты) наблюдается слабость родовой деятельности, тактика ведения родов изменена. Во время операции Кесарева сечения, без предварительного истребования согласия роженицы была проведена стерилизация по Кохеру (перевязка маточных труб); через 14 дней после операции ребёнок умер. Оперировавший врач, подозреваемая Е., пояснила, что стерилизация была выполнена по медицинским показаниям, вынужденно, в связи с опасностью для жизни и здоровья пациентки, — невозможностью остановить маточное кровотечение, а решение о проведении операции было принято комиссией из трёх врачей.

В ходе расследования проведённой ТКЭД подтверждён факт фальсификации записей (в виде дописки) в протоколе операции с целью скрыть принятие решения о стерилизации одним оперирующим врачом (необходимо согласие трех специалистов). Для оценки показаний подозреваемой необходимо также выяснить, когда произошла перевязка труб: после или до остановки кровотечения. Если перевязка маточных труб произошла после остановки кровотечения, то показания об угрозе жизни пациентки не соответствуют реальности. Данная ситуация требовала формулировки комплекса специфических вопросов, которые не были поставлены перед экспертами:

1. Включает ли алгоритм действий по остановке маточного кровотечения перевязку маточных труб?

¹ Николаева Г.С. Комплексное руководство для сотрудников правоохранительных органов, органов здравоохранения, юристов, адвокатов, правозащитников / Г.С. Николаева и др. — М.: Эксмо, 2007. — С. 857 - 858.

² Уголовное дело № 1413229. Мотыгинский р-он Красноярского края. 2004 г.

³ Материалы проверки № 74 / 148. Каратузский р-он. 2006г.

2. *Существовала ли реальная угроза жизни роженицы непосредственно после остановки кровотечения?*
3. *Когда произведена перевязка маточных труб: до начавшегося кровотечения или после остановки кровотечения?*
4. *Допустимо ли было проводить роды естественным путём, исходя из гинекологического анамнеза и течения беременности у П.?*
5. *Являлись ли имеющиеся у П. симптомы (слабость родовой деятельности, рубец на матке, узкий таз, гестоз) прямыми показаниями к операции «Кесарево сечение»?*
6. *Допустимо ли вскрытие плодного пузыря в палате для пациенток при наличии предродовой палаты?*

Формулирование вопросов экспертам – тяжёлая аналитическая работа, требующая от правоприменителя знания анатомии, «погружения» в патогенез (танатогенез), и учёта специфических обстоятельств ятрогенного посягательства.

Неотъемлемой частью комиссионной СМЭ по рассматриваемой категории дел является выяснение вопросов о характере и степени вреда, причинённого здоровью. Законодателем до недавнего времени не раскрывалось понятие «вред здоровью», что вызывало различные суждения в среде ученых-юристов и судебно-медицинских работников.

Термин «телесные повреждения» остался в судебно-медицинской литературе¹. Под телесными повреждениями понимается «причинение вреда здоровью, выразившееся в нарушении анатомической целостности и физиологической функции тканей и органов, под воздействием факторов внешней среды»², либо, как «нарушение анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа или части тела, вызванное внешним воздействием»³.

Почти аналогичное определение (за исключением различия в союзе «или») содержалось в ведомственном нормативном акте – п. 2 «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» (далее – Правила 1978 г.), утверждённых приказом Министерства здравоохранения СССР от 11.12.1978 № 1208, где в п. 2 указывается: «С медицинской точки зрения, под телесными повреждениями следует понимать нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей, возникшие в результате воздействия факторов внешней среды»⁴.

С введением в действие УК РФ 1996 г. Правила 1978 г., перестали соответствовать уголовному законодательству, т.к. УК РФ оперирует термином «вред, причинённый здоровью», а не «степень тяжести телесных повреждений».

Утверждённые приказом МЗ РФ от 10.12.1996 № 407 «Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» содержали определение *вреда здоровью*: «Под вредом здоровью понимаются либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических».

Приказом Минздрава России от 14.09.2001 № 361 указанные Правила были отменены, как не прошедшие регистрацию в Министерстве юстиции, что затруднило экспертную и правоприменительную практику.

Временный выход из сложившейся ситуации был предложен в письме Главного судебно-медицинского эксперта Минздрава России В.В. Томилина от 13.11.2001 № 28 -12/518 – 01:

«1. Следственным работникам при назначении судебно-медицинских экспертиз по определению тяжести вреда здоровью строго руководствоваться требованиями действующего уголовно-процессуального законодательства и Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

2. При формулировании перед судебно-медицинскими экспертами вопросов, касающихся определения тяжести вреда здоровью, использовать терминологию, содержащуюся в

¹ Исключение составляет ст. 179 УПК РФ, регламентирующая следственное действие «освидетельствование», где имеется данный термин.

² Судебная медицина. Учебник для вузов / Под ред. В.В. Томилина. - М., 1996. - С. 219.

³ Хохлов, В.В. Судебная медицина: Руководство / В.В. Хохлов, Л.Е. Кузнецов. - Смоленск, 1998. - С. 549.

⁴ Любопытно отметить, что данный нормативный документ до сих пор не отменён.

соответствующих статьях Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации.

3. Судебно-медицинским экспертам при проведении судебно-медицинских экспертиз по определению тяжести вреда здоровью руководствоваться критериями, изложенными в «Правилах судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» от 11 декабря 1978 г. № 1208, используя при формировании ответов на поставленные перед ними вопросы терминологию, содержащуюся в действующем уголовном законодательстве».

Судебно-медицинским экспертам при формировании выводов в своих заключениях до недавнего времени приходилось руководствоваться Правилами 1978 г. Как видится, подобную практику нельзя было признать удачной. Поэтому встречались экспертные выводы с такими формулировками: «Согласно Приказу Минздрава СССР от 11 декабря 1978 г. № 1208 заболевания оценке тяжести вреда здоровью не подлежат»; «Согласно п. 31 данного приказа, *последствия* телесных повреждений, возникающие при оказании МП, сами по себе не являются основанием для оценки тяжести вреда здоровью».

Обратимся к п. 31 данного приказа: «Обострение предшествующих заболеваний после причинения телесных повреждений, а также другие последствия телесных повреждений, возникающие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма или дефектов при оказании МП и т.п., сами по себе не должны служить основанием *для изменения квалификации тяжести телесных повреждений* (выд. авт.). В подобных случаях судебно-медицинский эксперт обязан указать в своём заключении характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи он находится с данным телесным повреждением».

Как видим, в данном пункте речь шла о том, что нельзя механически изменять квалификацию тяжести телесных повреждений без надлежащей оценки причин ухудшения состояния, в том числе обусловленных дефектами оказания МП. Поэтому во втором вышеуказанном экспертном выводе наблюдалось неправильное толкование нормативного положения. Таким образом, при явной весьма слабой приспособленности обоих нормативных документов для использования по «врачебным» делам данный пункт не нацеливал экспертов не давать оценку дефектов МП, обусловивших неблагоприятные последствия, «уходить» от решения вопросов по оценке тяжести вреда здоровью. С этих же позиций следует необоснованной считать и такую формулировку экспертных выводов: «Не установлено каких-либо объективных данных, свидетельствующих о том, что в период нахождения на лечении в стационаре ... у гр-на ... имели место телесные повреждения в судебно-медицинском понимании этого термина, поскольку ни основное, ни сопутствующие заболевания и осложнения таковыми не являются. Обоснованные хирургические вмешательства производились в процессе оказания больному МП и поэтому судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью не подлежат. К этой же категории относится и факт пребывания в брюшной полости больного инородного тела – «перчаточного дренажа», обнаруженного и удалённого в ходе произведенной ему (дата) операции».

Таким образом, даже при малой приспособленности указанных нормативных документов к использованию по «врачебным» делам не было оснований «уходить» от ответов на вопросы о вреде здоровью. Представляется, что термин «вред здоровью» более адекватен для использования в экспертных заключениях по рассматриваемой категории дел.

Проведённый в 2005-2006 гг. опрос судебно-медицинских экспертов отделов сложных и особо сложных экспертиз различных регионов показал давно назревшую необходимость введения в практику новых Правил, регламентирующих установление тяжести вреда здоровью, обусловленного дефективной МП.

Постановлением Правительства РФ № 522, вступившим в силу с 01.09.2007, утверждены новые Правила определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, Министерству здравоохранения и социального развития поручено разработать и утвердить медицинские критерии и дать необходимые разъяснения по их применению¹. 24.04.2008 Приказом № 194н были утверждены Медицинские критерии определения степени тяжести

¹ Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека: постановление Правительства Российской Федерации № 522 от 17.08.2007 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2007. - № 35. - Ст. 4308.

вреда, причиненного здоровью человека¹.

В п. 2 указанного Постановления понятие «вред здоровью» претерпело корректировку: «Под вредом, причинённым здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды». Замена разделительного союза «или» на соединительный «и» принципиально важна, поскольку указывает на необходимость наличия двух признаков – нарушения целостности и функции². Каждый в отдельности как вред здоровью рассматриваться не может. В п. 5 Приложения к Приказу дано аналогичное определение, но термин «психических» заменён на более широкий «психогенных», данная замена представляется целесообразной. Из определения исчезла и формулировка «заболевания или патологические состояния», поскольку она охватывается содержанием понятия «нарушение физиологической функции».

Несколько определённое регламентирован вопрос о необходимости разграничения вреда, причинённого оказанием МП от других травмирующих воздействий (п. 10 Постановления): «Степень тяжести вреда, причинённого здоровью человека, при наличии повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого воздействия».

В случае если множественные повреждения взаимноотягощают друг друга, определение степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, производится по их совокупности.

При наличии повреждений разной давности возникновения определение степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека каждым из них, производится отдельно».

Из 27 пунктов Приложения к Приказу четыре затрагивают порядок установления вреда от дефектов оказания МП; их можно считать новеллами, призванными содействовать повышению объективности экспертной оценки, препятствовать оформлению выводов с неопределёнными формулировками.

При этом п.п. 12, 13, 14 полностью дублируют вышеприведённый пункт 10 указанного Постановления, а пункты 24, 25, 26 дополняют их:

«П. 24. Ухудшение состояния здоровья, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, *поздними сроками начала лечения*, его возрастом, сопутствующей патологией и др. причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью».

П. 25. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания МП, рассматривается как причинение вреда здоровью.

П. 26. Установление степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, в случаях, указанных в п.п. 24 и 25 Медицинских критериев, производится также в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями».

Безусловно, революционным положением следует признать п. 25, особенно с учётом существенного расширения перечня повреждений, обуславливающих установление тяжкого вреда здоровью, приведённых в Таблице процентов стойкой утраты трудоспособности (второе Приложение к указанному Приказу). Вместе с тем, вызывает возражение выделенный курсивом фрагмент пункта 24 о поздних сроках лечения, включённых в перечень объективных, т.е. не зависящих от действий медицинских работников факторов, которые, по мнению авторов Приказа, не должны рассматриваться как причинение вреда здоровью. Но ведь запоздалая, не вовремя оказанная МП по вине медицинских работников, зачастую, и является одним из видов дефектов, что может быть повлечь неблагоприятный исход!

Думается, что необходимы более определённые рекомендации, которые могли бы помочь экспертам в разграничении значимости объективных, не зависящих от действий врачей, и субъективных факторов в неблагоприятном исходе.

¹ Приложения к Приказу № 194н Министерства здравоохранения и социального развития; зарегистрировано в Минюсте 13.08.2008. № 12118.

² Невозможность в некоторых случаях обнаружить морфологические проявления при нарушениях функций не противоречит указанному положению, а лишь свидетельствует об ограниченности применяемых методик исследования.

С учётом изложенного предлагается для будущей экспертной методики создание кадастра (перечня) и шкалы опасности дефектов оказания МП на основе имеющихся классификаций по областям медицины и этапам оказания медицинской помощи. В них следует предусмотреть виды дефектов, причинно связанные с вредом здоровью, возникновение которых обусловлено небрежным отношением к профессиональным обязанностям или медицинским невежеством (например, несоблюдение правил асептики и антисептики, технологии вмешательств: оставление в операционном поле инструментов, перевязочного материала; травматические повреждения соседних с оперируемыми внутренними органами и т.п.). Вывод по вопросу о причинной связи в этом случае, на наш взгляд, должен быть категорическим, поскольку подобные дефекты являются причиной, а не условием для возникновения неблагоприятного исхода, даже если имелись другие объективные (отягощающие) факторы. Для менее опасных дефектов (неполное заполнение медицинской документации, неполнота обследования при правильной диагностике ведущей патологии) указанные объективные (отягощающие) факторы могут быть более значимы. В этом случае вывод о причинной связи может быть вероятностным, где допущенные дефекты и отягощающие факторы могут сыграть паритетную роль в неблагоприятном исходе либо преобладать какой-то из них.

При подготовке к назначению экспертизы важно собрать как можно больше медицинских документов. Здесь особую значимость приобретают вопросы взаимодействия экспертов и следователя (дознателя, суда). На практике, к сожалению, эксперты не проявляют инициативу в уведомлении субъектов доказывания о необходимости дополнения объектов исследования конкретными документами.

Между тем данная обязанность закреплена за экспертом-организатором (докладчиком) в п. 12.4 Инструкции по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы: «... истребование в установленном порядке через лицо или орган, назначивший экспертное исследование, недостающих материалов и вещественных доказательств (объектов исследования)»¹. Это ведёт к неполноте экспертного заключения, появлению следующих формулировок в выводах: *«В представленных материалах дела отсутствуют должностные инструкции персонала родильного отделения М-кой ЦРБ, что не позволяет установить либо исключить их нарушение»*.

Необходимо отметить, что небрежное ведение медицинской документации и отсутствие стандартов оформления и перечня документов по некоторым медицинским специальностям², зачастую, создаёт дополнительные возможности для искажения информации, содержащейся в документах, а также затрудняет проведение экспертизы.

Важное значение приобретает предварительный анализ качества МП (КМП), проводимым территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМСом), так как его результаты являются одним из объектов исследования СМЭ. Основное значение при выполнении комиссионной экспертизы является выявление дефектов оказания МП и причинно-следственной связи дефектов с ятрогениями. В этом аспекте особое значение имеет заключение служебного расследования, которое рассматривается экспертизой как разновидность медицинских документов, заключение специалистов.

В отличие от так называемых ведомственной или вневедомственной экспертиз качества МП, судебно-медицинская экспертиза, проводимая в рамках возбужденного уголовного дела, имеет процессуальную силу, а само заключение экспертов, согласно п. 3 ч. 2 ст. 74 УПК РФ, является допустимым доказательством по делу.

Если экспертиза назначается в связи с летальным исходом, основными объектами исследования служат медицинские карты, протокол патологоанатомического исследования трупа, прижизненные и посмертные рентгенограммы, гистологические препараты, образцы крови и других биологических жидкостей, взятых для лабораторных исследований и др.

Иногда возникает необходимость в эксгумации и повторном исследовании. По данным проведенного исследования, только по одному делу производилась эксгумация³.

¹ Приказ Минздрава России от 24.04.2003 № 161.

² Последние должны разрабатываться на основе Приказа Минздрава и медицинской промышленности от 8 апреля 1996 г. «О временных отраслевых стандартах объема МП».

³ Уголовное дело № 2004/0015, прокуратура Ч-го р-на Томской области.

В зависимости от характера вопросов и сферы патологии в комиссию по согласованию со следственными или судебными органами по ходатайству руководителя Бюро СМЭ приглашаются клинические специалисты определённой специальности с достаточными теоретическими знаниями и практическим опытом, не работающие в экспертном учреждении (п. 2 ч. 3 ст. 57 УПК РФ, ст. 15 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»).

При выборе врачей в качестве экспертов особое значение приобретает выполнение требований уголовно-процессуального закона (ст.ст. 61, 69, 70 УПК РФ), касающихся незаинтересованности, независимости экспертов. Наряду с этим ст. 18 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» содержит запрет на участие в составе экспертной комиссии врача, который до назначения СМЭ оказывал (участвовал в оказании) подэкспертному МП.

Любопытно отметить, что из ведомственного законодательства вслед за процессуальным постепенно исчезло право руководителя Бюро СМЭ быть субъектом экспертного исследования, что должно служить одной из гарантий независимости экспертов¹.

Для получения более объективного заключения наиболее целесообразно, как показывают опросы, её производство в другом регионе с высшим медицинским учебным заведением и зарекомендовавшим себя хорошим качеством отдела сложных экспертиз бюро СМЭ.

Независимо от того, по чьему решению проводится комиссия СМЭ, состав комиссии (за исключением, когда это оговорено в постановлении о назначении экспертизы) формирует руководитель учреждения или его заместитель по экспертной работе.

В этой связи считаем глубоким заблуждением и серьёзной ошибкой слияние двух должностей заместителей по экспертной и организационно-методической работе, проведённое в БСМЭ Красноярского края, свидетельствующее о полном непонимании деятельности данного учреждения руководителем органа исполнительной власти в области здравоохранения.

В соответствии с Инструкцией по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы (раздел XII, п. 12.4)² один из экспертов данной комиссии может выполнять роль эксперта-организатора (докладчика). В его задачи входит: получение и хранение материалов дела, вещественных доказательств в период производства экспертного исследования; оформление акта вскрытия посылки с вещественными доказательствами; истребование в установленном порядке через лицо или орган, назначивший экспертное исследование, недостающих материалов и вещественных доказательств (объектов исследования); извещение правоохранительного органа, назначившего исследование, о необходимости проведения дополнительных следственных действий (эксгумация трупа, госпитализация в стационар для обследования, допрос потерпевшего, обвиняемого с участием членов комиссии и т.п.); уведомление о продлении срока производства экспертного исследования, либо получении согласия на использование методов, которые могут привести к необратимым изменениям свойств или уничтожению вещественных доказательств; ведение иной переписки с лицом или органом, назначившим экспертное исследование; составление к назначенному сроку вводной и исследовательской частей заключения комиссии экспертов; подготовка необходимых материалов к совместному анализу полученных результатов; оформление заключения комиссии экспертов. Необходимо отметить весьма краткое содержание данного раздела Инструкции, касающегося рассматриваемого вида СМЭ, где отражены лишь некоторые организационные вопросы, в отличие от серьёзной проработки проведения других видов СМЭ. В этом отношении ранее действующая Инструкция от 22 апреля 1998 г.

¹ Так, согласно Инструкции Главного судебно-медицинского эксперта СССР от 12.01.1959 «О работе судебно-медицинских экспертных комиссий» обязанность председателя возлагалась на руководителя экспертного учреждения; аналогичные положения имелись в п. 6.3 Приложения № 4 к Приказу МЗ СССР от 21 июля 1978 № 694: «Обеспечивает проведение под своим председательством судебно-медицинских экспертиз, производство которых должно осуществляться несколькими экспертами, в том числе различных специальностей, либо возложение этих обязанностей на своего заместителя или заведующего отделом»; в п. 4.2 Инструкции от 24 апреля 2003 г. к Приказу МЗ РФ № 161: «начальник Бюро СМЭ возглавляет производство первичных экспертиз по материалам уголовных дел о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей». Вместе с тем в некоторых источниках литературы до сих пор предлагается включение начальника Бюро СМЭ в состав экспертной комиссии на правах руководителя.

² Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.04.2003 г. № 161.

Приказа Минздрава РФ № 131 более содержательна.

Общепризнано, что никакие доказательства, в том числе и экспертное заключение, не имеют заранее установленной силы и должны оцениваться правоприменителем по его внутреннему убеждению. Общие теоретические основы оценки следователем и судом заключения эксперта представляются в принципе исследованными. В наиболее концентрированном виде они изложены в теории доказательств уголовного процесса и судебной экспертизы. Вместе с тем наличие таких теоретических исследований не исключает необходимости изучения практических приемов оценки экспертного заключения применительно к рассматриваемой разновидности СМЭ. В настоящее время нет утверждённой методики по проведению данного вида СМЭ, есть лишь некоторые рекомендации и общий алгоритм действий экспертов, включающий этапы:

1. Исследование медицинской документации и анализ качества её ведения.
2. Оценка качества диагностических мероприятий.
3. Оценка качества лечебной деятельности.
4. Установление причинно-следственной связи недостатков при оказании МП с развитием неблагоприятного исхода¹.

Как известно, оценка экспертного заключения включает: анализ соблюдения порядка подготовки, назначения и проведения экспертизы; анализ полноты заключения, его соответствие поставленным в постановлении вопросам; оценку научной обоснованности. При ознакомлении со структурой экспертного документа, в первую очередь, следует обратить внимание на формальные атрибуты документа: использование специального бланка, соблюдение установленной структуры документа; наименование, наличие порядкового номера, соответствующих штампа и печати экспертного учреждения, подписей экспертов; грамматически правильно или ошибочно, аккуратно или неряшливо исполнен документ. Уже такое предварительное ознакомление с документом может дать определённое представление об экспертах, их отношении к делу, стиле работы учреждения, которое он представляет.

К примеру, по уголовному делу, возбужденному прокуратурой г. З. по материалам проверки о факте ненадлежащего оказания МП гр-ну М., структура экспертного заключения выглядит нелогично: сначала представлены вопросы следователя и выводы, а затем в виде приложения - «обстоятельства дела», в которых повторно изложены вопросы следователя; затем следует так называемое исследование, представляющее собой перенесение содержания медицинских документов с краткими замечаниями экспертов в скобках, протоколов допросов и характеристик на хирурга и заведующего хирургическим отделением.

Качество оформления вводной части характеризует, прежде всего, эксперта-докладчика, его дисциплинированность и аккуратность, отношение к выполнению закона и инструкций. Вводная часть судебно-медицинской экспертизы содержит прямую информацию о личности и квалификации экспертов: фамилии, имена и отчества экспертов, занимаемые должности (состоят ли в штате судебно-медицинского учреждения или привлечены в качестве врача-эксперта для разового проведения экспертизы), стаж экспертной работы, квалификационную категорию, наличие учёной степени и/или учёного звания, специальность и специализация.

Вместе с тем в УПК РФ (ч. 1 ст. 204) и Федеральном законе «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ст. 25) два последних признака не указаны и избрана не вполне, на наш взгляд, удачная формулировка «стаж работы». Это ведёт к тому, что далеко не все члены экспертной комиссии могут являться специалистами той сферы медицины, которая затронута конфликтной ситуацией. И если о специализации членов комиссии косвенно можно судить по наименованию их должности, то указание на занимаемую должность председателя экспертной комиссии этого сделать не позволяет.

В *исследовательской части* приводится изложение процесса экспертного исследования: описание объектов экспертизы, анализ их содержания, сопоставление с другими объектами – синтетическая составляющая, применяемые методы и полученные результаты. Изучение исследовательской части может оказаться продуктивным лишь при условии, что сле-

¹ Судебная медицина / под ред. чл.-корр. РАМН Ю.И. Пиголкина. – М., 2007. С. 349-350.

дователь (суд) обладает некоторым запасом знаний об исследуемых объектах, основных судебно-медицинских признаках, их значении и др. Слабая синтетическая составляющая, преимущественно описательный характер исследуемых документов без синтетической составляющей – основной недостаток данного вида экспертиз.

Часто в рассматриваемой разновидности СМЭ наблюдается обилие узкоспециальной латинской терминологии, в том числе аббревиатуры без каких-либо пояснений и расшифровки, особенно в описаниях гистологических исследований. Надо отметить, что разъяснения данных терминов часто нет даже в медицинских энциклопедических словарях. В подготовленных с участием Бюро СМЭ Красноярского края рекомендациях для следователей и дознавателей ГУВД Красноярского края предложен краткий словарь наиболее часто встречаемых в экспертных заключениях терминов¹. Полагаем, что здесь должно работать общеизвестное правило – содержание исследовательской части и выводы экспертизы должны быть понятными для лиц, не имеющих специального медицинского образования. В отличие от криминалистических экспертиз, наличие микрофотосъёмки, рисунков, схем и других графических изображений, позволяющих уяснить правоприменителю картину патогенеза (танатогенеза) – чрезвычайная редкость (обнаружено только в одном заключении). Поэтому реально следователю (суду) оценить лишь полноту исследовательской части, её логическое соответствие выводам, в остальном добросовестность и компетентность экспертов презюмируется.

Выводы в заключении судебно-медицинской экспертизы являются научно-обоснованным мнением экспертов, сформулированным на основании объективных данных, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки, вытекающих из вводной и исследовательской частей заключения. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов либо давая их расшифровку. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано – обосновано фактическими данными.

В дальнейшем изложении применим устоявшиеся критерии правовой оценки экспертиз и требования к их оформлению: полнота, соблюдение компетенции, наличие и убедительность мотивировки, логическая форма выводов, отсутствие противоречий.

Полнота и логическая форма выводов. Как известно, для изложения экспертных выводов могут быть использованы различные виды суждений: утвердительное (или отрицательное) суждение действительности, суждение возможности (или невозможности), «не исключающее» суждение и др. Вместе с тем, вывод может быть сформулирован в категоричной (суждение достоверности) или предположительной (суждение вероятности) форме. Обязательное требование – на все поставленные вопросы должны быть даны чёткие и полные ответы. При анализе экспертных заключений можно обнаружить такие недостатки: вопрос вообще оставлен без ответа; ответ дан в такой неопределённой форме; ответ дается не на поставленный, а на какой-то другой вопрос.

При оценке логической формы следует стремиться уяснить путём анализа аргументации, имелись ли достаточные данные для категорического вывода, почему вывод сделан в предположительной форме. Предположительный экспертный вывод, если он не подкреплён другими доказательствами по делу, не должен иметь решающего значения при правовой оценке.

Приведём фрагмент другого экспертного заключения: «Отламывание катетера и попадание его части в правые отделы сердца не является телесным повреждением и не подлежит судебно-медицинской оценке». Возникает вопрос: а разве по признаку опасности для жизни такое попадание нельзя считать тяжким вредом? Коль скоро такое «попадание» стало причиной смерти (по мнению самих экспертов), то, безусловно, является опасным для жизни! Однако столь необоснованный экспертный вывод не помешал следователю прокуратуры прекратить дело за отсутствием состава преступления.

Содержание мотивировки. Как известно, эксперты обязаны не только изложить свой вывод, но и привести аргументы, подтверждающие его. К немотивированным выводам сле-

¹ Бушуев, А.И. Расследование уголовных дел о преступлениях, связанных с дефектами оказания медицинской помощи (ч. 2 ст. 118, ст.ст. 123, 124, 235 УК РФ): методические рекомендации / А.И. Бушуев, И.В. Гецманова, С.И. Иванова // Сборник методических материалов по осуществлению оперативно-служебной деятельности органов внутренних дел. – Красноярск: ГУВД по Красноярскому краю, 2008.

дует относиться критически, и при их наличии необходимо путём использования процессуальных средств проверки экспертного заключения убедиться, на каких объективных данных основан тот или иной вывод. Чтобы установить, насколько тот или иной вывод согласуется с обнаруженными при исследовании объективными данными, не противоречит ли он этим данным, надо каждый экспертный вывод сопоставить с тем, что изложено в исследовательской части. При сопоставлении в одних случаях могут быть выявлены аргументы, подтверждающие вывод эксперта, в других – основания для сомнений в правильности экспертного вывода.

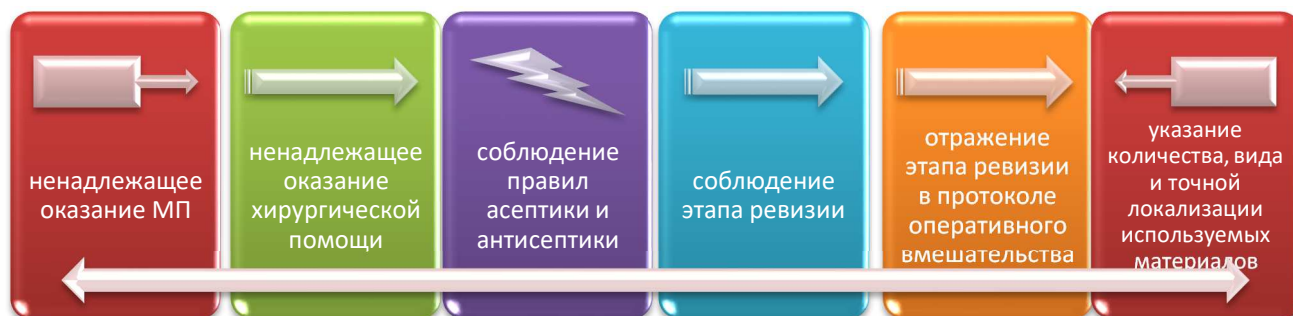
Любопытно проследить, как комиссия экспертов исследовала ответ на вопрос: «Соответствовало ли проводимое лечение установленному диагнозу, и правильно ли он был установлен, если неправильно, то кем и что не было установлено?» Обращает на себя внимание запись в исследовательской части: «При осмотре заведующим ОРИТ (дата, время) впервые за время лечения записано, что «Повязки в месте стояния дренажей промокли отделяемым сине-зеленого цвета со специфическим запахом. ... Взят посев на флору и чувствительность... произведена соответствующая коррекция лечения и палатного режима (позднее установлено, что имелась синегнойная инфекция). Затем представлена запись лечащего врача М. «Дренажи убраны», в скобках замечание экспертов о том, что не указаны вид, количество и точная локализация дренажей. «По дренажам в постдиафрагмальном пространстве – умеренное отделяемое. Промывание раствором хлоргексидина. Введён диоксидин».

Таким образом, произошло сильное нагноение раны (синегнойная инфекция), не отражено количество и локализация используемых дренажей. Однако, сравнивая данное описание с вышеприведенными экспертными выводами (о перчаточном дренаже), можно заключить, что мотивировка и обоснование отсутствуют, а описательная часть заключения противоречит резолютивной.

Правоприменитель должен стремиться понять логику рассуждений экспертов, найти те объективные данные, на которые опирается каждый вывод. При этом для проверки правильности выводов в ряде случаев целесообразно обращение к специальной медицинской и судебно-медицинской литературе (учебникам, руководствам, монографиям, справочникам), а за консультацией к опытным незаинтересованным специалистам.

Соблюдение экспертами пределов своей компетенции. Компетенция эксперта – комплекс знаний в области теории, методики и практики экспертизы определённого рода, вида»¹. Как известно, выводы в заключении не должны выходить за пределы специальных знаний экспертов. Если на разрешение экспертной комиссии ставятся вопросы о виновности, ответственности конкретных лиц, о том, являются ли их действия халатностью, небрежностью, врачебной ошибкой и т.д., то ответы на них не будут иметь доказательственного значения.

Где грань, разделяющая правовые и специальные вопросы? Представляется, что она там, где общие нормативные положения конкретизируются в правилах, отражающих техническую сторону деятельности. В логическую цепь, позволяющую выявить дефекты в медицинских мероприятиях, должны включаться те этапы МП, где вероятнее всего произошло медицинское происшествие, затем те правила стандартов, которые в наибольшей степени связаны с ним. К примеру, в упомянутом выше случае решающее значение имеет факт оставления в ране материала (перчаточного дренажа), используемого в ходе операции. Поэтому логическую цепь рассуждений можно представить в следующем виде:



¹ Белкин, Р.С. Криминалистическая энциклопедия. – С. 260.

Ту же цепь можно представить и в обратном порядке. Переход нормативных положений в специальные правила происходит на этапе перехода к правилам асептики и антисептики. Поэтому формулировка вопросов должна отражать этот «низовой» уровень рассуждений, где речь идёт о соблюдении специальных правил. Более высокий уровень рассуждений – сфера компетенции правоприменителя (следователя, суда). Поэтому вопрос о причинно-следственной связи в конечном итоге – компетенция правоприменителя.

Следует подчеркнуть, что, оценивая порядок соблюдения должностных обязанностей, отраженных в правовых документах (стандартах, инструкциях, приказах), эксперты не решают правовые вопросы, поскольку здесь нет толкования права, а указанные правовые документы отражают техническую сторону деятельности. Её правовую оценку, связанную с уголовной (гражданской) ответственностью и виной, даёт правоприменитель (следователь, суд).

В процессе производства экспертизы, как правило, возникают вопросы, имеющие достаточно узкое значение, проанализировать которые могут только **опытные узкие специалисты**, работающие в данной клинической специальности. Врачи судебно-медицинские эксперты в этих специальных, узких клинических вопросах разбираются не в полном объёме, и, с точки зрения экспертного законодательства, не всегда компетентны. В связи с этим, когда врач судебно-медицинский эксперт вместе с другими членами комиссии (врачами-клиницистами) подписывается под общими выводами заключения экспертов, в том числе и под выводами, сформулированными клиницистами, он может выходить за пределы своей компетенции, на что справедливо указывал И.Г. Вермель¹.

Поэтому приемлемым выглядит предложение о введении в экспертную практику такого оформления выводов заключения эксперта, при котором врач судебно-медицинский эксперт подписывал бы только такие выводы, по которым он является компетентным. Соответственно выводы по частным клиническим вопросам должны подписывать только члены комиссии – врачи-клиницисты, сформулировавшие эти выводы. Такой порядок оформления выводов заключения эксперта будет точнее определять компетенцию каждого члена экспертной комиссии и его ответственность. Это позволит существенно изменить и роль врача судебно-медицинского эксперта при вызове его в судебное заседание, поскольку ему не придётся отвечать на вопросы, не относящиеся к его компетенции.

Наличие противоречий между выводами. Наличие противоречий между выводами свидетельствует, что один из выводов является неверным. Однако грубые, легко обнаруживаемые, противоречия, когда в одном из выводов что-то утверждается, а в другом то же самое отвергается, в экспертных заключениях почти не встречаются. Чаще можно столкнуться с противоречиями, которые заметны не сразу, для выявления которых нужен анализ содержания выводов.

В качестве примера приведём уголовное дело № 4015832, возбужденное по ч. 2 ст. 293 УК РФ прокуратурой одного из районов г. Красноярск по факту необоснованной операции на щитовидной железе 9-летней Т., повлекшей инвалидность ребенка. В январе 1997 г. с предварительным диагнозом врача-эндокринолога «срединная киста шеи» девочка была госпитализации. Без специального обследования Ш. провёл операцию по удалению образования. При гистологическом обследовании операционной ткани выявлена добавочная доля щитовидной железы – макрофолликулярный зоб, прежний диагноз не подтвердился. После операции оформлена инвалидность. Среди представленных на экспертизу материалов дела имелось подшитое в дело заключение о проведённом радиоизотопном сканировании, которое, однако, в тексте экспертного заключения не отражено. Кроме того, на экспертизу был представлен биопсийный операционный материал, однако в заключении последний также не отражён и соответственно не подвергался повторному гистологическому исследованию. В комиссии экспертов специалиста-гистолога не было.

Между тем, именно биопсийный операционный материал являлся первоисточником скрытой информации о состоянии щитовидной железы. Сведения, указанные в медицинских документах, являются переработанными результатами восприятия. Остаётся загадкой, на ка-

¹ Вермель, И.Г. Некоторые вопросы компетенции судебно-медицинских экспертов // Вопросы судебной медицины и криминалистики. – Тернополь, 1968. – С. 220-223.

ких доводах были основаны выводы о возможности развития инвалидизации и без произведенной операции: «Нельзя исключить возможности развития врожденного гипотиреоза и инвалидности по данному заболеванию и без проведения операции».

Изучение данного заключения обнаруживает и другие существенные недостатки: отсутствие во вводной части заключения перечня объектов, представленных на исследование; отсутствие исследовательской части: после так называемых «обстоятельств дела» сразу следуют выводы. Обнаруженные дефекты оформления сходны с недостатками оформления СМЭ живых лиц. Безусловно, подобное заключение является неполным и необоснованным, однако данные обстоятельства не приняты во внимание следователем: дело было прекращено по реабилитирующему основанию (в связи с отсутствием в действиях врача состава преступления).

Следует отметить, что подобных лаконичных заключений в последующие годы почти не встречалось! Однако значительный объем заключения ещё не является показателем его качества. По-прежнему, типичным недостатком является слабость обоснования выводов, механический перенос содержания медицинских документов в текст заключения без их анализа, что приводит к неправильной трактовке объективных данных, полученных при исследовании, т.е. к ошибкам рассуждения, нарушению правил и законов логики.

По вышеприведённому делу один из экспертных выводов звучал так: «Между проведённой операцией и инвалидностью усматривается прямая причинная связь, однако нельзя исключить возможности развития основного заболевания – врождённого гипотиреоза – и инвалидности по данному заболеванию и без проведения операции». Эксперты выразили сразу две противоречивые мысли: 1) причиной инвалидности является операция и 2) причиной инвалидности может быть не операция, а самостоятельное течение патологического процесса в щитовидной железе. Экспертами нарушено требование логического закона исключенного третьего, согласно которому из двух противоречащих суждений одно непременно истинно, другое ложно, а третьего не может быть. Из приведённого заключения сложно понять, однозначно ли неправильно поступил врач, прооперировав ребенка. С другой стороны, если второй вывод высказан в вероятной форме, поскольку представляет собой прогнозирование событий, то первый категоричен, представляет собой ретроспективную оценку. Следуя законам логики, за основу в оценке нужно брать первый вывод, но указанная ранее перспектива дела противоречит этому.

Случаи дачи заведомо ложного экспертного заключения не относятся к экспертным ошибкам и должны влечь ответственность по ст. 307 УК РФ.

Помимо вышеуказанных противоречий удалось обнаружить прямо противоположные выводы экспертов в сходных случаях. Так, по уголовному делу № 2002/790 (ч. 2 ст. 109 УК РФ, прокуратура О-го р-на г.Томска) установлено, что 25.01.2002 в 9 часов Ш., являясь врачом анестезиологом-реаниматологом, в ходе подготовки к плановой операции – краниопластике дефекта черепа слева, обнаружив трудности при интубации трахеи И., находящегося в состоянии вводного наркоза, *не приняла мер к выводу из наркоза пациента*, у которого в результате многократных не удавшихся попыток интубации трахеи развилась гипоксия, в 9 часов 50 минут констатирована смерть. К материалам дела приобщены копии из публикации «Трудности при интубации трахеи» под редакцией Латто, Роузена (М.: Издательство «Медицина», 1989), где указано, что врач-анестезиолог при осуществлении своей деятельности должен избегать повторных и длительных попыток интубации, т.к. это может привести к развитию гипоксии, поэтому в таких случаях анестезию необходимо прекратить и больного разбудить. Согласно заключению СМЭ смерть наступила от развившейся дыхательной гипоксии в результате многократно не удавшихся попыток интубации трахеи и неадекватной вентиляции легких. Между неправильными действиями анестезиолога и наступлением смерти имеется прямая причинная связь.

По другому уголовному делу № 01/44 (г.Томск, 2001 г.) с аналогичной ситуацией и причиной смерти судмедэксперты, не упоминая об обязанности анестезиолога вывести больного из состояния наркоза при неуспешной попытке интубации, делают вывод о правильности действий анестезиолога.

Наличие противоречий между экспертными выводами и другими доказательствами по делу. Если выводы эксперта противоречат каким-то другим материалам дела, должна проводиться тщательная повторная проверка всех собранных доказательств.

В случаях, когда выявляется сомнительность экспертных выводов, следует допросить экспертов, решить вопрос о назначении повторной СМЭ.

Ярким примером служат материалы проверки (почему-то без номера) прокуратуры С-го района г. К. по заявлению Г. о смерти из-за поздней диагностики и неправильного лечения его жены П. В апреле 2005 г. П. с болями в области живота была госпитализирована в отделение кардиологии ЦРБ г. М¹. Лишь 26.04.2005 П. была переведена в краевую клиническую больницу, где ей был выставлен диагноз: «гнойно-септический аппендицит с перитонитом», и только 2 мая 2005 года проведена операция, после которой женщина, не приходя в сознание, скончалась 19.05.2005.

Выводы СМЭ настораживают. Выделенные курсивом в особенности: «*Диагноз острого аппендицита, разлитого перитонита выставлен правильно, подтверждается объективными и морфологическими данными. Оперативное вмешательство выполнено на высоком профессиональном уровне.(!)* Поздняя диагностика аппендицита связана с особенностями развития заболевания в условиях тяжёлой сопутствующей патологии и церебральных нарушений. *Лечение основного заболевания и коррекция сопутствующей патологии в послеоперационном периоде проведено на должном уровне в соответствии с тяжестью основной и сопутствующей патологии.*

На всех этапах оказания МП больной П. схемы лечения и тактика ведения соответствовали выставленному диагнозу, который рассматривался как основной по критериям тяжести и опасности для жизни».

Однако согласно данным, изложенным в жалобе потерпевшего супруга, никаких церебральных нарушений и тяжёлой сопутствующей патологии у жены не было, в том числе и предынфарктного состояния, а выводы экспертов были сделаны **под давлением заинтересованного в исходе конфликта лица**.

Чаще всего перед экспертами обнаруживается проблема выяснения причины ятрогении, обусловившей вред здоровью или смерть, патогенетические признаки которой не могут быть свойственны одной причине, то есть представляющие собой неспецифические признаки, как правило, недостаточные для формулирования вывода. При производстве экспертизы «вычленение следствий обуславливает необходимость анализа цепочки причинно-следственных отношений, соотношение их с причиной»².

В другом уголовном деле, закончившемся вынесением решения о прекращении в связи с отсутствием состава преступления, ятрогенные признаки события не были учтены экспертами и следователем.

31.12.2001 после введённого в домашних условиях *полиглюкина и актовегина* у беременной Б. (33 недели) возникло кровотечение из носа, желудка. В 22 час. 50 мин. в крайне тяжёлом состоянии была доставлена автомашиной скорой помощи в родильное отделение ГКБ № -- г. Красноярск. В 23 часа произведена операция «Кесарево сечение», извлечена девочка массой 1600 гр. в асфиксии тяжёлой степени. Объём операции расширен до экстирпации (удаления) матки, кровотечение остановить не смогли. В 2 час. 20 мин. 01.01.2002 констатирована смерть женщины, 03.01.2002 скончался её ребёнок. В карте скорой медицинской помощи было отмечено, что дома проводилось в/в введение полиглюкина (оставшийся флакон с остатками раствора на экспертизу **не взят!**).

Из заключения комиссионной СМЭ: «Диагноз патологоанатомический: Основной – беременность 33-34 недели на фоне тяжёлого сочетанного, длительно текущего гестоза. Анафилактическая реакция на внутривенное введение декстранов (полиглюкина, реополиглюкина).

¹ Город не называем в связи с резонансной ситуацией, вызванной данным случаем.

² Корноухов, В.Е. Комплексное судебно-экспертное исследование свойств человека / В.Е. Корноухов. – Красноярск, 1982. - С. 86.

Осложнения: преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты. Эмболия околоплодными водами. ДВС-синдром. Острое носовое и желудочное кровотечение. Операция: Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков, перевязка внутренних подвздошных артерий. Массивное гипокоагуляционное кровотечение (3 л). Гиповолемия. Двусторонний геморрагический гидроторакс. Таким образом, у пациентки с сочетанным поздним гестозом тяжёлой степени на фоне гипертонической болезни 2 причиной летального исхода явился неуправляемый геморрагический шок, полиорганная недостаточность как следствие терминальной стадии ДВС-синдрома, эмболии околоплодными водами, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

Высказаться определённо о роли анафилактической реакции на введение декстрана с активегином в танатогенезе расстройств гемостаза у Б. не представляется возможным, т.к. подобная клиническая картина характерна для отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами, что подтверждено результатами патологоанатомического исследования.

Таким образом, в целом смерть родильницы Б. и новорожденной Б. может быть условно предотвратима в случае своевременной диагностики длительно текущего позднего гестоза, проведения своевременной дородовой госпитализации, от которой пациентка неоднократно отказывалась и адекватной инфузионно-трансфузионной терапии на госпитальном этапе».

Между тем в материалах дела имелась рецензия профессора К. на материалы истории родов (без даты), которая не принята во внимание экспертами, в тексте исследовательской части заключения о ней не упоминается!...

В данной рецензии отмечены дефекты, допущенных при оперативном вмешательстве: 1) *необоснованное введение декстранов (полиглюкин – 800 мл) в ходе оперативного родоразрешения*; 2) недостаточная для терминальной фазы ДВС-синдрома гемостатическая терапия для коррекции гемостаза; 3) недостаточный объём диагностики патологии гемостаза для принятия правильного тактико-лечебного решения; 4) после Кесарева сечения необходимо было провести легирование маточных артерий, обеспечить с помощью плазмы и криопреципитана необходимый гемокоагуляционный фон и только в последующем выполнять экстирпацию матки; 5) патогенетически необоснованна поддержка миокарда с помощью *чистого адреналина*, необходимо было сочетанное введение *допамина с адреналином*¹.

Таким образом, была завуалирована необоснованность ведения в ходе операции декстранов, на которые у пациентки уже имелась (дома до госпитализации) гиперэргическая реакция, и роль этих препаратов в пато- и танатогенезе, а также другие ошибки МП. Если бы при поступлении женщины в стационар выслушали её мужа, привезшего флакон с остатками введённого дома препарата, который стал причиной начавшейся реакции организма, неблагоприятного исхода можно было избежать.

По уголовному делу № 7101253 дефекты оказания МП были ещё более очевидны, однако после многократного продления сроков расследования оно также было прекращено по реабилитирующему основанию. 23.12.1999 в селе И. И-го р-на Красноярского края родился С. с не угрожающей жизни патологией, спустя несколько дней умер. По заключению комиссионной СМЭ, смерть новорожденного С. наступила от острой почечной недостаточности, обусловленной нарушениями водно-электролитного баланса, блокадой почечных канальцев пигментными цилиндрами и кристаллами. Указанное патологическое состояние могло явиться осложнением инфузионной терапии, проводившейся без учёта величины диуреза, следствием лекарственных перегрузок. Приведём наиболее значимые дефекты, отраженные в заключении:

«- отсутствие динамического наблюдения за больным – согласно представленной «Истории развития новорожденного»: 25, 26, 27 декабря 1999 г. осмотр новорождённого С. лечащим врачом либо дежурным врачом не производился;

- обследование новорождённого проводилось не в полном объёме в течение всего периода лечения: не измерялась масса тела, не производилось регулярное измерение диуреза

¹ Уголовное дело № 9016143 по обвинению К.- М.

(количества выделенной мочи), температуры тела, с 23 по 28 декабря не производилось измерение числа дыханий, сердцебиений; не проведены лабораторные анализы мочи, кала, биохимическое исследование крови;

- при лечении новорожденного С. имело место *необоснованное назначение лекарственного препарата – коргликона, превышение доз аскорбиновой кислоты, назначение без лабораторного контроля гемостатических средств, большого количества электролитов, необоснованное одновременное назначение нескольких гемостатических средств (викасола, дицинона, глюконата кальция, аминокaproновой кислоты), проведение инфузионной терапии без учёта величины диуреза, массы тела, необоснованное одновременное внутривенное назначение антибактериальных препаратов пенициллина и ампициллина, необоснованные переливания крови;*

- в «истории развития новорожденного» отсутствует лист назначений, *отсутствуют чёткие даты назначения и отмены лекарственных препаратов*, отсутствует заключительный клинический диагноз.

Указанные выше дефекты наблюдения, обследования и лечения способствовали ухудшению состояния больного, могли привести к развитию грубых нарушений обменных процессов и осложнений, повлекших смерть новорождённого».

В целом, механизм развития патологического процесса включает в себя этапы, последовательно сменяющие друг друга, «каждый из которых, – как справедливо отмечает И.Г. Вермель, – является причиной по отношению к последующему и следствием по отношению к предыдущему»¹.

Таким образом, все этапы патогенеза (либо танатогенеза) должны находиться в причинной связи и, наделяя один из этапов статусом главного, послужившего самой причиной, не корректно рассматривать его в отрыве от остальных.

Думается, что о прямой причинной связи между первым и последним элементами патологической цепи не может идти речь, если имеется цепочка причин и следствий в виде процессов патогенеза и танатогенеза, закончившихся смертью. Только при быстро наступившей смерти можно говорить о прямой причинной связи дефекта (повреждения) со смертью. Соответственно и ставить вопрос о *прямой* причинной связи дефекта со смертью не всегда имеет смысл. А как быть с ответственностью? Ответственность, на наш взгляд, должна наступать, если цепная реакция процессов, ухудшающих состояние пациента, началась после дефекта оказания МП, если не были приняты своевременные и адекватные меры по исправлению ситуации, если случай относится к условно управляемым, т.е. имелась возможность благоприятного исхода в случае оказания надлежащей МП.

Как показало исследование, экспертные выводы часто не вполне определённы, усложнены многофакторностью влияния на неблагоприятный исход: «Смертельный исход заболевания был обусловлен рядом причин, из которых основными следует считать как характер и тяжесть течения патологического процесса, так и дефекты МП, допущенные на догоспитальном этапе, несвоевременную госпитализацию в стационар, а также недостатки диагностики и лечения в стационаре». Еще более усложнённый вариант: «Смертельный исход заболевания был обусловлен рядом причин, из которых основными следует считать как характер и тяжесть течения патологического процесса, так и дефекты оказания МП, в сочетании с несвоевременным обращением пациента за медицинской помощью, самостоятельным лечением в течение нескольких дней от начала заболевания»². В таком конгломерате факторов и причин сложно уяснить, каково же соотношение объективных, не зависящих от медиков, и субъективных причин неблагоприятного исхода (и их соответствующая дифференциация), что напрямую влияет на решение вопроса о мере и видах ответственности медиков.

Подобные выводы требуют, на наш взгляд, дополнительных обоснований для уяснения вклада различных причин в неблагоприятный исход, прогноза медицинских мероприятий на каждом этапе течения патологического процесса, степени их риска, особенностей течения

¹ Вермель, И.Г. Формулирование и обоснование выводов судебно-медицинского эксперта о причине смерти: Текст лекций / И.Г. Вермель. – Екатеринбург, 1997. – С. 9 –10.

² Фрагменты экспертиз, проведённых до введения новых Правил установления вреда, причиненного здоровью человека.

болезни (травмы) у данного пациента и др.

Необходимо отметить, что детализации причинно-следственной цепи патологических процессов, зачастую, мешает недостаток информации, обусловленный неполнотой заполнения медицинских документов, либо их отсутствием. Так, заполнение наркозных карт и карт интенсивной терапии при быстрой смене клинических ситуаций нередко выполняется ретроспективно, и существует возможность сокрытия определённых неправильных действий, исправлений и даже замены (полной или частичной) карт. И.В. Тимофеев, упоминая об имеющихся случаях исправлений и даже замены карт, приводит пример, когда больному с острой сердечной недостаточностью было перелито 1,5 литра крови, а спустя несколько минут произошла остановка сердца. Если факт переливания крови не будет отражён в истории болезни, то данная ошибочная процедура, приведшая к фатальному увеличению нагрузки на сердце, не войдёт в предмет исследования патологоанатома, экспертов. Соответственно, не будут установлены тип терминального состояния и непосредственная причина смерти¹.

Говоря о правовой оценке экспертизы, нельзя не коснуться вопроса о экспертных ошибках. И.М. Каплунов выделяет три класса экспертных ошибок: процессуального, познавательного и деятельного характера. Р.С. Белкин предложил деление на ошибки процессуального характера, гносеологические и деятельностные (операционные)². Причины экспертных ошибок могут быть объективными, т.е. не зависящими от эксперта как субъекта экспертного исследования, и субъективными, коренящимися в образе мышления и (или) действиях эксперта. К объективным причинам Р.С. Белкин отнёс: отсутствие разработанной методики экспертного исследования; её несовершенство; применение ошибочно рекомендованных методов и др.³ Применительно к рассматриваемой категории СМЭ можно констатировать отсутствие методики для их проведения. Можно говорить лишь о наличии некоторых рекомендаций общего характера, о чём шла речь выше.

Принято считать, что операционные или технические ошибки возможны в тех видах судебно-медицинской экспертизы, где исследование сопровождается различными манипуляциями с объектом по определённым методикам. На наш взгляд, к такому же виду ошибок в рассматриваемом виде СМЭ можно отнести и неумышленную подмену, перепутывание объектов гистологических и иных исследований, действия с некачественными или просроченными реактивами и другие. Зачастую обнаруживается, что в качестве объектов исследования СМЭ выступают только описания в медицинских документах произведённых исследований (УЗИ, рентген, гистология), а первичные материалы отсутствуют, либо результаты специальных исследований не находят отражения в исследовательской части заключения либо в выводах. Чаще всего, экспертные ошибки проявляются в комплексе, что влечёт неполноту и необоснованность экспертного заключения.

Среди причин экспертных ошибок, условно называемых субъективными, ряд исследователей указывают профессиональную некомпетентность и упущения экспертов; характерологические черты личности; влияние материалов дела, в том числе предшествующей экспертизы, руководителя экспертного учреждения (в т.ч. на руководителя со стороны органа исполнительной власти субъекта РФ в области здравоохранения), участников процесса; логические дефекты умозаключений и др.⁴

По результатам проведённого исследования установлено, что профессиональные показатели всех членов комиссий были достаточно высокие: все эксперты имели стаж экспертной работы 15-30 и более лет, высшую квалификационную категорию, а некоторые - и учёную степень. Что же касается личностных качеств, то данный вопрос остаётся самым сложным для изучения, и связан с проблемой обеспечения их независимости. О многом говорят высказанные экспертами при опросе рекомендации назначать экспертизу по «врачебным» делам в

¹ Тимофеев, И.В. Патология лечения / И.В. Тимофеев. – М., 1998. – С. 62.

² Каплунов, И.М. К вопросу о причинах экспертных ошибок. – С. 96: Белкин, Р.С. Теория доказывания в уголовном судопроизводстве. – М., 2005. – С. 339-342; Аверьянова, Т.В. Судебная экспертиза. Курс общей теории / Т.В. Аверьянова. – М., 2007. – С. 475.

³ Аверьянова, Т.В. Судебная экспертиза. Курс общей теории / Т.В. Аверьянова. – М., 2007. – С. 476.; Белкин, Р.С. Курс криминалистики. – М., 2001. – С. 473.

⁴ Белкин, Р.С. Курс криминалистики. – М., 2001. – С. 473.

другом регионе (!!!), а также обнаруженные прямо противоположные конечным выводам комиссии выводы, сделанные при самостоятельном исследовании отдельными экспертами и не отражённые в официальных заключениях, которым даже придуман экспертный термин-сленг - «ноу-хау». На вопрос, кто же препятствует включению этих выводов в итоговое заключение, вряд ли будет получен искренний ответ. Можно предполагать корпоративную заинтересованность, не исключаем и коррумпированность, коснувшуюся многих сфер деятельности нашего государства, в первую очередь, на уровне субъекта.

Поэтому считаем крайне важным решение на уровне Федерации о выделении судебно-медицинских экспертных учреждений из ведения органов управления здравоохранением субъектов и формирования единой структуры Федерального подчинения. Инициативным моментом могут служить неадекватные и, порой, незаконные кадровые назначения руководителей судебно-медицинских экспертных учреждений, в ряде субъектов произошедшие в 2009 году (например, в Тюмени, Красноярске).

Оценка экспертного заключения включает методические и процессуальные средства. К первым относятся:

- ознакомление с научной и специальной литературой;
- личный опыт оценки определенных видов экспертиз;
- консультации у специалистов.

Процессуальными средствами являются:

- допросы экспертов;
- назначение дополнительной экспертизы;
- назначение повторной экспертизы;
- допросы специалистов;
- заключения специалистов.

Одним из процессуальных способов восполнения информационного вакуума, уяснения смысла специальной медицинской терминологии, которой наполнены объекты СМЭ, служит возможность проведения допросов экспертов, по результатам которых необходимо решить вопрос о необходимости назначения повторной СМЭ. Не следует забывать о существовании принципиального положения в судопроизводстве (и уголовном, и гражданском) о том, что ни одно их доказательств не имеет заранее установленной силы. Поэтому не следует соглашаться с вызывающим сомнение экспертным заключением, а искать причины противоречия описательной и резолютивной частей, либо его выводов другим материалам дела.

По данным нашего исследования, правоприменители, в целом, слабо используют процессуальные средства для проверки научной обоснованности и других требований к экспертным заключениям по делам данной категории, хотя в противоречия и необоснованность экспертных заключений наблюдалась – факт распространённый. Основным процессуальным средством проверки научной обоснованности экспертного заключения на практике является назначение повторных экспертиз.

Так, по делу № 6078645 о причинении в родах тяжкого вреда здоровью Ф. были проведены три судебно-медицинских экспертизы в двух региональных бюро СМЭ, после чего выносились отказные процессуальные решения. Выводы экспертов сводились к многофакторности неблагоприятного исхода родов (причём акцент ставился на внутриутробном поражении плода, чего в действительности не было), отсутствие упущений в действиях медиков и невозможности установления тяжести вреда здоровью ребёнку. После последнего возобновления расследования выявлены новые обстоятельства: не соответствуют действительности записи в истории родов, выполненные врачом акушером-гинекологом М. о произведённом им осмотре роженицы, прослушивании сердцебиения плода, вскрытии плодного пузыря, цвете излившихся вод, рождении ребёнка в 20 час. 30 мин. с оценкой по шкале Апгар 2 балла¹.

Комиссия четвёртой СМЭ, назначенной в Российском центре судебно-медицинской экспертизы, пришла к следующим выводам: «У Ф. в течение беременности ... фетоплацентарная недостаточность была в компенсированной форме, которая не может привести к серьёзной патологии

¹ Архив Богучанского РОВД Красноярского края.

центральной нервной системы плода. О хорошем внутриутробном развитии плода говорят также его ростовесовые показатели.

При оказании специализированной МП были допущены ряд дефектов организационного и тактического характера: при поступлении в родильное отделение беременной Ф. не было проведено ультразвуковое исследование, в связи, с чем не диагностирован крупный плод; не произведена оценка зрелости плаценты; план родов составлен несвоевременно и неадекватно истинному состоянию роженицы (возраст 40 лет, гестоз – нефропатия); при наличии гестоза на фоне нейроэндокринного синдрома, зрелости плаценты и крупного плода следовало решить вопрос о досрочном родоразрешении путём Кесарева сечения; при крупном плоде роды должен был вести врач-гинеколог; пособие при высвобождении плечиков можно было, в крайнем случае, оказать более щадящим способом, в частности, рассечением ключицы плода, при котором травмы шейного отдела позвоночника можно было бы избежать».

Таким образом, заключения судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с дефектами оказания МП, имеют на практике решающее значение в доказывании. Как показывает практика, для объективной оценки медицинских мероприятий ведущую роль играет не столько уровень квалификации, сколько реальная независимость экспертов от той системы, в рамках которой произошел конфликт, независимо от процессуального способа его разрешения. Поскольку учреждение здравоохранения, где имел место неблагоприятный исход, и эксперты принадлежат, как правило, к одному территориальному ведомству здравоохранения, для обеспечения реальной независимости экспертов целесообразно назначение экспертизы специалистам другого региона либо независимым экспертным организациям. Следует помнить, что правовая оценка экспертного заключения является компетенцией и прерогативой следователя и суда. Поэтому при малейшем сомнении в беспристрастности экспертного заключения следует максимально использовать процессуальные средства проверки, назначать повторную экспертизу в другом регионе. Проблема оценки качества МП имеет много достаточно сложных и не разработанных в полной мере юридических аспектов, теоретический анализ которых представляет большой интерес для исследователей.

Контрольные вопросы:

- 1. Назовите типичные задачи и вопросы комиссионной судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.*
- 2. Включается ли в понятие «вред здоровью» заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды?*
- 3. Каковы структура и содержание экспертного заключения?*
- 4. Каковы методические и процессуальные средства правовой оценки экспертных заключений?*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной специальной литературе существуют лишь рекомендации общего характера по методике проведения экспертных исследований по делам рассматриваемой категории, где перечисляются права пациента, классификатор наиболее частых дефектов оказания помощи и необходимость изложения заключения литературным языком, понятным лицам, не имеющим специальных знаний в медицине.¹ Попытки реализации общих законодательных требований к проведению и оформлению исследовательской части и выводов экспертных заключений по делам данной категории вызывают серьёзные сложности в силу ряда особенностей указанного вида экспертиз:

1. Стандарты диагностики и лечения утверждены не по всем заболеваниям, к тому же они рассчитаны на среднестатистического пациента, без учёта особенностей конкретных условий и возможного уровня оказания МП.
2. Универсальные методы исследования, применяемые для экспертной оценки качества МП, не отличаются большим разнообразием (в основном это наблюдение, мысленное моделирование и аналогия), и, как показывает практика, дают часто приблизительные и даже взаимоисключающие результаты оценки. Отсюда возникает проблема оценки достоверности экспертного заключения.
3. Особенности экспертных задач, относящихся, как правило, к сложным диагностическим (составным), т.е. необходимо исследование многофакторности влияния на неблагоприятный исход различных субъективных (зависимых от медицинских работников) и объективных факторов (зависимых от пациента и от условий), поэтому выводы чаще всего носят вероятный, предположительный характер. К таким факторам относятся: сниженный иммунитет, наличие очагов хронической инфекции, несоблюдение потерпевшим режима, невыполнение назначенного лечения и др.

В связи с этим можно предложить некоторые направления и рекомендации, связанные с повышением объективности исследований, которые можно будет использовать в организации проведения указанных экспертиз и будущей методике.

1) Создание кадастра (перечня) и шкалы опасности дефектов оказания медицинской помощи на основе имеющихся классификаций по областям медицины и этапам оказания медицинской помощи. В них предусмотреть виды дефектов, причинно связанные с вредом здоровью, возникновение которых обусловлено небрежным отношением к профессиональным обязанностям или медицинским невежеством (к ним, на наш взгляд, необходимо отнести грубое несоблюдение правил асептики и антисептики, технологии вмешательств, например, оставление в операционном поле инструментов, перевязочного материала; травматические повреждения соседних с оперируемыми внутренними органами и т.п.). Вывод по вопросу о причинной связи в этом случае, на наш взгляд, должен быть категорическим, поскольку подобные дефекты являются причиной, а не условием для возникновения неблагоприятного исхода, даже если имелись другие объективные (отягощающие) факторы. Для менее опасных дефектов (неполное заполнение медицинской документации, неполнота обследования при правильной диагностике ведущей патологии) указанные объективные (отягощающие) факторы могут быть более значимы. В этом случае вывод о причинной связи может быть вероятностным, где допущенные дефекты и отягощающие факторы могут сыграть паритетную роль в неблагоприятном исходе либо преобладать какой-то из них.

В данном перечне целесообразно предусмотреть те, которые требуют доказывания преимущественно следственным, а не экспертным путем факта допущения дефекта ввиду очевидности его последствий (например, установленный факт оставления в оперируемой полости инструментов, перевязочного материала, приведший к затяжному патологическому процессу).

2) При установлении непрямой причинной связи между неблагоприятным исходом и

¹ Например, методические рекомендации для подразделений ТФОМС по защите прав застрахованных, по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных к судебному разбирательству: Приказ ФОМС от 11.10.2002 № 48 // КонсультантПлюс: ЭкспертПриложение.

дефектами МП, то есть когда дефекты не сами по себе, а в сочетании с другими (объективными) факторами могли способствовать неблагоприятному исходу, необходимо определять значимость (влияние) каждого фактора со ссылками на статистические научные данные с указанием реквизитов источников.

3) Преодолевать стереотип «автономности» процедуры экспертизы от присутствия лица, в производстве которого находится дело. Причём, этот стереотип необходимо изменять, начиная с этапа, так называемых, служебных (допроцессуальных) проверок, вплоть до участия следователя (прокурора) в заседаниях клинично-анатомических конференций. Это даст возможность вникнуть в сущность конфликта, оценить условия проведения медицинских мероприятий, лучше познать механизм ятрогенного посягательства.

4) Необходимо приобщать к экспертному заключению в качестве приложений цветные снимки гистологических, иных исследований пациента и другие средства объективной регистрации с соответствующими знаковыми и текстовыми пояснениями, сравнительные образцы нормы (патологии) из альбомов по морфологии тканей, сосудов, клеток. При этом считаем необходимым наличие подробных ссылок на конкретные научные источники и нормативные документы с указанием их реквизитов. Именно здесь обнаруживается преимущество перед исследованиями других структур человека – психологической и мировоззренческой, которые труднее «увидеть», зафиксировать.

При наличии снимков рентгеновских, ультразвуковых, других исследований и средств объективной регистрации необходимо включать их в число объектов экспертного исследования. Иногда эти документы находятся на руках у пациента или их родственников, следователи не принимают мер для приобщения их к материалам дела, а эксперты не проявляют инициативы по их истребованию, изучению, полностью полагаясь на предыдущие результаты их исследования. В этих случаях теряется смысл экспертного исследования, происходит механический перенос результатов предыдущих исследований в текст исследовательской части экспертного заключения, нарушается требование объективности экспертизы и может повлечь неверные выводы.

Полагаем, что необходимо включить в число обязательных требований предоставления в качестве объектов СМЭ материальных носителей всех предыдущих исследований, проводимых пациенту, а при их отсутствии – выяснение причин и документальное подтверждение причин невозможности предоставления объектов. Это один из путей достижения требований объективности и достоверности судебно-медицинских экспертных заключений. Соответственно, необходимо добиваться того, чтобы специализация и компетенция экспертов соответствовали сущности медицинского происшествия, чтобы стала возможной и достижимой цель объективной проверки ранее проведённых исследований. Данный законодательный пробел необходимо восполнить в подзаконном нормативном акте.

5) Использовать при формировании и обосновании выводов критерии оценки качества МП: своевременность, адекватность, обоснованность, полнота, удовлетворенность пациента с учётом объективных условий оказания МП конкретному пациенту. Исследование проводить отдельно по каждому из обозначенных вопросов, поставленных на разрешение. При этом недостаточно раздельное исследование представленных документов и гистологических архивов, обязательна стадия сравнительного исследования, где соотносятся данные нескольких сравниваемых объектов. Недопустимо объединение ответов на вопросы в формулируемых выводах.

6) Включить в качестве приложения к методике в систематизированном виде подзаконные нормативные акты, содержащие стандарты, правила оказания МП, освободив лиц, назначающих экспертизу от необходимости их поиска.

С учётом тенденции к росту числа правонарушений в сфере медицинской деятельности необходима дальнейшая серьёзная проработка вопросов научной обоснованности и достоверности комиссионных СМЭ, их соответствия законодательным требованиям.

Краткие рекомендации по улучшению качества расследования сводятся к следующему.

1. Уяснять содержание медицинской документации, не пытаясь «оправдать» себя не-

компетентностью в вопросах медицины. В противном случае это приведёт к манипулированию следователем (дознавателем) всеми заинтересованными (прямо или косвенно) в исходе дела медиками, оставит незамеченными факты утраты, фальсификации или уничтожения документов, связанных с оказанием помощи потерпевшему.

2. Выемку и осмотр медицинской документации проводить незамедлительно с участием сначала специалиста-криминалиста, затем – незаинтересованного врача-специалиста, сочетая визуальные методы осмотра с использованием технико-криминалистических средств оптического увеличения и ультрафиолетового освещения с логическим анализом текста. При обнаружении признаков фальсификации документов назначить ТКЭД.

3. Выявить и допросить в нужной последовательности всех свидетелей. Использовать информацию, которой располагают пациенты, находившиеся в стационаре одновременно с потерпевшим.

4. Не пренебрегать обязанностью субъекта доказывания проводить правовую оценку комиссионной СМЭ. Активно использовать процессуальные и методические средства проверки экспертных заключений.

Официальные документальные материалы

1. Уголовный кодекс Российской Федерации (по состоянию на 10 февраля 2008 г.). – М.: Проспект, 2008.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (по состоянию на 10 февраля 2008 г.). – М.: Проспект, 2008.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 // Ведомости Съезда народных депутатов (СНД) РФ и Верховного Совета (ВС) РФ. 1993. № 33. Ст. 1318; СЗ РФ. 1998. № 10. Ст. 1143; 1999. № 51. Ст. 6289; 2000. № 49. Ст. 4740; 2003. № 2. Ст. 167; № 9. Ст. 805.
4. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (в редакции от 2 апреля 1993 г.) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27. Ст. 920; Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 17. Ст. 602; СЗ РФ. 1994. № 10. Ст. 1108; 2002. № 22. Ст. 2026.
5. О защите прав потребителей: Федеральный Закон // СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 140; 1999. № 51. Ст. 6287; 2002. № 1. Ч.1. Ст. 2.
6. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации: Приказ Минздрава РФ № 363, ФФОМС от 24.10.1996 № 77 (вместе с «Положением о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», «Положением о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации», «Положением о внештатном медицинском эксперте», «Положением об эксперте страховой медицинской организации») // Здравоохранение. – 1997. – № 1.
7. Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования: Методические рекомендации, утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.
8. Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями: Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27.
9. Об утверждении Положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004.
10. Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы: Приказ Минздрава России от 24.04.2003 № 161.
11. О мерах по совершенствованию судебно-медицинской экспертизы: Приказ Минздрава РФ от 22.04.1998 № 131.
12. О скорой психиатрической помощи: Приказ Минздрава РФ от 08.04.1998 № 108.
13. О порядке проведения патологоанатомических вскрытий: Приказ Минздравмедпрома РФ от 29.04.1994 № 82.
14. О применении медицинской стерилизации граждан: Приказ Минздрава РФ от 28.12.1993 № 303.
15. Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности: Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2002 г. № 499.
16. Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2007. – № 35. – Ст. 4308.
17. Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 24.04.2008 № 194н.
18. О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья : Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.04.1994 № 3.
19. Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. № КАС 04-451.
20. О порядке проведения медицинских операций: Постановление СНК СССР от 15.09.1937 // Сб. орг.-метод. мат. по суд.-мед. экспертизе. – М., 1960. –

21. По проведению судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с жалобами родственников на неправильную диагностику и лечение: Методические указания главного судебно-медицинского эксперта МЗ РФ. – М., 1992. –
22. Свод законов Российской империи повелением государя императора Николая I. Т. 13. – СПб.: Типография Второго Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1857. –
23. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 г. Издано проф. императ. училища правоведения, почет. чл. ун-та св. Владимира Н.С. Таганцевым. – СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1886. –
24. Аверьянова, Т.В. Судебная экспертиза. Курс общей теории / Т.В. Аверьянова. – М.: Норма, 2007. –
25. Акопов, В.И. Право в медицине: учебное пособие / В.И.Акопов, Е.Н. Маслов. – М.: Книга-сервис, 2002. –
26. Артюхов, И.П. Правовое обеспечение профессиональной и служебной деятельности медицинских работников и их юридическая ответственность: учебно-методическое пособие для системы послевузовской подготовки врачей / И. П. Артюхов, К. А. Виноградов, Н. Г. Зайцев. – Красноярск: КрасГМА, 2003. –
27. Белкин, Р.С. Теория доказывания в уголовном судопроизводстве. – М.: Норма, 2005. –
28. Белкин, Р.С. Курс криминалистики. – М.: Норма, 2001. –
29. Балло, А.М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред: учебное пособие / А.М. Балло, А.А. Балло. – СПб.: БиС, 2001. –
30. Большой медицинский энциклопедический словарь. – М.: Эксмо, 2006. –
31. Быховская, О.А. Анализ комиссионных экспертиз по претензиям к оказанию медицинской помощи врачами-гинекологами / О.А. Быховская. – СПб: ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы, 2001. –
32. Витер, В.И. Экспертная и юридическая оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных нарушений медицинских работников / В.И. Витер, А.Р. Поздеев, И.В. Гецманова; под ред. Г.А. Пашиняна. – Ижевск, 2007. –
33. Горбач, И.Н. Медико-терминологический словарь / И.Н. Горбач. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2005. –
34. Гурочкин, Ю.Д. Судебная медицина. Курс лекций / Ю.Д. Гурочкин, В.И. Витер. – М.: Право и закон, 2004. –
35. Гюбнер, Ю.Ю. О повреждениях, причиняемых неправильным и противозаконным лечением / Сб. сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике, издаваемый Медицинским департаментом. Т. 2. – СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1878. – Гл.VII.
36. Зинин, А.М. Судебная экспертиза: учебник / А.М. Зинин, Н.П. Майлис. – М.: Право и закон, 2002. –
37. Колоколов, Г.Р. Комментарии законодательства о медицинском обслуживании населения / Г.Р. Колоколов. – Саратов, 2005. –
38. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / под общ. ред. д. ю. н., Председателя Верховного Суда РФ В.В. Лебедева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма, 2005. –
39. Комментарий к Уголовно-процессуальному Кодексу Российской Федерации / под ред. И.Л. Петрухина: гл. 27. / ред. Ю.К. Орлова. – М.: Юристъ, 2003. –
40. Курс криминалистики. Особенная часть. Т.2 / Отв. ред. В.Е. Корноухов. – М. Юристъ, 2004.–
41. Маркс К. Дебаты о свободе печати и об опубликовании протоколов сословного собрания // К. Маркс, Ф. Энгельс Соч. – 2-е изд. – Т. 1. – С. 30 – 84.
42. Неволин, Н.И. Оценка качества медицинской помощи в аспекте системы информационной защиты судебно-медицинской экспертной деятельности / Н.И. Неволин. – Екатеринбург: Экспертиза, 2004. –
43. Николаева, Г.С. Комплексное руководство для сотрудников правоохранительных органов, органов здравоохранения, юристов, адвокатов, правозащитников: Освидетельствование, медицинское освидетельствование, экспертиза нетрудоспособности, медико-социальная, судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и иная экспертиза. Медико-социальная помощь / Г.С. Николаева и др. – М.: Эксмо, 2007. –
44. Путило, Н.В. Комментарии к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан / Н.В. Путило. – М.: Юридический Дом «Юстицинформ», 2003. –

45. Сальников, В.П. Регламентация медицины в России (историко-правовое исследование) / В.П. Сальников, С.Г. Стеценко; Серия «Право и медицина». – Санкт-Петербургский университет МВД России, Академия права, экономики и безопасности жизнедеятельности. – СПб.: Фонд Университет, 2002. –
46. Сергеев, Ю.Д. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –
47. Сергеев, Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев. – М.-Иваново, 2001. –
48. Судебная практика к Уголовному кодексу Российской Федерации / сост. С.Б. Бородин, И.Н. Иванова; под. общ. ред. В.М. Лебедева. – М.: Спарк, 2005. –
49. Судебная медицина / под ред. чл.-корр. РАМН Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. –
50. Сухарникова, Л.В.. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности / Л.В. Сухарникова. – СПб, 2006. –
51. Тимофеев, И.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты / И.В. Тимофеев, О.В. Леонтьев. – СПб, 2002. –
52. Флоря, В. Врачебные преступления недоказуемы и ненаказуемы? (Медицина и право) / В. Флоря. – Кишинев: Реклама, 2001. –

Статьи в журналах, сборниках научных трудов

53. Баринов, Е.Х. Наличие неблагоприятных исходов в медицинской практике / Е.Х. Баринов и др. // Актуальные вопросы судебной и клинической медицины: Вып. 9. – Ханты-Мансийск, 2007. –
54. Белов, В.А. «Больной» вопрос: гражданские правоотношения с медицинскими организациями / В.А. Белов // Законодательство. – 2003. – № 11.
55. Гуляев, В.А. Методологические основы анализа дефектов в оказании медицинской помощи / В.А. Гуляев, В.В. Филатов, Л.Б. Семкин // Воен. - медиц. журнал. – 2001. – № 4. – С. 16 – 19.
56. Егизарова, С.В. Проблемные вопросы компенсации морального вреда в случаях ненадлежащей медицинской помощи / С.В. Егизарова // Медицинское право. – 2007. – № 1(17). – С. 38 – 41.
57. Зыкова, Н.А. К анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / Н.А. Зыкова, М.С. Ривенсон // Судебно-медицинская экспертиза. – 2000. – № 3. – С. 3 – 6.
58. Канунникова, Л.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки / Л.В. Канунникова, Я.А.Фролов, Е.В.Фролова // Медицинское право. – 2003. – № 2.
59. Кибкало, А.П. Определение понятий «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение / А.П. Кибкало, А.А. Мохов, К.Ю. Салямков // Медицинское право. – 2003. – № 4.
60. Кияс, Г. В жизни врача есть место подвигу / Г. Кияс // Будь здоров. – 2001. – № 11. – С. 70 – 73.
61. Козьминых, Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» / Е. Козьминых // Российская юстиция. – 2002. – № 3.
62. Мохов, А.А. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене / А.А. Мохов, И.Н. Мохова // Эксперт-криминалист. – 2005. – № 0.
63. Мохова, И.Н. К вопросу о понятии «врачебная ошибка» / И.Н. Мохова, А.А. Мохов // Сборник научных трудов по медицине. Вып. 1 / под ред. В.Г.Сапожникова. – Тула, 2002. – С. 77 – 78.
64. Пашиян, Г.А. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов / Г.А. Пашиян, Е.В. Беляева, П.О. Ромодановский // Судебно-медицинский эксперт. – 2000. – № 2. – С. 18.
65. Ромодановский, П.О. Значение исследования нежелательных исходов в медицине / П.О. Ромодановский и др. // Акт. вопр. судебной и клинической медицины. – Ханты-Мансийск, 2007. – Вып. 9.
66. Рыков, В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты / В.А. Рыков // Медицинское право. – 2005. – № 1.
67. Сальников, В.П. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X – XVII вв.) / В.П. Сальников, Стеценко С.Г. // Журнал Российского права. – 2001. № 4. –

С. 143 – 151.

68. Сергеев Ю.Д. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве / Ю.Д. Сергеев, И.Г. Ломакина, Л.В. Канунникова // Медицинское право.– 2005. – № 4.
69. Стеценко, С.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике учреждений здравоохранения: правовые аспекты/ С.Г. Стеценко // Юрист. – М., 2004. – № 2. – С. 44 – 47.
70. Томилин, В.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения России / В.В. Томилин, Ю.И. Соседко // Суд.-мед. эксперт. 2000. – № 1. – С. 3 – 7.
71. Энциклопедический словарь. – СПб.: Изд. Ф.А. Брокгауз, И.А. Эфронъ, 1892. Т. VII.

СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ и СОКРАЩЕНИЙ

- D=S** – равенство между правой (dexter) и левой (sinister) стороной (например, при оценке рефлексов).
- Абсцесс подапоневротический** – ограниченный процесс нагноения под сухожильной оболочкой.
- Акроцианоз** – синюшный цвет кожных покровов лица (как правило, речь идёт о носогубном треугольнике), слизистых оболочек, пальцев рук и ног, обусловленный недостаточным насыщением крови кислородом.
- Альвеолоциты десквамированные** – физиологическое или патологическое слущивание эпителиальных клеток альвеол.
- Амниоцентез** – пункция плодного пузыря, применяется для получения и дальнейшего исследования околоплодных вод.
- Ангиоматоз, ангиома** – сосудистое перерождение, доброкачественная опухоль из сосудов.
- Аневризма** – расширение просвета кровеносного сосуда или полости сердца вследствие патологических изменений стенок или аномалии развития.
- Анизокория** – неравенство зрачков, возникающее при нарушении вегетативной иннервации зрачковых мышц или патологическом состоянии светопроводящих систем и радужки глаза.
- Апоневроз** – сухожилие.
- Аспирация** – попадание инородных тел, сыпучих веществ или жидкости в дыхательные пути (трахею, бронхи).
- Вазоспазм** – спазм сосудов.
- Вазотомия** – вскрытие (рассечение) сосуда.
- Вмешательства** – группа медицинских мероприятий, заключающихся в непосредственном проникновении во внутренние органы пациента.
- ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения.
- Гемолиз** – разрушение эритроцитов с выходом гемоглобина в окружающую эритроциты среду.
- Гемопозз** – кроветворение – процесс, заключающийся в серии клеточных дифференцировок, в результате которых образуются зрелые клетки крови.
- Гемостаз** – комплекс реакций организма, направленных на предупреждение и остановку кровотечения.
- Дефект оказания медицинской помощи** – ненадлежащее качество оказания МП, т.е. некачественное осуществление диагностики, лечения больного, организации МП, которые привели или могли привести к отрицательным последствиям в состоянии здоровья больного. Дефекты оказания МП предшествуют ятрогениям и соотносятся с ними как факт нарушения правил оказания МП и его неблагоприятные последствия.
- Дискоординация** – расстройство координации.
- Дистрофия зернистая и гидропическая эпителия извитых канальцев** – общий патологический процесс, характеризующий патоморфологические изменения в ткани почки.
- ДНХО** – детское нейрохирургическое отделение.
- Дренаж эпицистостомический (эпицистостома)** – дренирование мочевого пузыря.
- Знаки менингеальные** – клинические признаки раздражения мозговых оболочек (к ним относятся ригидность затылочных мышц, симптом Кернига – тоническое напряжение мышц-сгибателей тазобедренных и коленных суставов и т.д.).
- Знаки стопные патологические** – патологические неврологические симптомы.

ИБС – ишемическая болезнь сердца – группа заболеваний, в основе которых лежит нарушение кровоснабжения сердечной мышцы. Различают острую (ОИБС) и хроническую формы (ХИБС).

Илеотрансферзоанастомоз – кишечный анастомоз между петлями подвздошной и поперечно-ободочной кишки.

Инфаркт миокарда (ИМ) – участок сердца, подвергшийся некрозу (омертвению) вследствие прекращения его кровоснабжения, вариант острой ишемической болезни сердца.

Инфаркт миокарда трансмуральный – инфаркт, охватывающий всю толщину сердечной мышцы.

Клетки Пуркинье – клетки проводящих путей.

Коагулограмма – графическое изображение или цифровое выражение результатов исследования свертывающей системы крови.

Коксартроз – деформирующий артроз тазобедренного сустава, характеризуется прогрессирующим течением и нарушением статодинамической функции опорно-двигательного аппарата.

Конкременты – плотные каменистые образования, встречающиеся в организме человека и животного (полостях или протоках).

Кровоизлияния перивазальные – кровоизлияния вокруг сосудов.

КТ головы – компьютерная томография головы (головного мозга), лучевая диагностика, метод прижизненной визуализации головного мозга, внутричерепных пространств, а также костей и мягких покровов.

Лаваж – промывание.

Лагофталм – невозможность полного смыкания век.

Лизис красной крови – разложение, растворение, распад эритроцитов (см. гемолиз).

Лобэктомия – удаление доли органа.

Макрогематурия – большое содержание эритроцитов (клеток красной крови) в моче.

Мальформация – см. аневризма. Употребляется в случаях обнаружения множественных аневризм в сочетании с признаками ангиоматоза.

Манипуляции – группа медицинских мероприятий, выполняемых путём воздействия рук на какую-либо часть тела человека с целью достижения лечебного эффекта или получение диагностических данных.

Мелена – чёрный кал, указывает на наличие кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта.

Микроирригатор – малый дренаж.

МП – медицинская помощь.

Нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу (ОНМК по геморрагическому типу) – очаговое нарушение мозгового кровообращения вследствие кровоизлияния.

Нистагм – произвольные ритмические двухфазные (с быстрой и медленной фазами) движения глазных яблок.

Обтурация – закрытие (закупорка) просвета.

Озена – хроническое заболевание полости носа с резкой атрофией слизистой оболочки, образованием густых выделений, ссыхающихся в зловонные корки, истончением костной ткани раковин и стенок носа.

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения – инсульт (геморрагический или ишемический).

Осификация – окостенение.

Отделы конечностей дистальные – наиболее отдалённые от туловища отделы конечностей.

Отек нейропиля – отек мозгового вещества.

Оттенок иктеричный – желтушный цвет.

Паренхима – структурно-функциональный элемент органа, выполняющий его назначение (например, для печени – это гепатоциты).

Пиальные вены и артерии – сосуды головного мозга.

Процедуры – группа медицинских мероприятий, выполняемых, как правило, средним медицинским персоналом (сеансы физиотерапии, уход за телом, способы введения лекарственных средств).

ПХО – первичная хирургическая обработка.

Расстройства бульбарные – нарушение функций продолговатого мозга либо отдельных его образований.

Реакция идиосинкразическая – своеобразная, особенная реакция организма, похожая по своим клиническим проявлениям на аллергическую и т.д.

Реакция Нонне-Аппельта положительная – применяется при исследовании ликвора.

Реакция Панди положительная – применяется при исследовании ликвора.

Рефлекс корнеальный – раздражение роговицы, вызывающее смыкание век, отклонение глазных яблок кверху.

Рефлекс окуловестибулярный – движение глазных яблок в сторону, противоположную повороту головы.

Рефлексы сухожильные – рефлексы, вызываемые с верхних и нижних конечностей.

Свищ – патологический ход, образовавшийся между тканями и органами.

Сглаженность рельефа борозд и извилин конвекситальной поверхности – рисунок поверхности головного мозга, обращённого к своду черепа, свидетельствующий о наличии отёка (набухания).

Секвестрация – отторжение некротизированной ткани через свищи.

Симптом Кернига 170° – тоническое напряжение мышц-сгибателей тазобедренных и коленных суставов 170 градусов.

Синдром – комбинация (группа) симптомов.

Синдром адреногенитальный – группа наследственных болезней, в основе которых лежит недостаточность ферментов на различных уровнях синтеза стероидных гормонов коры надпочечников (кортизола, альдостерона).

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) – нарушение гемостаза с образованием множества микротромбов и т.д.

СМЭ – судебно-медицинская экспертиза.

Сопор – глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители.

Сосуды анастомозирующие – прямое соединение между сосудами (артериями, артериолами, венами венулами) минуя капиллярную сеть.

Стигм дисэмбриогенеза – расстройство развития зародыша.

Струп – подсохшая отторгающаяся корочка, прикрывающая воспалительный процесс

Тракт билиарный – желчевыводящие пути.

Тромбоз мезентериальный – образование тромбов в системе брыжеечных сосудов (артерий).

Тубэктомия – оперативное удаление маточных труб.

ТЭЛА – тромбоэмболия легочных артерий.

Фон гемоагуляционный – набор признаков (симптомов) оказывающих влияние на свертывающую систему крови.

Фотореакция – реакция зрачков на свет.

Холангит – воспаление внутрипечёночных желчных протоков.

Холедох – общий желчный проток.

Холецистит калькулёзный – воспаление желчного пузыря на фоне желчнокаменной болезни, имеющая в основе нарушения общего обмена веществ, образования камней – как следствие этих нарушений.

Хориальная ткань – ткань зародыша.

ЦВД – центральное венозное давление.

Цистостома – наличие специальной трубки в полости мочевого пузыря, введённой через операционный разрез.

Цитоз – наличие клеток белой крови в цереброспинальной жидкости (ликворе). Признак воспалительного процесса.

ЧМТ – черепно-мозговая травма.

Шкала Глазго-Питсбурга – способ количественной оценки нарушения сознания при ЧМТ.

Шок гиповолемический – шок, который возникает при резком снижении объёма циркулирующей крови в организме.

Эклампсия – состояние беременной женщины, возникающее при поздних токсикозах и характеризующееся наличием судорог с потерей сознания.

Экстубация – удаление специальных трубок из трахеи или бронхов после проведения искусственной вентиляции легких.

Эпизиотомия – проведение дополнительного разреза преддверия влагалища у роженицы в период родов, во избежание разрыва влагалища и промежности.

Эпицистостома – наложение операционного отверстия на мочевой пузырь, с введением трубки в полость мочевого пузыря над лобком.

Эутиреоз – заболевание щитовидной железы.

Ятрогения – неблагоприятные последствия медицинских мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти.

НЕКОТОРЫЕ НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

22 июля 1993 года

№ 5487-1

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации, признавая основополагающую роль охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества и подтверждая ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, стремясь к совершенствованию правового регулирования и закрепляя приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья, настоящие Основы устанавливают правовые, организационные и экономические принципы в области охраны здоровья граждан.

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Охрана здоровья граждан

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации, Конституциями (уставами) субъектов Российской Федерации.

Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан

Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации и Конституций (уставов) субъектов Российской Федерации, настоящих Основ, иных федеральных законов и федеральных нормативных правовых актов, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Настоящие Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и органов местного самоуправления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Законы субъектов Российской Федерации, нормативные правовые акты органов местного самоуправления не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья, установленные настоящими Основами.

Статья 4. Задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

Задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

- 1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, субъектов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;
- 2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- 3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;
- 4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной поддержки.

Раздел II. ПОЛНОМОЧИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 5. Полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан

К полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относятся следующие полномочия:

- 1) принятие и изменение федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;
- 2) регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан;
- 3) установление и проведение единой государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- 4) организация оказания специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;
- 5) организация оказания медицинской помощи, предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан Российской Федерации, в том числе формирование государственного задания на оказание этой помощи в медицинских организациях в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
- 6) формирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
- 7) управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- 8) организация обеспечения донорской кровью и ее компонентами, лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами федеральных организаций здравоохранения;
- 9) организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- 10) организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;
- 11) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;
- 12) обеспечение единой технической политики в области фармацевтической и медицинской промышленности, утверждение государственных стандартов Российской Федерации, технических условий на продукцию медицинского назначения, организация надзора за их соблюдением;
- 13) установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения;
- 14) подтверждение соответствия (регистрация, испытание и разрешение применения) лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических средств, психотропных веществ, контроль за их производством, оборотом и за порядком их использования; подтверждение соответствия продукции, работ и услуг;
- 15) организация и осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, качества лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических средств, психотропных веществ, качества донорской крови и ее компонентов установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля, переданного в соответствии с частью первой статьи 5.1. настоящих Основ для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации);
- 16) разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования;
- 17) установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;
- 18) разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении и номенклатуры организаций здравоохранения;
- 19) координация деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, иных хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья граждан; охрана здоровья семьи (охрана материнства, отцовства и детства);
- 20) установление порядка организации и производства медицинских экспертиз;
- 21) лицензирование отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения, за исключением лицензирования видов деятельности, переданного в соответствии с частью первой статьи 5.1. настоящих Основ для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации;
- 22) установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
- 23) координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан;
- 24) международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области охраны здоровья граждан;

- 25) выдача разрешений на применение новых медицинских технологий, включая новые методы профилактики, диагностики и лечения;
- 26) ведение федеральных баз данных и иных информационных ресурсов в области охраны здоровья граждан;
- 27) медико-санитарное обеспечение работников организаций, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда;
- 28) медико-санитарное обеспечение населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий.

Статья 5.1. Полномочия Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

К полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относятся следующие полномочия:

- 1) осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения);
- 2) лицензирование следующих видов деятельности:
 - медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи);
 - фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения);
 - деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения).

Средства на осуществление переданных в соответствии с частью первой настоящей статьи полномочий предусматриваются в виде субвенций из федерального бюджета.

Общий объем средств, предусмотренных в Федеральном фонде компенсаций в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных в соответствии с частью первой настоящей статьи полномочий, определяется на основании методики, утвержденной Правительством Российской Федерации, исходя из:

- 1) численности населения;
- 2) количества организаций здравоохранения, контроль за качеством медицинской помощи в которых передан органам государственной власти субъекта Российской Федерации;
- 3) количества аптек, осуществляющих реализацию населению лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических средств, психотропных веществ;
- 4) количества организаций здравоохранения, полномочия по лицензированию медицинской деятельности которых переданы органам государственной власти субъекта Российской Федерации.

Субвенции зачисляются в установленном для исполнения федерального бюджета порядке на счета бюджетов субъектов Российской Федерации.

Средства на осуществление указанных в части первой настоящей статьи полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

В случае использования средств не по целевому назначению федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, вправе осуществить взыскание указанных средств в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения:

- 1) принимает нормативные правовые акты по вопросам осуществления переданных полномочий;
- 2) издает обязательные для исполнения методические указания и инструктивные материалы по осуществлению органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации переданных полномочий;
- 3) согласовывает структуру органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия;
- 4) согласовывает назначение на должность руководителей органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия;
- 5) устанавливает требования к содержанию и формам отчетности, а также к порядку представления отчетности об осуществлении переданных полномочий;
- 6) в случаях, установленных федеральными законами, готовит и вносит для принятия решения в Правительство Российской Федерации предложения об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъекта Российской Федерации.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения:

- 1) осуществляет ведение единого реестра лицензий, в том числе выданных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданными полномочиями, в порядке, установленном

федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;

2) осуществляет контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий с правом направления предписаний об устранении выявленных нарушений, а также о привлечении к ответственности должностных лиц, исполняющих обязанности по осуществлению переданных полномочий.

Высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации):

1) по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, назначает на должность руководителей органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия;

2) утверждает по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, структуру органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия;

3) самостоятельно организует деятельность по осуществлению переданных полномочий в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также нормативными правовыми актами, предусмотренными частью седьмой настоящей статьи;

4) обеспечивает своевременное представление в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, ежеквартального отчета по установленной форме о расходовании предоставленных субвенций, сведений о лицензиях, выданных в соответствии с переданными полномочиями, о достижении целевых прогнозных показателей в случае их установления, экземпляров нормативных правовых актов, принимаемых органами государственной власти субъекта Российской Федерации по вопросам переданных полномочий, а также иной информации, предусмотренной нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Контроль за расходованием средств на осуществление переданных полномочий осуществляется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, Счетной палатой Российской Федерации.

Статья 6. Полномочия органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан

К полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан относятся:

1) принятие законов и иных нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан;

3) разработка, утверждение и реализация региональных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

4) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя программу обязательного медицинского страхования;

5) самостоятельное формирование органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих установленные настоящей статьей полномочия в сфере здравоохранения, установление порядка их организации и деятельности; развитие организаций здравоохранения субъекта Российской Федерации; материально-техническое обеспечение таких организаций;

6) формирование расходов бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение;

7) установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;

8) организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации);

9) организация оказания медицинской помощи, предусмотренной законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан;

10) организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи;

11) обеспечение лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации;

12) организация заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов, безвозмездное обеспечение организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, и муниципальных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами, а также обеспечение за плату иных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами;

13) организация обязательного медицинского страхования неработающего населения;

14) осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранительных мер в соответствии с законодательством Российской Федерации;

15) защита исконной среды обитания и традиционного образа жизни малочисленных этнических общностей;
16) координация деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, иных хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья граждан; охрана здоровья семьи (охрана материнства, отцовства и детства);

17) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

18) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и состояний, представляющих опасность для окружающих.

Органы государственной власти субъекта Российской Федерации имеют право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и осуществлять контроль за их соблюдением.

Статья 8. Полномочия органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан

К полномочиям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов (за исключением территорий, медико-санитарное обеспечение населения которых в соответствии с пунктом 28 статьи 5 настоящих Основ осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан относятся:

1) формирование органов, уполномоченных на осуществление управления муниципальной системой здравоохранения; развитие организаций муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности;

2) организация оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях;

3) организация обеспечения учреждений муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами;

4) создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан;

5) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

6) санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов вправе создать службу неотложной медицинской помощи в структуре медицинских учреждений.

Раздел III. ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статьи 9 - 10. Утратили силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ.

Статья 11. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается проведением государственными органами, органами местного самоуправления, предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями и гражданами гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, муниципальными правовыми актами.

Статья 12. Государственная система здравоохранения

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные федеральным органам исполнительной власти или органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебной-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 13. Муниципальная система здравоохранения

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

Органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере здравоохранения, несут ответственность в пределах своей компетенции.

Статья 14. Частная система здравоохранения

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

Статья 15. Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности

Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Раздел IV. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья

Иностранным гражданам, находящимся на территории Российской Федерации, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок оказания медицинской помощи лицам без гражданства и беженцам устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями через средства массовой информации или непосредственно гражданам.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 20.1. Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь.

В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматриваются условия оказания медицинской помощи, критерии качества и доступности медицинской помощи.

Правительство Российской Федерации утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и рассматривает доклад о ее реализации, ежегодно представляемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи.

Статья 21. Охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности

В целях охраны здоровья граждан, предупреждения инфекционных и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры.

Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) или постоянно признан не пригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается на основании заключения медико-социальной экспертизы в соответствии с перечнем медицинских противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

Перечень медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения и пересматривается не реже одного раза в пять лет.

Работодатели несут ответственность за выделение средств на проведение обязательных и периодических медицинских осмотров работников в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Раздел V. ПРАВА ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 22. Права семьи

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор врача общей практики (семейного врача), который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на меры социальной поддержки в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Статья 23. Права беременных женщин и матерей

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации.

Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 24. Права несовершеннолетних

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, и на условиях, определяемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние - больные наркоманией в возрасте старше 16 лет, иные несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со статьями 32, 33, 34 настоящих Основ.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 25. Права военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту

Военнослужащие имеют право на медицинское освидетельствование для определения годности к военной службе и досрочное увольнение с военной службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.

Граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, проходят медицинское освидетельствование и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы и показаниях на отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на производство независимой медицинской экспертизы в соответствии со статьей 53 настоящих Основ и (или) обжалование заключений военно-врачебных комиссий в судебном порядке.

Военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на получение медицинской помощи в учреждениях государственной системы здравоохранения.

Порядок организации медицинской помощи военнослужащим устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства обороны Российской Федерации и других федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба. Деятельность медицинских комиссий военных комиссариатов обеспечивают и финансируют Министерство обороны Российской Федерации и другие федеральные органы исполнительной власти.

Статья 29. Права лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи

Лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу,

отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, в том числе беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период, имеют право на получение медицинской помощи в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов.

В местах лишения свободы, где предусматривается совместное содержание матерей и детей в возрасте до одного года, создаются детские ясли с квалифицированным персоналом.

Испытание новых методов диагностики, профилактики и лечения, а также лекарственных средств, проведение биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, не допускаются.

Порядок организации медицинской помощи лицам, задержанным, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы либо административный арест, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти.

Раздел VI. ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьями 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Раздел VII. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ И РЕГУЛИРОВАНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, при наличии письменного согласия супругов (одинокой женщины).

Сведения о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемой врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, врачами, имеющими специальную подготовку.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, а перечень социальных показаний - положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 37. Медицинская стерилизация

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на медицинскую деятельность.

Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Раздел VIII. ГАРАНТИИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ

Статья 37.1. Виды медицинской помощи

Медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Статья 37.2. Финансовое обеспечение медицинской помощи и деятельности медицинских организаций

Оказание медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение деятельности федеральных организаций здравоохранения является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение деятельности организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования.

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Обеспечение первичной медико-санитарной помощью работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, утвержденный в соответствии с пунктом 27 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению работников организаций отдельных отраслей промышленности.

Обеспечение первичной медико-санитарной помощью населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в перечень территорий, утвержденный в соответствии с пунктом 28 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных

федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий.

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи.

Статья 39. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной) гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования.

Обеспечение скорой медицинской помощи работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, утвержденный в соответствии с пунктом 27 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению работников организаций отдельных отраслей промышленности.

Обеспечение скорой медицинской помощью населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в перечень территорий, утвержденный в соответствии с пунктом 28 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий.

Статья 40. Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации) в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях является расходным обязательством Российской Федерации.

Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), в соответствии с настоящими Основами законодательства является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Статья 42. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются меры социальной поддержки, определяемые органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Меры социальной поддержки при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о рекламе.

Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами

Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, и федеральным органом исполнительной власти по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия человека.

Статья 45. Запрещение эвтаназии

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 46. Определение момента смерти человека

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий

устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий

Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патологоанатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Раздел IX. МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевания, травма или иная причина).

В отдельных случаях по решению органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения экспертиза временной нетрудоспособности граждан в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения может быть поручена работнику со средним медицинским образованием.

Статья 50. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза производится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Статья 51. Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, пребывающих в запасе (резерве) Вооруженных Сил Российской Федерации, органов федеральной службы безопасности, и военнослужащих, устанавливает у военнослужащих (граждан, призванных на военные сборы) и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой (прохождением военных сборов), определяет виды, объем, сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

Порядок организации и производства военно-врачебной экспертизы, а также требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, и военнослужащих устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Заключения военно-врачебной экспертизы являются обязательными для исполнения должностными лицами на территории Российской Федерации.

Гражданам предоставляется право на производство независимой военно-врачебной экспертизы в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Заключение учреждения, производившего военно-врачебную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 52. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза производится в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, а при его отсутствии - врачом, привлеченным для производства экспертизы, на основании постановления лица, производящего дознание, следователя или определения суда.

Судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения.

Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации. Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Заключения учреждений, производивших судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы, могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 53. Независимая медицинская экспертиза

При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная статьями 48 и 51 настоящих Основ.

Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации.

При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом.

Раздел X. ПРАВА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой

Частная медицинская практика - это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством)

Народная медицина - это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения.

Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на медицинскую деятельность. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения, выдавшему диплом.

Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения в соответствии со статьей 56 настоящих Основ.

Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений в соответствии со статьей 43 настоящих Основ.

Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается.

Лишение диплома целителя производится по решению органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суд.

Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, - уголовную ответственность.

Статья 58. Лечащий врач

Лечащий врач - это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации, а также врач, занимающийся частной практикой. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней.

Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 59. Врач общей практики (семейный врач)

Врач общей практики (семейный врач) - врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

"Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины".

Клятва врача дается в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

- 1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- 2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;
- 3) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации субъектов Российской Федерации могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Профессиональные медицинские, фармацевтические ассоциации и другие общественные объединения осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 63. Социальная поддержка и правовая защита медицинских и фармацевтических работников

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

- 1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
 - 2) работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
 - 3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;
 - 4) получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;
 - 5) совершенствование профессиональных знаний;
 - 6) переподготовку при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
 - 8) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;
- Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с настоящими Основами федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими ассоциациями.
- Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством Российской Федерации.
- Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.
- Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников муниципальных организаций здравоохранения устанавливаются органами местного самоуправления.

Статья 64. Обязательное страхование медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью

Для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное страхование в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников федеральных специализированных организаций здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются Правительством Российской Федерации. Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников муниципальных организаций здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются органами местного самоуправления.

В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливается Правительством Российской Федерации.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, устанавливается органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников муниципальных организаций здравоохранения устанавливается органами местного самоуправления.

Раздел XI. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Статья 65. Международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан

Сотрудничество Российской Федерации с другими государствами в области охраны здоровья граждан осуществляется на основе международных договоров Российской Федерации.

Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящих Основах, то применяются правила международного договора.

Соглашения, заключаемые в рамках международного сотрудничества в области охраны здоровья граждан, не должны ограничивать права и свободы человека и гражданина в области охраны здоровья, закрепленные настоящими Основами и другими актами законодательства Российской Федерации.

Раздел XII. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН

Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан

В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Ответственность за вред здоровью граждан, причиненный несовершеннолетним или лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным, наступает в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный здоровью граждан в результате загрязнения окружающей природной среды, возмещается государством, юридическим или физическим лицом, причинившим вред, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий

Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждений частной системы здравоохранения, если лечение проводилось в учреждениях частной системы здравоохранения.

Лица, совместно причинившие вред здоровью граждан, несут солидарную ответственность по возмещению ущерба.

При причинении вреда здоровью граждан несовершеннолетними возмещение ущерба осуществляют их родители или лица, их заменяющие, а в случае причинения вреда здоровью граждан лицами, признанными в установленном законом порядке недееспособными, возмещение ущерба осуществляется за счет государства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Подлежащий возмещению ущерб определяется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи 66 настоящих Основ.

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

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

Президент
Российской Федерации
Б. ЕЛЬЦИН

Москва, Дом Советов России.
22 июля 1993 года.
№ 5487-1

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О ГОСУДАРСТВЕННОЙ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Принят
Государственной Думой
5 апреля 2001 года

Одобен
Советом Федерации
16 мая 2001 года

Настоящий Федеральный закон определяет правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации (далее - государственная судебно-экспертная деятельность) в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве.

Производство судебной экспертизы с учетом особенностей отдельных видов судопроизводства регулируется соответствующим процессуальным законодательством Российской Федерации.

Глава I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Государственная судебно-экспертная деятельность

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется в процессе судопроизводства государственными судебно-экспертными учреждениями и государственными судебными экспертами (далее также - эксперт), состоит в организации и производстве судебной экспертизы.

Статья 2. Задача государственной судебно-экспертной деятельности

Задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, лицам, производящим дознание, следователям в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла.

Статья 3. Правовая основа государственной судебно-экспертной деятельности

Правовой основой государственной судебно-экспертной деятельности являются Конституция Российской Федерации, настоящий Федеральный закон, Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации, Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, Таможенный кодекс Российской Федерации, Налоговый кодекс Российской Федерации, законодательство Российской Федерации о здравоохранении, другие федеральные законы, а также нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, регулирующие организацию и производство судебной экспертизы.

(в ред. Федеральных законов от 30.12.2001 № 196-ФЗ, от 05.02.2007 № 10-ФЗ)

Статья 4. Принципы государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники.

Статья 5. Соблюдение законности при осуществлении государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется при условии точного исполнения требований Конституции Российской Федерации и иных нормативных правовых актов, составляющих правовую основу этой деятельности.

Нарушение закона при осуществлении судебно-экспертной деятельности недопустимо и влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 6. Соблюдение прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица при осуществлении государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется при неуклонном соблюдении равноправия граждан, их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести и доброго имени, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Судебно-экспертные исследования (далее - исследования), требующие временного ограничения свободы лица или его личной неприкосновенности, проводятся только на основаниях и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Лицо, полагающее, что действия (бездействие) государственного судебно-экспертного учреждения или эксперта привели к ограничению прав и свобод гражданина либо прав и законных интересов юридического лица, вправе обжаловать указанные действия (бездействие) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 7. Независимость эксперта

При производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела. Эксперт дает заключение, основываясь на результатах проведенных исследований в соответствии со своими специальными знаниями.

Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц.

Лица, виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований

Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Статья 9. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

медицинский стационар - государственное медицинское учреждение, а равно его отделение, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов;

психиатрический стационар - государственное психиатрическое учреждение, а равно психиатрическое отделение государственного медицинского учреждения, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов, - разновидность медицинского стационара;

судебно-психиатрический экспертный стационар - психиатрический стационар, специально предназначенный для производства судебно-психиатрической экспертизы;

руководитель государственного судебно-экспертного учреждения (далее также - руководитель) - директор или начальник (заведующий) государственного судебно-экспертного учреждения либо приравненного к нему специализированного подразделения, осуществляющий функцию руководства при организации и производстве судебной экспертизы в соответствующем учреждении или подразделении;

судопроизводство - регулируемая процессуальным законодательством Российской Федерации деятельность суда или судьи в ходе судебного разбирательства гражданских, административных и уголовных дел, а также деятельность органа дознания, лица, производящего дознание, следователя или прокурора при возбуждении уголовного дела, проведении дознания и предварительного следствия;

судебная экспертиза - процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу;

заключение эксперта - письменный документ, отражающий ход и результаты исследований, проведенных экспертом;

образцы для сравнительного исследования - объекты, отображающие свойства или особенности человека, животного, трупа, предмета, материала или вещества, а также другие образцы, необходимые эксперту для проведения исследований и дачи заключения;

повреждение объекта исследования - изменение свойств и состояния объекта в результате применения физических, химических, биологических методов при проведении исследований.

Статья 10. Объекты исследований

Объектами исследований являются вещественные доказательства, документы, предметы, животные, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза.

Исследования проводятся также в отношении живых лиц (далее также - лицо).

При проведении исследований вещественные доказательства и документы с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, могут быть повреждены или использованы только в той мере, в какой это необходимо для проведения исследований и дачи заключения. Указанное разрешение должно содержаться в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы либо соответствующем письме.

Повреждение вещественных доказательств и документов, произведенное с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, не влечет за собой возмещения ущерба их собственнику государственным судебно-экспертным учреждением или экспертом.

В случае, если транспортировка объекта исследований в государственное судебно-экспертное учреждение невозможна, орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, обеспечивают эксперту беспрепятственный доступ к объекту и возможность его исследования.

Статья 11. Государственные судебно-экспертные учреждения

Государственными судебно-экспертными учреждениями являются специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, созданные для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей посредством организации и производства судебной экспертизы.

Организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться также экспертными подразделениями, созданными федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В случаях, если производство судебной экспертизы поручается указанным экспертным подразделениям, они осуществляют функции, исполняют обязанности, имеют права и несут ответственность как государственные судебно-экспертные учреждения.

Государственные судебно-экспертные учреждения создаются и ликвидируются в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений по организации и производству судебной экспертизы регулируется настоящим Федеральным законом, процессуальным законодательством Российской Федерации и осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Организация и производство судебной экспертизы в медицинских учреждениях или их подразделениях, не относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, осуществляются на основании нормативных правовых актов соответствующих федеральных органов исполнительной власти, принимаемых совместно с федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. В указанных учреждениях и подразделениях не может организовываться и производиться судебно-психиатрическая экспертиза.

Государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебной экспертизы на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов.

Государственные судебно-экспертные учреждения производят судебную экспертизу в соответствии с профилем, определенным для них соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Государственные судебно-экспертные учреждения в обязательном порядке производят судебную экспертизу для органов дознания, органов предварительного следствия и судов, расположенных на территории, которая определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти. В случае невозможности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении, обслуживающем указанную территорию, в связи с отсутствием эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований судебная экспертиза для органов дознания, органов предварительного следствия и судов может быть произведена государственными судебно-экспертными учреждениями, обслуживающими другие территории.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений по организации и производству судебной экспертизы для других государств осуществляется в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 12. Государственный судебный эксперт

Государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей.

Статья 13. Профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к эксперту

Должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать гражданин Российской Федерации, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Должность эксперта в экспертных подразделениях федерального органа исполнительной власти в области внутренних дел может также занимать гражданин Российской Федерации, имеющий среднее специальное экспертное образование.

Определение уровня профессиональной подготовки экспертов и аттестация их на право самостоятельного производства судебной экспертизы осуществляются экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру указанными комиссиями каждые пять лет.

Глава II. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА РУКОВОДИТЕЛЯ И ЭКСПЕРТА ГОСУДАРСТВЕННОГО СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Статья 14. Обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения

Руководитель обязан:

по получении постановления или определения о назначении судебной экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, которые обладают специальными знаниями в объеме, требуемом для ответов на поставленные вопросы;

разъяснить эксперту или комиссии экспертов их обязанности и права;

по поручению органа или лица, назначивших судебную экспертизу, предупредить эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, взять у него соответствующую подписку и направить ее вместе с заключением эксперта в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу;

обеспечить контроль за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта;

по окончании исследований направить заключение эксперта, объекты исследований и материалы дела в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу;

обеспечить условия, необходимые для сохранения конфиденциальности исследований и их результатов;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с организацией и производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Руководитель обязан обеспечить условия, необходимые для проведения исследований:

- наличие оборудования, приборов, материалов и средств информационного обеспечения;
- соблюдение правил техники безопасности и производственной санитарии;
- сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Руководитель не вправе:

- истребовать без постановления или определения о назначении судебной экспертизы объекты исследований и материалы дела, необходимые для производства судебной экспертизы;
- самостоятельно без согласования с органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в данном учреждении;
- давать эксперту указания, предрешающие содержание выводов по конкретной судебной экспертизе.

Статья 15. Права руководителя государственного судебно-экспертного учреждения

Руководитель вправе:

- возвратить без исполнения постановление или определение о назначении судебной экспертизы, представленные для ее производства объекты исследований и материалы дела, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат;
- ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения;
- организовывать производство судебной экспертизы с участием других учреждений, указанных в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы;
- передавать часть обязанностей и прав, связанных с организацией и производством судебной экспертизы, своему заместителю, а также руководителю структурного подразделения учреждения, которое он возглавляет;
- требовать от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, возмещения расходов, связанных с:
 - 1) компенсацией за хранение транспортной организацией поступивших на судебную экспертизу объектов исследований, за исключением штрафов за несвоевременное их получение данным учреждением;
 - 2) транспортировкой объектов после их исследования, за исключением почтовых расходов;
 - 3) хранением объектов исследований в государственном судебно-экспертном учреждении после окончания производства судебной экспертизы сверх сроков, установленных нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти;
 - 4) ликвидацией последствий взрывов, пожаров и других экстремальных ситуаций, явившихся результатом поступления в данное учреждение объектов повышенной опасности, если орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, не сообщили руководителю об известных им специальных правилах обращения с указанными объектами или они были ненадлежаще упакованы.

Статья 16. Обязанности эксперта

Эксперт обязан:

- принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;
- провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;
- составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;
- не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;
- обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

- принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;
- осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;
- вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела;
- самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Статья 17. Права эксперта

Эксперт вправе:

ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Статья 18. Ограничения при организации и производстве судебной экспертизы

Государственному судебно-экспертному учреждению не может быть поручено производство судебной экспертизы, а в случаях, когда указанное производство начато, оно немедленно прекращается, если установлены обстоятельства, подтверждающие заинтересованность в исходе дела руководителя данного учреждения.

Эксперт подлежит отводу от участия в производстве судебной экспертизы, а если она ему поручена, обязан немедленно прекратить ее производство при наличии оснований, предусмотренных процессуальным законодательством Российской Федерации.

В производстве судебной экспертизы в отношении живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь. Указанное ограничение действует также при производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредственного обследования лица.

Глава III. ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Статья 19. Основания производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Основаниями производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении являются определение суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя. Судебная экспертиза считается назначенной со дня вынесения соответствующего определения или постановления.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, представляют объекты исследований и материалы дела, необходимые для проведения исследований и дачи заключения эксперта.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, получают образцы для сравнительного исследования и приобщают их к делу в порядке, установленном процессуальным законодательством Российской Федерации. В необходимых случаях получение образцов осуществляется с участием эксперта, которому поручено производство судебной экспертизы, или специалиста.

В случае, если получение образцов является частью исследований и осуществляется экспертом с использованием представленных на судебную экспертизу объектов, после завершения судебной экспертизы образцы направляются в орган или лицу, которые ее назначили, либо определенное время хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении.

Особенности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении в отношении живых лиц определяются главой IV настоящего Федерального закона.

Статья 20. Производство дополнительной и повторной судебных экспертиз в государственном судебно-экспертном учреждении

Производство дополнительной судебной экспертизы, назначенной в случае недостаточной ясности или полноты ранее данного заключения, поручается тому же или другому эксперту.

Производство повторной судебной экспертизы, назначенной в связи с возникшими у суда, судьи, лица, производящего дознание, следователя сомнениями в правильности или обоснованности ранее данного заключения по тем же вопросам, поручается другому эксперту или другой комиссии экспертов.

Статья 21. Производство комиссионной судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Комиссионная судебная экспертиза производится несколькими, но не менее чем двумя экспертами одной или разных специальностей.

Комиссионный характер судебной экспертизы определяется органом или лицом, ее назначившими, либо руководителем государственного судебно-экспертного учреждения.

Организация и производство комиссионной судебной экспертизы возлагаются на руководителя государственного судебно-экспертного учреждения либо на руководителей нескольких государственных судебно-экспертных учреждений.

Комиссия экспертов согласует цели, последовательность и объем предстоящих исследований, исходя из необходимости решения поставленных перед ней вопросов.

В составе комиссии экспертов, которой поручено производство судебной экспертизы, каждый эксперт независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты, полученные им лично и другими экспертами, и формулирует выводы по поставленным вопросам в пределах своих специальных знаний. Один из экспертов указанной комиссии может выполнять роль эксперта - организатора; его процессуальные функции не отличаются от функций остальных экспертов.

Статья 22. Комиссия экспертов одной специальности

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме и они совместно анализируют полученные результаты.

Придя к общему мнению, эксперты составляют и подписывают совместное заключение или сообщение о невозможности дать заключения. В случае возникновения разногласий между экспертами каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение.

Статья 23. Комиссия экспертов разных специальностей

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей (далее - комплексная экспертиза) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность.

Общий вывод делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, это должно быть указано в заключении. В случае возникновения разногласий между экспертами результаты исследований оформляются в соответствии с частью второй статьи 22 настоящего Федерального закона.

Статья 24. Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

При производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации.

Участники процесса, присутствующие при производстве судебной экспертизы, не вправе вмешиваться в ход исследований, но могут давать объяснения и задавать вопросы эксперту, относящиеся к предмету судебной экспертизы.

При составлении экспертом заключения, а также на стадии совещания экспертов и формулирования выводов, если судебная экспертиза производится комиссией экспертов, присутствие участников процесса не допускается.

В случае, если участник процесса, присутствующий при производстве судебной экспертизы, мешает эксперту, последний вправе приостановить исследование и ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, об отмене разрешения указанному участнику процесса присутствовать при производстве судебной экспертизы.

Особенности присутствия участников процесса при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц определяются главой IV настоящего Федерального закона.

Статья 25. Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание

На основании проведенных исследований с учетом их результатов эксперт от своего имени или комиссия экспертов дают письменное заключение и подписывают его. Подписи эксперта или комиссии экспертов удостоверяются печатью государственного судебно-экспертного учреждения.

В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены:

время и место производства судебной экспертизы;

основания производства судебной экспертизы;

сведения об органе или о лице, назначивших судебную экспертизу;

сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым поручено производство судебной экспертизы;

предупреждение эксперта в соответствии с законодательством Российской Федерации об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;

вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов;

объекты исследований и материалы дела, представленные эксперту для производства судебной экспертизы;

сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;

содержание и результаты исследований с указанием примененных методов;

оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта или комиссии экспертов, прилагаются к заключению и служат его составной частью. Документы, фиксирующие ход, условия и результаты исследований, хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении. По требованию органа или лица, назначивших судебную экспертизу, указанные документы предоставляются для приобщения к делу.

Глава IV. ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ОТНОШЕНИИ ЖИВЫХ ЛИЦ

Статья 26. Производство судебной экспертизы в отношении живых лиц

Судебная экспертиза в отношении живых лиц производится в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве. Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Условия и место производства судебной экспертизы в отношении живых лиц

Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в медицинском или ином учреждении, а также в другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводятся исследования.

В случае возникновения при производстве судебной экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно может быть помещено в медицинский стационар в порядке, предусмотренном статьями 28-30 настоящего Федерального закона и процессуальным законодательством Российской Федерации.

Доставка в медицинское или иное учреждение лица, направленного на судебную экспертизу, обеспечивается органом или лицом, назначившими судебную экспертизу.

Статья 28. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы

Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в добровольном или принудительном порядке.

В случае, если судебная экспертиза производится в добровольном порядке, в государственное судебно-экспертное учреждение должно быть представлено письменное согласие лица подвергнуться судебной экспертизе.

Если лицо, в отношении которого назначена судебная экспертиза, не достигло возраста 16 лет или признано судом недееспособным, письменное согласие на производство судебной экспертизы дается законным представителем этого лица.

Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу в принудительном порядке, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации. В случае, если в процессуальном законодательстве Российской Федерации не содержится прямого указания на возможность принудительного направления лица на судебную экспертизу, государственное судебно-экспертное учреждение не вправе производить судебную экспертизу в отношении этого лица в принудительном порядке.

Статья 29. Основания и порядок помещения лица в медицинский стационар

В случае возникновения при назначении или производстве судебно-медицинской либо судебно-психиатрической экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно помещается в соответствующий медицинский стационар на основании постановления или определения о назначении судебной экспертизы. Порядок помещения лица в медицинский стационар определяется процессуальным законодательством Российской Федерации.

Лица, содержащиеся под стражей, помещаются для производства судебной экспертизы в медицинские стационары, специально приспособленные для содержания в них указанных лиц.

Для производства судебно-психиатрической экспертизы лицо помещается в психиатрический стационар или судебно-психиатрический экспертный стационар только на основании определения суда или постановления судьи. Судебно-психиатрические экспертные стационары могут быть предназначены для помещения в них лиц, не содержащихся под стражей, или для помещения в них лиц, содержащихся под стражей.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу и поместившие лицо в медицинский стационар в принудительном порядке, обязаны в течение 24 часов известить об этом кого-либо из членов его семьи, родственников или иных лиц по его указанию, а при отсутствии таковых сообщить в орган внутренних дел по месту жительства указанного лица.

Статья 30. Сроки пребывания лица в медицинском стационаре

Лицо может быть помещено в медицинский стационар для производства судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы на срок до 30 дней.

В случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов срок пребывания лица в медицинском стационаре может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения указанного стационара еще на 30 дней.

Ходатайство эксперта или комиссии экспертов о продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре должно быть представлено в районный суд по месту нахождения указанного стационара не позднее чем за три дня до истечения 30-дневного срока.

Судья выносит постановление и уведомляет о нем эксперта или комиссию экспертов в течение трех дней со дня получения ходатайства.

В случае отказа судьи в продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре оно должно быть выписано из него.

Руководитель медицинского стационара извещает о заявленном ходатайстве и вынесенном судьей постановлении лицо, находящееся в указанном стационаре, а также орган или лицо, назначившие судебную экспертизу.

В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица в

медицинском стационаре. При этом общий срок пребывания лица в указанном стационаре при производстве одной судебной экспертизы не может превышать 90 дней.

Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре, установленных настоящей статьей, может быть обжаловано лицом, его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными к участию в деле, а также руководителем медицинского стационара в порядке, предусмотренном процессуальным законодательством Российской Федерации. Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре может быть обжаловано также непосредственно в суд по месту нахождения указанного стационара.

Статья 31. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц запрещаются:

ограничение прав, обман, применение насилия, угроз и иных незаконных мер в целях получения сведений от лица, в отношении которого производится судебная экспертиза;

испытание новых лекарственных средств, методов диагностики, профилактики и лечения болезней, а также проведение биомедицинских экспериментальных исследований с использованием в качестве объекта лица, в отношении которого производится судебная экспертиза.

Лицо, в отношении которого производится судебная экспертиза, вправе давать эксперту объяснения, относящиеся к предмету данной судебной экспертизы.

Эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он проводил судебную экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной судебной экспертизы.

Свидания лица, помещенного в медицинский стационар, с его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными к участию в деле, организуются в условиях, исключающих возможность получения информации третьими лицами.

Медицинская помощь лицу, в отношении которого производится судебная экспертиза, может оказываться только по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Лицу, помещенному в медицинский стационар, должна быть предоставлена реальная возможность подачи жалоб, заявлений и ходатайств. Жалобы, поданные в соответствии с процессуальным законодательством Российской Федерации, цензуре не подлежат и в течение 24 часов направляются адресату.

Лица, не содержащиеся под стражей, имеют право на возмещение расходов, связанных с производством судебной экспертизы, по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

Статья 32. Условия производства судебной экспертизы в отношении лиц, не содержащихся под стражей, в психиатрических стационарах

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, не содержащихся под стражей, производится как в судебно-психиатрических экспертных стационарах, так и в иных психиатрических стационарах. Помещение в указанные стационары лиц, содержащихся под стражей, не допускается. Помещение лиц, не содержащихся под стражей, в иные психиатрические стационары не должно существенно затруднять производство судебной экспертизы.

Лица, не содержащиеся под стражей, в период производства судебно-психиатрической экспертизы пользуются правами пациентов психиатрических стационаров, установленными законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

В случае совершения лицом, не содержащимся под стражей, не страдающим тяжелым психическим расстройством, действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих или дезорганизующих работу психиатрического стационара, администрация данного стационара сообщает об этом в орган внутренних дел, который должен принять к нарушителю меры, направленные на пресечение указанных действий. В случае, если подобные действия совершены лицом, в отношении которого судебно-психиатрическая экспертиза производится в добровольном порядке, оно может быть выписано из психиатрического стационара, о чем администрация данного стационара в письменной форме извещает орган или лицо, назначившие указанную экспертизу.

Статья 33. Условия производства судебной экспертизы в отношении лиц, содержащихся под стражей, в психиатрических стационарах

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, содержащихся под стражей, производится в судебно-психиатрических экспертных стационарах, предназначенных для помещения в них указанных лиц. Обеспечение безопасности и охрана указанных стационаров осуществляются органами, на которые возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

На лиц, содержащихся под стражей, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, распространяются нормы Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации и Федерального закона "О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений". При этом нормы, предусматривающие применение к указанным лицам мер взыскания и их материальную ответственность, не распространяются на лиц с явными признаками тяжелых психических расстройств.

Порядок взаимодействия лиц, обеспечивающих безопасность и осуществляющих охрану судебно-психиатрических экспертных стационаров, с медицинскими работниками указанных стационаров определяется совместно Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти, на который возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

Статья 34. Обеспечение лиц, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары

Материально-бытовое и медико-санитарное обеспечение лиц, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, осуществляется по нормам и правилам, установленным для психиатрических стационаров законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Статья 35. Ограничения в применении методов исследований при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц запрещается применять методы исследований, сопряженные с сильными болевыми ощущениями или способные отрицательно повлиять на здоровье лица, методы оперативного вмешательства, а также методы, запрещенные к применению в практике здравоохранения законодательством Российской Федерации. Лицо, в отношении которого производится судебная экспертиза, должно быть информировано в доступной для него форме о методах исследований, применяемых в отношении его, включая альтернативные, возможных болевых ощущениях и побочных явлениях. Указанная информация предоставляется также заявившему соответствующее ходатайство законному представителю лица, в отношении которого производится судебная экспертиза.

У лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза, в медицинском учреждении берутся образцы, необходимые для проведения исследований, о чем указывается в заключении эксперта. Образцы получает врач или иной специалист в присутствии двух медицинских работников данного медицинского учреждения. Принудительное получение образцов у лиц, направленных на судебную экспертизу в добровольном порядке, не допускается.

Статья 36. Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации. Присутствие иных участников процесса допускается с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, и лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, либо его законного представителя.

При проведении исследований, сопровождающихся обнажением лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, могут присутствовать только лица того же пола. Указанное ограничение не распространяется на врачей и других медицинских работников, участвующих в проведении указанных исследований.

Глава V. ФИНАНСОВОЕ, ОРГАНИЗАЦИОННОЕ, НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Статья 37. Финансирование судебно-экспертной деятельности

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений, экспертных подразделений федеральных органов исполнительной власти, в том числе экспертных подразделений органов внутренних дел Российской Федерации, финансируется за счет средств федерального бюджета.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений, экспертных подразделений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации финансируется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Государственные судебно-экспертные учреждения вправе проводить на договорной основе экспертные исследования для граждан и юридических лиц, взимать плату за производство судебных экспертиз по гражданским и арбитражным делам, делам об административных правонарушениях. Порядок расходования указанных средств определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Статья 38. Организационное и научно-методическое обеспечение судебно-экспертной деятельности

Организационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений осуществляется соответствующими федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Научно-методическое обеспечение производства судебных экспертиз, а также профессиональная подготовка и повышение квалификации государственных судебных экспертов возлагаются соответствующими федеральными органами исполнительной власти на судебно-экспертные учреждения из числа указанных в частях первой и второй статьи 11 настоящего Федерального закона.

Статья 39. Информационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений

Организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности обязаны безвозмездно предоставлять по запросам руководителей государственных судебно-экспертных учреждений образцы или каталоги своей продукции, техническую и технологическую документацию и другие информационные материалы, необходимые для производства судебной экспертизы. При этом государственные судебно-экспертные учреждения обеспечивают неразглашение полученных сведений, составляющих государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Государственное судебно-экспертное учреждение вправе ходатайствовать перед судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем о получении по окончании производства по делам предметов, являвшихся вещественными доказательствами, для использования в экспертной, научной и учебно-методической деятельности.

Статья 40. Охрана государственных судебно-экспертных учреждений

Охрана государственных судебно-экспертных учреждений обеспечивается их руководителями и финансируется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, а также за счет других источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Глава VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 41. Распространение действия настоящего Федерального закона на судебно-экспертную деятельность лиц, не являющихся государственными судебными экспертами

В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами.

На судебно-экспертную деятельность лиц, указанных в части первой настоящей статьи, распространяется действие статей 2, 4, 6-8, 16 и 17, части второй статьи 18, статей 24 и 25 настоящего Федерального закона.

Статья 42. Приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом

Поручить Правительству Российской Федерации обеспечить приведение нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Статья 43. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением части третьей статьи 29, которая вступает в силу после приведения уголовно-процессуального законодательства Российской Федерации в соответствие с положениями Конституции Российской Федерации.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль
31 мая 2001 года
№ 73-ФЗ

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

22 января 2007 г.

№ 30

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В соответствии с Федеральным законом "О лицензировании отдельных видов деятельности" Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемое Положение о лицензировании медицинской деятельности.

2. Признать утратившими силу:

Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2002 г. № 499 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 27, ст. 2710);

пункт 98 изменений, которые вносятся в Постановления Совета Министров РСФСР, Правительства РСФСР и Правительства Российской Федерации, касающиеся государственной регистрации юридических лиц, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 г. № 731 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 41, ст. 3983);

пункт 120 изменений, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 февраля 2005 г. № 49 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 7, ст. 560).

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. ФРАДКОВ

УТВЕРЖДЕНО
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 22 января 2007 г. № 30

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Настоящее Положение определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

2. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (далее - лицензирующий орган).

3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности (далее - лицензия) предоставляется на 5 лет. Срок действия лицензии может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии.

4. Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с перечнем согласно приложению (далее - работы (услуги)).

5. Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;

б) наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

в) наличие у индивидуального предпринимателя - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

г) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);

д) повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет;

е) соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

ж) соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;

з) обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);

- и) соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке;
- к) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- л) ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.
6. Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований и условий влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. При этом под грубым нарушением понимается невыполнение лицензиатом требований и условий, предусмотренных подпунктами "а"- "г" и "е"- "з" пункта 5 настоящего Положения.
7. Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии, в котором указывает виды работ (услуг) по перечню согласно приложению к настоящему Положению, и документы (копии документов), указанные в пункте 1 статьи 9 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности", а также:
- а) копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;
- б) копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;
- в) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);
- г) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);
- д) копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;
- е) копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- ж) копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.
8. Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала.
- Лицензирующий орган не вправе требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных настоящим Положением.
9. При рассмотрении заявления о предоставлении лицензии лицензирующий орган проводит проверку полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, содержащихся в представленных в соответствии с пунктом 7 настоящего Положения заявления и документах, а также проверку возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий.
- Проверка полноты и достоверности указанных сведений проводится путем сопоставления их со сведениями, содержащимися в Едином государственном реестре юридических лиц или в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей, а также в едином реестре выданных сертификатов соответствия, которые предоставляются лицензирующему органу Федеральной налоговой службой и Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
- Проверка возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий проводится лицензирующим органом в соответствии с требованиями, установленными для организации проверок Федеральным законом "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)".
10. Выданный лицензирующим органом документ, подтверждающий наличие лицензии, должен иметь приложение, содержащее наименование работ (услуг), являющееся неотъемлемой частью указанного документа.
11. Лицензиат имеет право на получение дубликата документа, подтверждающего наличие лицензии, в случае его утраты, а также заверенных лицензирующим органом копий этого документа.
- Дубликат или копия документа, подтверждающего наличие лицензии, предоставляются лицензиату в течение 10 дней с даты получения лицензирующим органом его письменного заявления.
- На дубликате документа, подтверждающего наличие лицензии, проставляется пометка "дубликат". Дубликат оформляется в 2 экземплярах, один из которых вручается лицензиату, другой хранится в лицензионном деле лицензирующего органа.
12. Информация, относящаяся к осуществлению лицензируемой деятельности, предусмотренная пунктом 2 статьи 6 и пунктом 1 статьи 14 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности", размещается в одном из официальных информационных ресурсов лицензирующего органа в течение 10 дней с даты:
- а) официального опубликования нормативных правовых актов, устанавливающих обязательные требования к лицензируемой деятельности;
- б) принятия лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии, переоформлении лицензии, приостановлении и возобновлении ее действия;
- в) получения от Федеральной налоговой службы сведений о ликвидации юридического лица либо прекращении его деятельности в результате реорганизации или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;
- г) вступления в законную силу решения суда об аннулировании лицензии.

13. Лицензионный контроль за соблюдением лицензиатом лицензионных требований и условий осуществляется в порядке, предусмотренном Федеральным законом "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)".

14. Принятие решений лицензирующим органом о предоставлении лицензии (об отказе в предоставлении лицензии), переоформлении лицензии, приостановлении и возобновлении ее действия, а также ведение реестра лицензий и предоставление сведений, содержащихся в нем, осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом "О лицензировании отдельных видов деятельности".

15. За рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии, ее предоставление или переоформление уплачивается государственная пошлина в порядке и размерах, установленных законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Приложение
к Положению о лицензировании
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ (УСЛУГ) ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(полный текст приводится в официальной редакции "Собрание законодательства РФ", 29.01.2007, № 5, ст. 656)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

10 мая 2007 г.

№ 323

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТ (УСЛУГ), ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ
ДОВРАЧЕБНОЙ, АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, ВО ВРЕМЯ
И ПОСЛЕ РОДОВ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ), СТАЦИОНАРНОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД
БЕРЕМЕННОСТИ, ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ РОДОВ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ),
СКОРОЙ И СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ (САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ), ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ,
САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В соответствии с Перечнем работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности, прилагаемым к Положению о лицензировании медицинской деятельности, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 5, ст. 656), приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи.

2. Признать утратившими силу:

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июля 2002 г. № 238 "Об организации лицензирования медицинской деятельности" (зарегистрирован в Минюсте России 11 октября 2002 г. № 3856);

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 г. № 502 "О внесении изменений и дополнений в Приказ Минздрава России от 26.07.2002 № 238" (зарегистрирован в Минюсте России 13 ноября 2003 г. № 5225);

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 марта 2006 г. № 141 "О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июля 2002 г. № 238" (зарегистрирован в Минюсте России 29 марта 2006 г. № 7642).

ВрИО Министра
В.И.СТАРОДУБОВ

УТВЕРЖДЕН
Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 10 мая 2007 г. № 323

**ПОРЯДОК
ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТ (УСЛУГ), ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ
ДОВРАЧЕБНОЙ, АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ РОДОВ,
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ), СТАЦИОНАРНОЙ
(В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ,
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ,
ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ РОДОВ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ), СКОРОЙ И СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
(САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ), ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ,
САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с организацией работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи, и

применяется при лицензировании медицинской деятельности в зависимости от видов работ (услуг), выполняемых индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами при осуществлении медицинской деятельности.

2. Доврачебная, амбулаторно-поликлиническая (в том числе первичная медико-санитарная помощь, медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированная медицинская помощь), стационарная (в том числе первичная медико-санитарная помощь, медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированная медицинская помощь), скорая и скорая специализированная (санитарно-авиационная), высокотехнологичная, санаторно-курортная медицинская помощь организуются в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в соответствии с Приказом Минздрава России от 13 октября 2005 г. № 633 "Об организации медицинской помощи" (согласно письму Минюста России от 27 октября 2005 г. № 01/8234-ВЯ в государственной регистрации не нуждается).

3. Работы (услуги) при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи выполняются на основании лицензии, приложения к которой оформляются в соответствии с Перечнем, прилагаемым к настоящему Порядку.

Приложение
к Порядку организации работ (услуг), выполняемых при
осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической
(в том числе первичной медико-санитарной помощи,
медицинской помощи женщинам в период беременности,
во время и после родов, специализированной медицинской помощи),
стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи,
медицинской помощи женщинам в период беременности, во время
и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой
и скорой специализированной (санитарно-авиационной),
высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи,
утверждённого Приказом Минздрава России
от 10 мая 2007 г. № 323

**ПЕРЕЧЕНЬ
РАБОТ (УСЛУГ), ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ
ДОВРАЧЕБНОЙ, АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, ВО ВРЕМЯ
И ПОСЛЕ РОДОВ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ), СТАЦИОНАРНОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, ВО ВРЕМЯ
И ПОСЛЕ РОДОВ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ), СКОРОЙ И СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
(САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ), ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ,
САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Работы (услуги), выполняемые:

1) при осуществлении доврачебной медицинской помощи по:

акушерскому делу;
анестезиологии и реаниматологии;
гистологии;
диетологии;
лабораторной диагностике;
лабораторному делу;
лечебной физкультуре и спортивной медицине;
медицинским осмотрам (предполетным, послеполетным);
медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);
медицинской оптике;
медицинской статистике;
медицинскому массажу;
общей практике;
операционному делу;
организации сестринского дела;
паразитологии;
рентгенологии;
сестринскому делу, в том числе для фельдшерско-акушерских пунктов;
сестринскому делу в педиатрии;
стоматологии;
стоматологии ортопедической;

стоматологии профилактической;
скорой медицинской помощи;
судебно-медицинской экспертизе;
управлению сестринской деятельностью;
физиотерапии;
функциональной диагностике;
экспертизе временной нетрудоспособности;
2) при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе:
а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по:
аллергологии и иммунологии;
анестезиологии и реаниматологии;
восстановительной медицине;
гастроэнтерологии;
гериатрии;
детской кардиологии;
детской эндокринологии;
инфекционным болезням;
кардиологии;
контролю качества медицинской помощи;
клинической лабораторной диагностике;
лечебной физкультуре и спортивной медицине;
медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);
медицинским осмотрам (предполетным, послеполетным);

неврологии;
 нефрологии;
 общей врачебной практике (семейной медицине);
 общественному здоровью и организации здравоохранения;
 оториноларингологии;
 офтальмологии;
 педиатрии;
 психотерапии;
 пульмонологии;
 ревматологии;
 рентгенологии;
 стоматологии;
 стоматологии детской;
 терапии;
 травматологии и ортопедии;
 урологии;
 физиотерапии;
 функциональной диагностике;
 хирургии;
 ультразвуковой диагностике;
 экспертизе временной нетрудоспособности;
 эндокринологии;
 эндоскопии;

б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по:

акушерству и гинекологии;
 неонатологии;

в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по:

акушерству и гинекологии;
 аллергологии и иммунологии;
 анестезиологии и реаниматологии;
 военно-врачебной экспертизе;
 восстановительной медицине;
 врачебно-лётной экспертизе;
 гастроэнтерологии;
 гематологии;
 генетике;
 гериатрии;
 дерматовенерологии;
 детской кардиологии;
 детской онкологии;
 детской урологии-андрологии;
 детской хирургии;
 детской эндокринологии;
 диабетологии;
 забору, хранению донорской спермы;
 инфекционным болезням;
 кардиологии;
 клинической лабораторной диагностике;
 клинической микологии;
 клинической фармакологии;
 колопроктологии;
 контролю качества медицинской помощи;
 косметологии (терапевтической);
 косметологии (хирургической);
 лабораторной генетике;
 лабораторной микологии;
 лечебной физкультуре и спортивной медицине;
 мануальной терапии;
 медицинской генетике;
 медицинским осмотрам (предварительным, периодическим);
 неврологии;
 неонатологии;
 нейрохирургии;
 нефрологии;
 общественному здоровью и организации здравоохранения;
 онкологии;
 ортодонтии;
 оториноларингологии;
 офтальмологии;
 паразитологии;
 педиатрии;
 применению методов традиционной медицины;
 профпатологии;

психиатрии;
 психиатрии-наркологии;
 психотерапии;
 пульмонологии;
 радиологии;
 ревматологии;
 рентгенологии;
 рефлексотерапии;
 сексологии;
 сердечнососудистой хирургии;
 стоматологии;
 стоматологии детской;
 стоматологии ортопедической;
 стоматологии терапевтической;
 стоматологии хирургической;
 судебно-медицинской экспертизе;
 судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств и исследования биологических объектов, в том числе:
 биохимической;
 генетической;
 медико-криминалистической;
 спектрографической;
 судебно-биологической;
 судебно-гистологической;
 судебно-химической;
 судебно-цитологической;
 химико-токсикологической;
 судебно-медицинской экспертизе и исследованию трупа;
 судебно-медицинской экспертизе и обследованию потерпевших, обвиняемых и других лиц;
 судебно-психиатрической экспертизе, в том числе:
 однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе;
 комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе;
 сурдологии-оториноларингологии;
 терапии;
 токсикологии;
 торакальной хирургии;
 травматологии и ортопедии;
 транспортировке донорской крови и ее компонентов;
 транспортировке донорской спермы;
 трансфузиологии;
 ультразвуковой диагностике;
 урологии;
 физиотерапии;
 фтизиатрии;
 функциональной диагностике;
 хирургии;
 челюстно-лицевой хирургии;
 экспертизе временной нетрудоспособности;
 экспертизе на право владения оружием;
 экспертизе профпригодности;
 экспертизе связи заболевания с профессией;
 эндокринологии;
 эндоскопии;

3) при осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе:

а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по:

аллергологии и иммунологии;
 анестезиологии и реаниматологии;
 восстановительной медицине;
 гастроэнтерологии;
 гериатрии;
 детской эндокринологии;
 диетологии;
 забору гемопоэтических стволовых клеток;
 инфекционным болезням;
 кардиологии;
 контролю качества медицинской помощи;
 клинической лабораторной диагностике;
 лечебной физкультуре и спортивной медицине;
 неврологии;
 нефрологии;

общественному здоровью и организации здравоохранения;
оториноларингологии;
офтальмологии;
педиатрии;
ревматологии;
рентгенологии;
стоматологии;
терапии;
травматологии и ортопедии;
урологии;
физиотерапии;
функциональной диагностике;
хирургии;
ультразвуковой диагностике;
экспертизе временной нетрудоспособности;
эндокринологии;
эндоскопии

б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по:

акушерству и гинекологии;
неонатологии;

экспертизе временной нетрудоспособности;

в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по:

абдоминальной хирургии;

акушерству и гинекологии;

аллергологии и иммунологии;

анестезиологии и реаниматологии;

бактериологии;

вирусологии;

военно-врачебной экспертизе;

восстановительной медицине;

врачебно-лётной экспертизе;

гастроэнтерологии;

гематологии;

генетике;

гериатрии;

дерматовенерологии;

детской кардиологии;

детской онкологии;

детской урологии-андрологии;

детской хирургии;

детской эндокринологии;

диабетологии;

диетологии;

забору гемопоэтических стволовых клеток;

забору, заготовке, хранению донорской крови и ее компонентов;

забору, хранению донорской спермы;

забору, хранению органов и тканей человека для трансплантации;

инфекционным болезням;

кардиологии;

клинической лабораторной диагностике;

клинической микологии;

клинической фармакологии;

колопроктологии;

контролю качества медицинской помощи;

косметологии (терапевтической);

косметологии (хирургической);

лабораторной генетике;

лабораторной микологии;

лечебной физкультуре и спортивной медицине;

мануальной терапии;

медицинской генетике;

неврологии;

нейрохирургии;

неонатологии;

нефрологии;

общественному здоровью и организации здравоохранения;

онкологии;

ортодонтии;

оториноларингологии;

офтальмологии;

паразитологии;

патологической анатомии;

педиатрии;

применению методов традиционной медицины;

профпатологии;

психиатрии;

психиатрии-наркологии;

психотерапии;

пульмонологии;

радиологии;

ревматологии;

рентгенологии;

рефлексотерапии;

сексологии;

сердечнососудистой хирургии;

стоматологии;

стоматологии детской;

стоматологии ортопедической;

стоматологии терапевтической;

стоматологии хирургической;

судебно-медицинской экспертизе;

судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств и

исследованию биологических объектов, в том числе:

биохимической;

генетической;

медико-криминалистической;

спектрографической;

судебно-биологической;

судебно-гистологической;

судебно-химической;

судебно-цитологической;

химико-токсикологической;

судебно-медицинской экспертизе и исследованию трупа;

судебно-медицинской экспертизе и обследованию потерпевших, обвиняемых и других лиц;

судебно-психиатрической экспертизе, в том числе:

однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы;

комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизы;

(психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической);

сурдологии-оториноларингологии;

терапии;

токсикологии;

торакальной хирургии;

травматологии и ортопедии;

трансфузиологии;

ультразвуковой диагностике;

урологии;

физиотерапии;

фтизиатрии;

функциональной диагностике;

хирургии;

челюстно-лицевой хирургии;

экспертизе временной нетрудоспособности;

экспертизе профпригодности;

экспертизе связи заболеваний с профессией;

эндокринологии;

эндоскопии;

4) при осуществлении скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, в том числе:

а) при осуществлении скорой медицинской помощи по:

акушерству и гинекологии;

анестезиологии и реаниматологии;

инфекционным болезням;

кардиологии;

контролю качества медицинской помощи;

неврологии;

нейрохирургии;

неонатологии;

общественному здоровью и организации здравоохранения;

педиатрии;

психиатрии;

скорой медицинской помощи;

терапии;

токсикологии;

травматологии и ортопедии;

транспортировке донорской крови и ее компонентов;

транспортировке органов и тканей человека для трансплантации;
 трансфузиологии;
 хирургии;
 б) при осуществлении скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи:
 акушерству и гинекологии;
 анестезиологии и реаниматологии;
 инфекционным болезням;
 кардиологии;
 контролю качества медицинской помощи;
 неврологии;
 нейрохирургии;
 неонатологии;
 нефрологии;
 общественному здоровью и организации здравоохранения;
 педиатрии;
 психиатрии;
 токсикологии;
 травматологии и ортопедии;
 транспортировке донорской крови и ее компонентов;
 транспортировке органов и тканей человека для трансплантации;
 трансфузиологии;
 урологии;
 хирургии;
 5) при осуществлении высокотехнологичной медицинской помощи по:
 абдоминальной хирургии;
 акушерству и гинекологии;
 анестезиологии и реаниматологии;
 гастроэнтерологии;
 гематологии;
 дерматовенерологии;
 детской кардиологии;
 детской онкологии;
 детской урологии-андрологии;
 детской хирургии;
 детской эндокринологии;
 забору гемопоэтических стволовых клеток;
 кардиологии;
 контролю качества медицинской помощи;
 медицинской генетике;
 неврологии;
 нейрохирургии;
 неонатологии;
 нефрологии;
 общественному здоровью и организации здравоохранения;
 онкологии;
 оториноларингологии;
 офтальмологии;
 педиатрии;
 применению клеточных технологий;
 ревматологии;
 сердечнососудистой хирургии;
 терапии;
 торакальной хирургии;
 травматологии и ортопедии;
 транспортировке гемопоэтических стволовых клеток;

транспортировке органов и тканей человека для трансплантации;
 ультразвуковой диагностике;
 урологии;
 хирургии (комбустиологии);
 хирургии (трансплантации органов и тканей);
 хранению гемопоэтических стволовых клеток;
 челюстно-лицевой хирургии;
 эндокринологии;
 6) при осуществлении санаторно-курортной помощи по:
 акушерству и гинекологии;
 аллергологии и иммунологии;
 восстановительной медицине;
 гастроэнтерологии;
 гематологии;
 гериатрии;
 дерматовенерологии;
 детской кардиологии;
 детской онкологии;
 детской урологии-андрологии;
 детской эндокринологии;
 диетологии;
 диабетологии;
 кардиологии;
 клинической лабораторной диагностике;
 контролю качества медицинской помощи;
 косметологии (терапевтической);
 лечебной физкультуре и спортивной медицине;
 мануальной терапии;
 неврологии;
 нефрологии;
 общественному здоровью и организации здравоохранения;
 онкологии;
 ортодонтии;
 оториноларингологии;
 офтальмологии;
 педиатрии;
 применению методов традиционной медицины;
 профпатологии;
 психотерапии;
 пульмонологии;
 ревматологии;
 рентгенологии;
 рефлексотерапии;
 сексологии;
 стоматологии;
 стоматологии детской;
 стоматологии ортопедической;
 стоматологии терапевтической;
 стоматологии хирургической;
 терапии;
 травматологии и ортопедии;
 ультразвуковой диагностике;
 урологии;
 физиотерапии;
 фтизиатрии;
 функциональной диагностике;
 экспертизе временной нетрудоспособности;
 эндокринологии;
 эндоскопии.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 17 августа 2007 г. № 522

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЁННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

В соответствии со статьей 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 6, ст. 640) Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.
2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:
утвердить медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека;
давать необходимые разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. ФРАДКОВ

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 17 августа 2007 г. № 522

**ПРАВИЛА
ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА,
ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок определения при проведении судебно-медицинской экспертизы степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

2. Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.

3. Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков, предусмотренных пунктом 4 настоящих Правил, и в соответствии с медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

4. Квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются:

а) в отношении тяжкого вреда:

вред, опасный для жизни человека;

потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;

прерывание беременности;

психическое расстройство;

заболевание наркоманией либо токсикоманией;

неизгладимое обезображивание лица;

значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть;

полная утрата профессиональной трудоспособности;

б) в отношении средней тяжести вреда:

длительное расстройство здоровья;

значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;

в) в отношении легкого вреда:

кратковременное расстройство здоровья;

незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

5. Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

6. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом - судебно-медицинским экспертом (далее - эксперт).

7. Объектом судебно-медицинской экспертизы является живое лицо, либо труп (его части), а также материалы дела и медицинские документы, предоставленные в распоряжение эксперта в установленном порядке.

Медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные о характере повреждений и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы.

При необходимости эксперт составляет ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов, по получении которых проведение судебно-медицинской экспертизы возобновляется.

8. В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица к проведению судебно-медицинской экспертизы привлекаются врачи-специалисты организаций, в которых имеются условия, необходимые для проведения таких обследований.

9. При проведении судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

10. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого такого воздействия.

В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится по их совокупности.

При наличии повреждений разной давности возникновения определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека каждым из них, производится отдельно.

11. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, повлекшего за собой психическое расстройство и (или) заболевание наркоманией либо токсикоманией, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача-психиатра и (или) врача-нарколога либо врача-токсиколога.

12. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, повлекшего прерывание беременности, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача акушера-гинеколога.

13. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом. Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости указанного повреждения.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ
от 24 апреля 2008 г. № 194н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО
ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

В соответствии с пунктом 3 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 35, ст. 4308), приказываю:

Утвердить Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, согласно приложению.

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение
к Приказу Министерства
здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 24 апреля 2008 г. № 194н

**МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО
ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

I. Общие положения

1. Настоящие Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (далее – Медицинские критерии), разработаны в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека" (далее – Правила).

2. Медицинские критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые используются для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при производстве судебно-медицинской экспертизы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

3. Медицинские критерии используются для оценки повреждений, обнаруженных при судебно-медицинском обследовании живого лица, исследовании трупа и его частей, а также при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам дела и медицинским документам.

4. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом – судебно-медицинским экспертом, а при его отсутствии – врачом иной специальности (далее – эксперт), привлеченным для производства экспертизы, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

5. Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды <*>.

<*> Пункт 2 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522.

**II. Медицинские критерии квалифицирующих признаков тяжести
вреда здоровью**

6. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью являются:

6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее – вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни:

6.1.1. рана головы (волосистой части, века и окологлазничной области, носа, уха, щеки и височно-нижнечелюстной области, других областей головы), проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга;

6.1.2. перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости, или верхней стенки глазницы, или решетчатой кости, или клиновидной кости,

или височной кости, за исключением изолированной трещины наружной костной пластинки свода черепа и переломов лицевых костей: носа, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка, небной кости, нижней челюсти;

6.1.3. внутричерепная травма: разможжение вещества головного мозга; диффузное аксональное повреждение головного мозга; ушиб головного мозга тяжелой степени; травматическое внутримозговое или внутрижелудочковое кровоизлияние; ушиб головного мозга средней степени или травматическое эпидуральное, или субдуральное, или субарахноидальное кровоизлияние при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов;

6.1.4. рана шеи, проникающая в просвет глотки или гортани, или шейного отдела трахеи, или шейного отдела пищевода; ранение щитовидной железы;

6.1.5. перелом хрящей гортани: щитовидного или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожжовидного, или трахеальных хрящей;

6.1.6. перелом шейного отдела позвоночника: перелом тела или двусторонний перелом дуги шейного позвонка, или перелом зуба II шейного позвонка, или односторонний перелом дуги I или II шейных позвонков, или множественные переломы шейных позвонков, в том числе без нарушения функции спинного мозга;

6.1.7. вывих одного или нескольких шейных позвонков; травматический разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного отдела позвоночника со сдавлением спинного мозга;

6.1.8. ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

6.1.9. рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость или в полость перикарда, или в клетчатку средостения, в том числе без повреждения внутренних органов;

6.1.10. закрытое повреждение (разможжение, отрыв, разрыв) органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи; травматический гемоперикард или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс; диафрагмы или лимфатического грудного протока, или вилочковой железы;

6.1.11. множественные двусторонние переломы ребер с нарушением анатомической целостности каркаса грудной клетки или множественные односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям с образованием подвижного участка грудной стенки по типу "реберного клапана";

6.1.12. перелом грудного отдела позвоночника: перелом тела или дуги одного грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга, либо нескольких грудных позвонков;

6.1.13. вывих грудного позвонка; травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе со сдавлением спинного мозга;

6.1.14. ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

6.1.15. рана живота, проникающая в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов;

6.1.16. закрытое повреждение (разможжение, отрыв, разрыв): органов брюшной полости – селезенки или печени и (или) желчного пузыря, или поджелудочной железы, или желудка, или тонкой кишки, или ободочной кишки, или прямой кишки, или большого сальника, или брыжейки толстой и (или) тонкой кишки; органов забрюшинного пространства – почки, надпочечника, мочеточника;

6.1.17. рана нижней части спины и (или) таза, проникающая в забрюшинное пространство, с повреждением органов забрюшинного пространства: почки или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей и горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей и нисходящей ободочной кишки;

6.1.18. перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника: тела или дуги одного либо нескольких поясничных и (или) крестцовых позвонков с синдромом "конского хвоста";

6.1.19. вывих поясничного позвонка; травматический разрыв межпозвоночного диска в поясничном, пояснично-крестцовом отделе с синдромом "конского хвоста";

6.1.20. ушиб поясничного отдела спинного мозга с синдромом "конского хвоста";

6.1.21. повреждение (разможжение, отрыв, разрыв) тазовых органов: открытое и (или) закрытое повреждение мочевого пузыря или перепончатой части мочеиспускательного канала, или яичника, или маточной (фаллопиевой) трубы, или матки, или других тазовых органов (предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящего протока);

6.1.22. рана стенки влагалища или прямой кишки, или промежности, проникающая в полость и (или) клетчатку малого таза;

6.1.23. двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением непрерывности: переломы обеих лобковых и обеих седалищных костей типа "бабочки"; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в заднем отделе: вертикальные переломы крестца, подвздошной кости, изолированные разрывы крестцово-подвздошного сочленения; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в переднем и заднем отделах: односторонние и двусторонние вертикальные переломы переднего и заднего отделов таза на одной стороне (перелом Мальгенья); диагональные переломы – вертикальные переломы в переднем и заднем отделах таза на противоположных сторонах (перелом Воллюмье); различные сочетания переломов костей и разрывов сочленений таза в переднем и заднем отделах;

6.1.24. рана, проникающая в позвоночный канал шейного или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и "конского хвоста";

6.1.25. открытое или закрытое повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга; разможжение спинного мозга;

6.1.26. повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма) крупных кровеносных сосудов: аорты или сонной артерии (общей, наружной, внутренней), или подключичной, или подмышечной, или плечевой, или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или подколенной артерий и (или) сопровождающих их магистральных вен;

6.1.27. тупая травма рефлексогенных зон: области гортани, области каротидных синусов, области солнечного сплетения, области наружных половых органов при наличии клинических и морфологических данных;

6.1.28. термические или химические, или электрические, или лучевые ожоги III – IV степени, превышающие 10% поверхности тела; ожоги III степени, превышающие 15% поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 20%

поверхности тела; ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся развитием ожоговой болезни; ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением голосовой щели;

6.1.29. отморожения III – IV степени с площадью поражения, превышающей 10% поверхности тела; отморожения III степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; отморожения II степени с площадью поражения, превышающей 20% поверхности тела;

6.1.30. лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой и крайне тяжелой степени.

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III – IV) степени;

6.2.2. кома II – III степени различной этиологии;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоз эмболии) сосудов головного мозга или легких;

6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечнососудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1 – 6.2.8 Медицинских критериев;

6.2.10. различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1 – 6.2.8 Медицинских критериев.

6.3. Потеря зрения – полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы, отравления либо иного внешнего воздействия у человека возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока, обладавшего зрением до травмы, также оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в результате потери слепого глаза проводится по признаку длительности расстройства здоровья.

6.4. Потеря речи – необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

6.5. Потеря слуха – полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3 – 5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

6.6. Потеря какого-либо органа или утрата органом его функций:

6.6.1. потеря руки или ноги, т.е. отделение их от туловища или стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их функции); потеря кисти или стопы приравнивается к потере руки или ноги;

6.6.2. потеря производительной способности, выражающаяся у мужчин в способности к совокуплению или оплодотворению, у женщин – в способности к совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению;

6.6.3. потеря одного яичка.

6.7. Прерывание беременности – прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причинным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства.

Прерывание беременности в результате заболеваний матери и плода должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью и не должно быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью.

Если внешние причины обусловили необходимость прерывания беременности путем медицинского вмешательства (выскабливание матки, кесарево сечение и прочее), то эти повреждения и наступившие последствия приравниваются к прерыванию беременности и оцениваются как тяжкий вред здоровью.

6.8. Психическое расстройство, возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью, т.е. быть его последствием.

6.9. Заболевание наркоманией либо токсикоманией.

6.10. Неизгладимое обезображивание лица.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом.

Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости данного повреждения, а также его медицинских последствий в соответствии с Медицинскими критериями.

Под неизгладимыми изменениями следует понимать такие повреждения лица, которые с течением времени не исчезают самостоятельно (без хирургического устранения рубцов, деформаций, нарушений мимики и прочее, либо под влиянием нехирургических методов) и для их устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция).

6.11. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30 процентов).

К тяжкому вреду здоровья, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относят следующие повреждения:

6.11.1. открытый или закрытый перелом плечевой кости: внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки, под- и чрезбугорковый), или хирургической шейки или диафиза плечевой кости;

6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;

6.11.3. открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (перелом-вывих Монтеджа) или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости (перелом-вывих Галеацци);

6.11.4. открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со смещением;

6.11.5. открытый или закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости: внутрисуставной (перелом головки и шейки бедра) или внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением изолированного перелома большого и малого вертелов;

6.11.6. открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости;

6.11.7. открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;

6.11.8. открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости;

6.11.9. открытый или закрытый перелом лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом стопы;

6.11.10. компрессионный перелом двух и более смежных позвонков грудного или поясничного отдела позвоночника без нарушения функции спинного мозга и тазовых органов;

6.11.11. открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра, или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава.

Стойкая утрата общей трудоспособности в иных случаях определяется в процентах, кратных пяти, в соответствии с Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к настоящим Медицинским критериям.

6.12. Полная утрата профессиональной трудоспособности.

Профессиональная трудоспособность связана с возможностью выполнения определенного объема и качества работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в соответствии с Правилами установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 43, ст. 4247).

7. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении средней тяжести вреда здоровью являются:

7.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня) (далее – длительное расстройство здоровья).

7.2. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть – стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30 процентов включительно.

8. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении легкого вреда здоровью являются:

8.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы (до 21 дня включительно) (далее – кратковременное расстройство здоровья).

8.2. Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности – стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 процентов.

9. Поверхностные повреждения, в том числе: ссадина, кровоподтек, ушиб мягких тканей, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана и другие повреждения, не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

III. Заключительные положения

10. Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного Медицинского критерия.

11. При наличии нескольких Медицинских критериев тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому критерию, который соответствует большей степени тяжести вреда.

12. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии нескольких повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого такого воздействия.

13. В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится по их совокупности.

14. При наличии повреждений разной давности возникновения определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека каждым из них, производится отдельно.

15. Возникновение угрожающего жизни состояния должно быть непосредственно связано с причинением вреда здоровью, опасного для жизни человека, причем эта связь не может носить случайный характер.

16. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

17. Расстройство здоровья состоит во временном нарушении функций органов и (или) систем органов, непосредственно связанное с повреждением, заболеванием, патологическим состоянием, обусловившее временную нетрудоспособность.

18. Продолжительность нарушения функций органов и (или) систем органов (временной нетрудоспособности) устанавливается в днях исхода из объективных медицинских данных, поскольку длительность лечения может не совпадать с продолжительностью ограничения функций органов и (или) систем органов человека. Проведенное лечение не исключает наличия у живого лица посттравматического ограничения функций органов и (или) систем органов.

19. Утрата общей трудоспособности при неблагоприятном трудовом и клиническом прогнозах либо при определенном исходе независимо от сроков ограничения трудоспособности, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней (далее – стойкая утрата общей трудоспособности).

20. Стойкая утрата общей трудоспособности заключается в необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

21. У детей трудовой прогноз в части возможности в будущем стойкой утраты общей (профессиональной) трудоспособности определяют так же, как у взрослых, в соответствии с настоящими Медицинскими критериями.

22. В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица проводится комиссионная судебно-медицинская экспертиза с участием врачей-специалистов тех медицинских учреждений, в которых имеются условия, необходимые для ее проведения.

23. При производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

24. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и др. причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

25. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.

26. Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случаях, указанных в пунктах 24 и 25 Медицинских критериев, производится также в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

27. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяется, если:

в процессе медицинского обследования живого лица, изучения материалов дела и медицинских документов сущность вреда здоровью определить не представляется возможным;

на момент медицинского обследования живого лица не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека;

живое лицо, в отношении которого назначена судебно-медицинская экспертиза, не явилось и не может быть доставлено на судебно-медицинскую экспертизу либо живое лицо отказывается от медицинского обследования;

медицинские документы отсутствуют либо в них не содержится достаточных сведений, в том числе результатов инструментальных и лабораторных методов исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Приложение
к Медицинским критериям
определения степени тяжести вреда,
причиненного здоровью человека,
утвержденным Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 24 апреля 2008 г. № 194н

ТАБЛИЦА
ПРОЦЕНТОВ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ
В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН <*>

<*> Используется при судебно-медицинском определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, по квалифицирующему признаку и медицинскому критерию стойкой утраты общей трудоспособности.

№ п.п.	Вред, причиненный здоровью человека в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин	Процент стойкой утраты общей трудоспособности
1	2	3
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМЫ		
1	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: а) значительное снижение интеллекта, значительное уменьшение объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, эпилептические припадки (не реже одного раза в месяц); б) выраженное слабоумие, параличи, частые эпилептические припадки (не реже одного раза в неделю), нарушение процесса узнавания (агнозия), нарушение целенаправленного действия (апраксия), резкое нарушение или потеря речи (афазия), отсутствие координации движения (атаксия), резкие вестибулярные и мозжечковые расстройства. Примечание. Для установления процента стойкой утраты общей трудоспособности достаточно наличия одного остаточного явления тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренного настоящим пунктом.	75 100
2	Тяжелая черепно-мозговая травма, повлекшая: а) легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки; б) умеренные нарушения координации, умеренное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, не резко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2 – 3 раза в год); в) значительные нарушения координации, выраженное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4 – 10 раз в год). Примечание. Для установления процента постоянной утраты общей трудоспособности необходимо наличие не менее двух последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренных настоящим пунктом, или эпилептических припадков.	30 45 60
3	Черепно-мозговая травма: а) не повлекшая за собой возникновения патологических изменений со стороны центральной нервной системы; б) повлекшая за собой значительно выраженные вегетативные симптомы (тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения и др.); в) повлекшая за собой отдельные очаговые симптомы (анизокория, неравенство глазных щелей, отклонение (девиация) языка в сторону, нистагм, сглаженность носогубной складки и др.).	- 10 15
4	Сотрясение головного мозга, повлекшее за собой возникновение отдельных объективных признаков или вегетативных симптомов со стороны центральной нервной системы (неравенство глазных щелей, нистагм, отклонение языка в сторону и др., вегетососудистая дистония, высокие сухожильные рефлексы, гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга и др.).	5
5	Сотрясение головного мозга, не повлекшее за собой нарушений со стороны центральной нервной системы, а также повторные сотрясения головного мозга, подтвержденные объективной неврологической симптоматикой, установленной в медицинском учреждении, но не повлекшие за собой появления новых патологических изменений со стороны центральной нервной системы. Примечания: 1. Критерии стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные пунктами 4 и 5 настоящего Перечня, применяются только в том случае, когда диагноз сотрясения головного мозга подтвержден объективными симптомами, характерными для этого вида черепно-мозговой травмы и установленными при первичном обращении в медицинское учреждение. 2. В тех случаях, когда диагноз сотрясения головного мозга не подтвержден объективными неврологическими признаками, а поставлен на основании анамнеза и субъективных жалоб, пункты 4 и 5 настоящего Перечня не применяются. 3. У лиц, страдающих органическим поражением центральной нервной системы (арахноидитом, энцефалитом, эпилепсией, нарушением мозгового кровообращения и др.) или перенесших ранее тяжелую черепно-мозговую травму, при наличии диагноза сотрясения головного мозга, не подтвержденного динамикой неврологической симптоматики, процент утраты общей трудоспособности не устанавливается.	—
6	Повреждение спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника, повлекшее за собой: а) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушения движений в конечностях и функции тазовых органов; б) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов, легкие монопарезы, не резко выраженные атрофия мышц и нарушение движений, умеренные нарушения трофики и функции тазовых органов; в) значительные расстройства чувствительности; движений в конечностях, выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы, нерезко выраженная спастичность, нарушения трофики и функции тазовых органов; г) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения функции тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушения сердечнососудистой деятельности и дыхания, резко выраженная спастичность.	15 40 60 100
7	Повреждение "конского хвоста", повлекшее за собой:	

	а) легкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в нижних конечностях, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевого синдром); б) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексов, незначительная гипотрофия мышц без нарушения движений в конечностях, а также функции тазовых органов; в) значительные расстройства чувствительности, гипералгезия, нарушение рефлекторной дуги (снижение или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц соответственно области иннервации, умеренные вегетативные расстройства (похолодание нижних конечностей), нарушение функции тазовых органов; г) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений (выраженный парез одной или обеих нижних конечностей), значительное нарушение функции тазовых органов, трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки); д) грубые расстройства чувствительности и движений в обеих нижних конечностях (полный паралич дистальных отделов и глубокий паралич проксимальных), резкое нарушение функции тазовых органов, грубые нарушения трофики (пролежни, трофические язвы).	5 15 40 60 100
8	Травматическая радикулопатия различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника).	5
9	Периферическое повреждение тройничного, лицевого, подъязычного нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: а) умеренное; б) значительное; в) резкое.	5 15 25
10	Повреждение шейного, плечевого сплетений и их нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: а) нарушения чувствительности, рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур; б) нарушения чувствительности и (или) рефлексов с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами; в) значительное ограничение движений в суставах верхней конечности, значительные: атрофия мышц, снижение силы, чувствительности; г) резкое ограничение движений в суставах верхней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности; д) отсутствие движений в суставах верхней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	5 15 25 40 70
11	Повреждение поясничного, крестцового сплетений и их нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: а) нарушения чувствительности и/или рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур; б) нарушения чувствительности и/или рефлексов, с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами; в) значительное ограничение движений в суставах нижней конечности, значительные: атрофия мышц, снижение силы, чувствительности; г) резкое ограничение движений в суставах нижней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности; д) отсутствие движений в суставах нижней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	5 15 25 40 70
ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
12	Паралич аккомодации: а) одного глаза; б) обоих глаз.	15 30
13	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения).	30
14	Сужение поля зрения: а) концентрическое: в одном глазу до 60°, в одном глазу до 30°, в одном глазу до 5°, в двух глазах до 60°, в двух глазах до 30°, в двух глазах до 5°; б) неконцентрическое: в одном глазу до 50°, в одном глазу до 25°, в одном глазу до 5°, в двух глазах до 50°, в двух глазах до 25°, в двух глазах до 5°. Примечание. При снижении остроты зрения и концентрическом сужении полей зрения в результате травмы процент стойкой утраты общей трудоспособности в связи с травмой одного глаза не должен превышать 35 процентов.	10 20 30 20 40 60 5 10 15 10 20 30
15	Опущение века (птоз) и параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век: а) одного глаза: веко закрывает (не закрывает) зрачок до половины, веко закрывает (не закрывает) зрачок полностью; б) обоих глаз:	10 20

	веки закрывают (не закрывают) зрачки до половины, веки закрывают (не закрывают) зрачки полностью.	25 50	
16	Пульсирующий экзофтальм: а) одного глаза: легкая степень – умеренно выраженный, средняя степень – значительно выраженный, сильная степень – резко выраженный; б) обоих глаз: легкая степень – умеренно выраженный, средняя степень – значительно выраженный, сильная степень – резко выраженный.	20 30 40 35 60 85	
17	Конъюнктивит, кератит, рубцовый трихиаз, заворот века одного глаза, установленные при освидетельствовании, без снижения остроты зрения: а) одного глаза; б) обоих глаз.	5 10	
18	Иридоциклит или хориоретинит, установленные при судебно- медицинской экспертизе, без снижения остроты зрения: а) одного глаза; б) обоих глаз. Примечание. При снижении остроты зрения в результате заболеваний, явившихся следствием травмы и перечисленных в пунктах 17 и 18 настоящего Перечня, стойкая утрата общей трудоспособности определяется в соответствии с п. 24 настоящего Перечня. При этом пункты 17 и 18 настоящего Перечня не применяются.	10 20	
19	Нарушение функции слезовыводящих путей: а) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезно-носового канала; б) травматический дакриоцистит.	10 20	
20	Рубцы оболочек глазного яблока, колобома (дефект радужной оболочки, изменение формы зрачка), гемофтальм, смещение хрусталика одного глаза, не вызвавшие снижения остроты зрения.	5	
21	Полная потеря зрения: а) единственного глаза, обладавшего зрением; б) обоих глаз, обладавших зрением.	65 100	
22	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением	5	
23	Последствия перелома орбиты, не проникающего в полость черепа: а) без повреждения мышц и смещения глазного яблока; б) с повреждением глазных мышц и смещением глазного яблока. Примечание. Последствия проникающих переломов верхней стенки орбиты определяются в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 1 – 4 настоящего Перечня, а непроникающих – в соответствии с пунктом 23 настоящего Перечня.	10 20	
24	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы:		
	Острота зрения до травмы	Острота зрения после травмы	
	1,0	0,9 0,8 0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 5 5 10 10 15 20 25 30 35
	0,9	0,8 0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 5 5 10 10 15 20 30 35
	0,8	0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 10 10 15 20 25 30 35
	0,7	0,6 0,5 0,4	5 5 10

		0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	10 15 20 25 30
	0,6	0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 10 10 15 20 25
	0,5	0,4 0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 10 10 15 20
	0,4	0,3 0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 10 15 20
	0,3	0,2 0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 5 10 20
	0,2	0,1 0,09 – 0,05 0,04 и ниже	5 10 20
	0,1	0,09 – 0,05 0,04 и ниже	10 20
	ниже 0,1	0,04 и ниже	20
Примечания:			
1. При отсутствии или противоречивости сведений об остроте зрения до травмы следует ориентироваться на остроту зрения неповрежденного глаза.			
2. К полной слепоте приравнивается острота зрения, равная 0,04 и ниже.			
3. При удалении глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также сморщивании его процент стойкой утраты общей трудоспособности увеличивается на 10 процентов.			
ОРГАНЫ СЛУХА			
25	Гнойное воспаление среднего уха (мезотимпанит): а) одного уха; б) обоих ушей.		5 10
26	Посттравматический эпитимпанит (холестеатома, грануляции): а) одного уха; б) обоих ушей.		10 20
27	Нарушения вестибулярной функции в результате прямой травмы органа слуха, подтвержденные данными вестибулометрии. Примечание. Вестибулярные нарушения, вызванные черепно-мозговой травмой, учитываются в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 1 – 2 настоящего Перечня.		15
28	Отсутствие до 1/3 части ушной раковины, вызывающее ее деформацию.		5
29	Отсутствие одной ушной раковины или части ее (1/3 и более).		15
30	Отсутствие двух ушных раковин.		30
31	Понижение слуха одного уха: а) шепотная речь на расстоянии не более 1 м, разговорная – от 1 до 3 м, понижение слуха на 30 – 50 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц; б) шепотная речь – 0, разговорная – до 1 м, понижение слуха на 60 – 80 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц; в) полная глухота – шепотная и разговорная речь – 0.		5 15 25
32	Посттравматический разрыв барабанной перепонки, не повлекший за собой снижения слуха. Примечание. Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктом 31 настоящего Перечня. Пункт 32 настоящего Перечня при этом не применяется.		5
ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ			
33	Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей) и связанное с этим нарушение внешнего вида лица.		70
34	Отсутствие крыльев и кончика носа и связанное с этим нарушение внешнего вида лица.		40
35	Отсутствие кончика или крыла носа и связанное с этим нарушение внешнего вида лица.		10
36	Нарушение носового дыхания в результате травмы: а) одностороннее; б) двухстороннее; в) одностороннее отсутствие носового дыхания;		5 10 15

	г) двухстороннее отсутствие носового дыхания.	30
37	Нарушение функции гортани или трахеи в результате их повреждения: а) осиплость голоса при физической нагрузке; б) дисфония, нарушение дыхания (одышка) в покое; в) постоянное ношение трахеостомической трубки, афония (потеря голоса).	10 35 60
38	Уменьшение дыхательной поверхности легкого, ателектаз, нагноительные процессы с развитием легочной недостаточности: а) умеренно выраженной (одышка, акроцианоз при незначительной физической нагрузке, учащение пульса); б) значительно выраженной (одышка, синюшность лица при незначительной физической нагрузке, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация в эпигастральной области); в) резко выраженной (одышка в покое, резкая одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких – мраморность кожи, расширенная сеть венозных сосудов).	15 30 60
39	Удаление части легкого.	40
40	Удаление легкого.	65
41	Деформация грудной клетки в результате множественных переломов ребер, грудины: а) с умеренным ограничением подвижности при акте дыхания, сопровождающимся умеренно выраженной легочной недостаточностью; б) со значительным ограничением подвижности при акте дыхания, сопровождающимся значительно выраженной легочной недостаточностью; в) с резким ограничением подвижности при акте дыхания, резко выраженной легочной недостаточностью, нарушением функции органов средостения.	20 35 65
СЕРДЕЧНОСОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		
42	Сердечнососудистая недостаточность вследствие ранения сердца, его оболочек или крупных магистральных сосудов: а) I степень – учащение пульса, одышка, отеки после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки; б) II степень – значительная одышка, застойные явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание вен шеи; в) III степень – нарушение ритма дыхания, застойные явления в легких, выпот в полости плевры, кровохарканье, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени и др.	30 60 90
43	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов: а) умеренная отечность, снижение пульсации; б) значительная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации; в) резкая отечность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы).	10 20 30
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
44	Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти: а) умеренное нарушение прикуса и акта жевания; б) значительное нарушение прикуса и акта жевания; в) резкое нарушение прикуса и открывания рта, деформация челюсти.	10 15 20
45	Отсутствие части верхней или нижней челюсти. Примечание. Отсутствие альвеолярного отростка челюсти не дает оснований для применения критерия стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренного пунктом 45 настоящего Перечня и установления процента стойкой утраты общей трудоспособности.	40
46	Отсутствие челюсти. Примечания: 1. Проценты стойкой утраты общей трудоспособности, указанные в пунктах 45 – 46 настоящего Перечня, учитывают и потерю зубов независимо от их количества. 2. В тех случаях, когда травма нижней или верхней челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, глотки или гортани, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учетом повреждений этих органов в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными соответствующими пунктами настоящего Перечня, путем суммирования процентов.	80
47	Повреждения языка (ранение, ожог, отморожение), повлекшие за собой: а) наличие грубых рубцов, вызывающих затруднение при приеме пищи; б) отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика); в) отсутствие языка на уровне средней трети; г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка.	5 15 35 70
48	Потеря постоянных зубов: а) 1 зуба; б) 2 – 3 зубов; в) 4 – 6 зубов; г) 7 – 10 зубов; д) 11 и более зубов. Примечания: 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере. 2. При потере в результате травмы протезированных несъемными протезами зубов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учетом потери только опорных зубов. При потере в результате травмы съемных протезов процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется.	- 5 10 20 25

	3. При потере молочных зубов у детей процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется только в том случае, если, по заключению врача-стоматолога, травмированный молочный зуб в дальнейшем не будет заменен постоянным. 4. При потере зубов в результате перелома челюсти процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 44 и 48 настоящего Перечня, путем суммирования процентов. 5. Перелом коронок зубов или вывихов зубов, пораженных болезнями кариозного (кариес, пульпит, периодонтит) или не кариозного происхождения (гипоплазия эмали, флюороз), в том числе пломбированных, рассматривается как патологический, и в таких случаях процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется. 6. Перелом зуба (менее ¼ коронки) в результате травмы приравнивается к его потере.	
49	Сужение полости рта, образование слюнной фистулы.	20
50	Сужение глотки или пищевода в результате ожога или ранения: а) затруднение при прохождении твердой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,6 – 1,5 см); б) затруднение при прохождении мягкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,3 – 0,5 см); в) затруднение при прохождении жидкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,2 см и менее); г) непроходимость (при наличии гастростомы), состояние после пластики пищевода.	25 40 70 90
51	Нарушение функции органов пищеварения в результате травмы, острого отравления: а) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит; б) спаечная болезнь, спаечная непроходимость, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости, рубцовое сужение прямой кишки и заднепроходного отверстия; в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ; г) противоестественный задний проход (колостома).	15 30 50 90
52	Удаление желчного пузыря в результате травмы.	20
53	Удаление части печени в результате травмы.	40
54	Удаление селезенки в результате травмы.	30
55	Удаление желудка в результате травмы.	80
56	Удаление в результате травмы части (резекция): а) брыжейки; б) желудка, поджелудочной железы. Примечание. В том случае, если в связи с одной травмой была произведена резекция органов, перечисленных в подпунктах "а" и "б" настоящего пункта, процент стойкой утраты общей трудоспособности устанавливается в размере 30 процентов в соответствии с критерием стойкой утраты общей трудоспособности, указанным в подпункте "б" настоящего пункта.	15 30
МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА		
57	Удаление части почки в результате травмы.	35
58	Удаление почки в результате травмы.	60
59	Нарушение функции мочевыделительной системы в результате травмы (осложнений травмы): а) цистит, уретрит, пиелостит, пиелонефрит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала; б) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря; в) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала. Примечание. Если в результате травмы наступит нарушение функции двух или более органов мочевыделительной системы, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется по одному из критериев стойкой утраты общей трудоспособности, учитывающих наиболее выраженное из установленных нарушений функций мочеполовой системы.	15 30 50
60	Последствия повреждений органов мочеполовой системы с учетом тяжести повреждения: а) легкая степень – умеренное сужение мочеиспускательного канала; б) средняя степень – значительное сужение мочеиспускательного канала; в) тяжелая степень – непроходимость уретры, ректовагинальные и (или) уретровагинальные свищи.	15 30 50
МЯГКИЕ ТКАНИ		
61	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ран, расположенные на лице и (или) переднебоковой поверхности шеи: а) занимающие до 10% указанной поверхности; б) занимающие 10 – 20%; в) занимающие 20 – 30%; г) свыше 30% данной поверхности. Примечания: 1. Условные анатомические границы области лица: верхняя – край волосистого покрова головы в норме; боковая – передний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти; нижняя – угол и нижний край тела нижней челюсти. При производстве судебно-медицинской экспертизы границы области лица включают ушные раковины. 2. К косметическим заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. 3. Обезображивание – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате воздействия внешних причин. При этом обосновывается вывод о неизгладимости повреждения.	5 15 25 35
62	Наличие на туловище, конечностях (без нарушения функции суставов), волосистой части головы рубцов, образовавшихся в результате различных травм: а) площадью от 5 см ² до 0,5% поверхности тела; б) площадью от 0,5 до 2% поверхности тела; в) площадью от 2 до 4% поверхности тела; г) площадью от 4 до 6% поверхности тела;	5 10 15 20

	д) площадью от 6 до 8% поверхности тела; е) площадью от 8 до 10% поверхности тела; ж) площадью от 10% и более. Примечания: 1. При нарушении функции сустава в результате образования рубцов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, перечисленными в соответствующих пунктах настоящего Перечня. Критерии, указанные в настоящем пункте, при этом не применяются и площадь рубцов, вызвавших контрактуру, при определении общей площади рубцовых изменений не учитывается. 2. Один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев пострадавшего. 3. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного аутоотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.	25 30 35		
ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ				
Позвоночник				
63	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела, за исключением копчика: а) умеренное ограничение подвижности; б) значительное ограничение подвижности; в) резкое ограничение подвижности; г) полная неподвижность позвоночника (в том числе и одного из отделов), резкая его деформация. Примечание. При переломах или вывихах позвонков различных отделов позвоночника, повлекших за собой нарушение его функции, процент стойкой утраты общей трудоспособности устанавливается с учетом наиболее выраженного нарушения функции по одному из подпунктов, перечисленных в настоящем пункте.	30 40 50 70		
64	Удаление части копчика в результате травмы.	15		
65	Удаление копчика в результате травмы.	20		
Верхняя конечность			пра- вая	ле- вая
Лопатка и ключица				
66	Нарушение функции плечевого пояса в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудино-ключичного сочленений: а) умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе; б) значительная деформация, выраженная атрофия мышц, гипотрофия, значительное ограничение движений в плечевом суставе; в) резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений в плечевом суставе. Примечания. 1. Для определения степени ограничения движений в плечевом суставе следует пользоваться критериями стойкой утраты общей трудоспособности, указанными в пункте 62 настоящего Перечня. 2. В случаях, когда правая (или левая) конечность является рабочей, используются проценты стойкой утраты общей трудоспособности, указанные в графе 3 соответственно "правая" (или "левая").	15 20 30	10 15 25	
Плечевой сустав				
67	Костный анкилоз (неподвижность) плечевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными.	40	35	
68	Болтающийся плечевой сустав в результате резекции головки плечевой кости или суставной поверхности лопатки в связи с травмой.	60	50	
69	Ограничение движений (контрактура) в плечевом суставе: а) умеренно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 120 – 150°; разгибание (отведение назад) – 20 – 30°; отведение плеча в сторону – 120 – 150°; б) значительно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 75 – 115°; разгибание (отведение назад) – 5 – 15°; отведение плеча в сторону – 75 – 115°; в) резко выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 5 – 70°; разгибание (отведение назад) – 0°; отведение плеча в сторону – 5 – 70°. Примечание. Объем движений в плечевом суставе в норме: отведение плеча вперед (сгибание – 180°); отведение плеча назад (разгибание – 40 – 60°); отведение плеча в сторону – 150 – 180°; ротация внутрь – 90°; ротация наружу – 50°.	15 20 30	10 15 25	
70	Привычный вывих плеча. Примечание. При вывихе плеча, повлекшем за собой нарушение функции плечевого сустава, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктом 69 настоящего Перечня.	20	15	
Плечо				
71	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее).	80	75	
72	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культи на уровне верхней трети плеча.	75	70	
73	Культи плеча на уровне средней или нижней трети.	70	65	
74	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости.	45	40	
75	Нарушение функции плеча: а) умеренное ограничение движений в локтевом и плечевом суставах; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом) и значительное ограничение движений в другом; в) значительное ограничение движений в локтевом и плечевом суставах или умеренное ограничение	20 25	15 20	

	движений в одном из них и резкое ограничение в другом; г) значительное ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом) и резкое ограничение движений в другом; д) резкое ограничение движений в локтевом и плечевом суставах. Примечания: 1. Для определения степени ограничения движений в локтевом и плечевом суставах следует пользоваться критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 78 и 69 настоящего Перечня. 2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено, что травма плеча повлекла за собой ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом), процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктами 78 и 69 настоящего Перечня.	30 35 40	25 30 35
Локтевой сустав			
76	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции суставной поверхности плечевой и локтевой костей.	50	40
77	Костный анкилоз (неподвижность) локтевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными: а) в функционально выгодном положении (угол от 60 до 90°); б) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60° или больше 90°).	35 40	30 35
78	Ограничение движений (контрактура) в локтевом суставе: а) умеренно выраженное: сгибание – 50 – 60°; разгибание – 170 – 160°; б) значительно выраженное: сгибание – 65 – 90°; разгибание – 155 – 140°; в) резко выраженное: от 95° до 135°. Примечание. Объем движений в локтевом суставе в норме: сгибание 30 – 45°; разгибание 175 – 180°.	10 20 30	10 15 25
Предплечье			
79	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культи на уровне верхней трети.	70	65
80	Культи предплечья на уровне средней или нижней трети	65	60
81	Ложный сустав, несросшийся перелом в области диафиза или метафиза (верхняя, средняя или нижняя треть): а) одной кости предплечья; б) обеих костей предплечья.	25 40	20 35
82	Нарушение функции предплечья: а) умеренное ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах, ограничение супинации и пронации от 45° до 60°; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и значительное в другом, ограничение супинации и пронации от 25° до 40°; в) значительное ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое в другом, ограничение супинации и пронации от 0° до 20°; г) значительное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и резкое в другом; д) резкое ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах. Примечания: 1. Для определения степени ограничения движений в лучезапястном и локтевом суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 84 и 78 настоящего Перечня. 2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено, что травма предплечья повлекла за собой ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом), процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктами 84 и 78 настоящего Перечня. 3. Измерение амплитуды вращательных движений производится от 0° (положения среднего между пронацией и супинацией). При этом рука должна быть согнута в локтевом суставе под углом 90 – 100°.	15 20 25 30 35	10 15 20 25 30
Лучезапястный сустав			
83	Костный анкилоз (неподвижность) лучезапястного сустава, подтвержденный данными рентгенологического исследования: а) в функционально выгодном положении (сгибание или разгибание до 20°); б) в функционально невыгодном положении (сгибание или разгибание 20° и более).	30 40	25 35
84	Ограничение движений (контрактура) в лучезапястном суставе: а) умеренно выраженное: сгибание – 30 – 40°; разгибание – 30 – 40°; б) значительно выраженное: сгибание – 20 – 25°; разгибание – 20 – 25°; в) резко выраженное: сгибание – 0 – 15°; разгибание – 0 – 15°. Примечание. Объем движений в лучезапястном суставе в норме: сгибание – 50 – 75°, разгибание – 50 – 70°. Отсчет ведется от 0°.	10 15 25	10 15 20
Кисть			
Запястье, пясть			
85	Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных костей.	65	60
86	Ложные суставы или несросшиеся переломы костей запястья или пястных костей.	15	10
87	Нарушение функции кисти в результате травмы запястья, пясти (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности): а) умеренно выраженное; б) значительно выраженное; в) резко выраженное.	10 15 20	10 10 15
Пальцы кисти			
Первый (большой) палец			

88	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию.	5	5
89	Культя на уровне: а) ногтевой фаланги; б) межфалангового сустава; в) основной фаланги.	10 15 20	10 15 15
90	Отсутствие пальца (экзартикуляция)	25	20
91	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее	30	25
92	Костный анкилоз (неподвижность) одного из суставов пальца: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	10 15	10 10
93	Костный анкилоз (неподвижность) двух суставов пальца: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	15 20	10 15
94	Костный анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	20 25	15 20
95	Нарушение функции пальца вследствие ограничения движений в суставах: а) умеренно выраженного; б) значительно выраженного; в) резко выраженного в функционально невыгодном (полусогнутом) положении; г) резко выраженного в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении.	5 10 15 20	5 10 10 15
Второй (указательный) палец			
96	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культя на уровне дистальной половины ногтевой фаланги.	5	5
97	Культя на уровне: а) ногтевой фаланги, второго (дистального) межфалангового сустава; б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава; в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца).	10 15 20	10 10 15
98	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	25	20
99	Нарушение функции пальца: а) умеренно выраженное ограничение движений в суставах; б) значительно выраженное ограничение движений в суставах, анкилоз или резкое ограничение движений во втором (дистальном) межфаланговом суставе; в) резко выраженное ограничение движений в суставах в функционально выгодном (полусогнутом) положении, анкилоз первого (проксимального) межфалангового или пястно-фалангового сустава, подтвержденный рентгенологическими данными; г) резко выраженное ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный рентгенологическими данными.	5 10 15 20	5 10 15 15
Третий (средний), четвертый (безымянный) или пятый (мизинец) пальцы			
100	Культя на уровне: а) ногтевой фаланги, второго (дистального) межфалангового сустава; б) средней фаланги, первого (проксимального) межфалангового сустава; в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца).	5 10 15	5 10 10
101	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	20	15
102	Нарушение функции одного пальца: а) умеренное ограничение движений в суставах, анкилоз, значительное и резкое ограничение движений во втором (дистальном) межфаланговом суставе; б) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава, подтвержденный рентгенологическими данными; в) контрактура пальца в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный рентгенологическими данными.	5 10 15	5 10 15
Несколько пальцев одной кисти			
103	Отсутствие двух пальцев кисти: а) первого и второго (I + II); б) первого с третьим, четвертым или пятым (I + III), (I + IV), (I + V); в) второго с третьим, четвертым или пятым (II + III), (II + IV), (II + V); г) третьего с четвертым или пятым (III + IV), (III + V); д) четвертого с пятым (IV + V).	45 40 35 30 30	40 35 30 25 25
104	Отсутствие трех пальцев кисти: а) первого и второго с третьим, четвертым или пятым (I + II + III), (I + II + IV), (I + II + V); б) первого и третьего с четвертым или пятым (I + III + IV), (I + III + V); в) первого и четвертого с пятым (I + IV + V); г) второго и третьего с четвертым (II + III + IV), (II + III + V); д) второго и четвертого с пятым (II + IV + V); е) третьего и четвертого с пятым (III + IV + V).	55 50 50 45 45 40	50 45 45 40 40 35
105	Отсутствие четырех пальцев кисти: а) первого, второго и третьего с четвертым или пятым (I + II + III + IV), (I + II + III + V); б) первого, второго, четвертого и пятого (I + II + IV + V); в) первого, третьего, четвертого и пятого (I + III + IV + V); г) второго, третьего, четвертого и пятого (II + III + IV + V).	60 60 55 50	55 55 50 45
Примечание.			

	При отсутствии двух и более пальцев с пястными костями или частью их процент стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренный пунктами 104, 105, 106 настоящего Перечня, увеличивается независимо от количества пальцев на 5% однократно.		
106	Отсутствие всех пальцев кисти	65	60
107	Нарушение функции пальцев кисти: а) умеренное ограничение движений в суставах: двух пальцев; трех пальцев; четырёх пальцев; пяти пальцев. б) значительное ограничение движений в суставах, а также анкилозы дистальных межфаланговых суставов: двух пальцев; трех пальцев; четырёх пальцев; пяти пальцев. в) резкое ограничение движений в суставах в функционально выгодном (полусогнутом) положении: двух пальцев; трех пальцев; четырёх пальцев; пяти пальцев. г) резкое ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов: двух пальцев; трех пальцев; четырёх пальцев; пяти пальцев.	10 15 20 25 15 20 25 30 20 25 35 45 25 35 40 50	5 10 15 20 10 15 20 25 15 20 30 40 20 30 35 45
ТАЗ			
108	Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений: а) умеренное нарушение статики, походки, умеренное ограничение движений в одном тазобедренном суставе; б) значительное нарушение статики, походки, умеренное ограничение движений в двух тазобедренных суставах или значительное ограничение в одном из этих суставов; в) резкое нарушение статики, походки, значительное ограничение движений в двух тазобедренных суставах или резкое ограничение движений в одном из этих суставов. Примечание. При изолированных переломах вертлужной впадины процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктом 110 настоящего Перечня.	25 30 50	
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ			
Тазобедренный сустав			
109	Костный анкилоз (неподвижность), а также болтающийся тазобедренный сустав, подтвержденные рентгенологическими данными: а) анкилоз в функционально выгодном (разогнутом) положении; б) анкилоз в функционально невыгодном (согнутом) положении; в) болтающийся тазобедренный сустав в результате резекции головки бедра и/или вертлужной впадины.	45 60 70	
110	Ограничение движений (контрактура) в тазобедренном суставе: а) умеренно выраженное (сгибание – 70 – 80°, разгибание – 10°, отведение – 30 – 35°); б) значительно выраженное (сгибание – от 55 до 70°, разгибание – 0 – 5°, отведение – от 30 до 20°); в) резко выраженное (сгибание – до 55°, разгибание – 0°, отведение – до 20°). Примечания: 1. Объем движений в тазобедренном суставе в норме: сгибание – 90 – 100°, разгибание – 15°, отведение – 40 – 50° (отсчет ведется от 0°). 2. Наличие эндопротеза тазобедренного сустава, примененного в связи с травмой, дает основание для применения критерия стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренного подпунктом "б" настоящего пункта. Однако если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено, что имеется резко выраженная контрактура, то процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критерием, предусмотренным подпунктом "в" настоящего пункта. 3. Процент стойкой утраты общей трудоспособности по подпунктам "б" или "в" настоящего пункта определяется только в том случае, если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено ограничение движений в тазобедренном суставе в пределах, характерных для каждой степени не менее чем в двух направлениях. Если такое ограничение будет установлено только в одном направлении, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными подпунктами "а" или "б" настоящего пункта.	25 30 35	
Бедро			
111	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культя бедра на уровне верхней трети.	70	
112	Культь бедра на уровне средней или нижней трети.	65	
113	Несросшийся перелом или ложный сустав бедра.	55	
114	Нарушение функции бедра в результате травмы: а) умеренное ограничение движений в тазобедренном или коленном суставах; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном или коленном) и значительное в другом;	30 35	

	в) значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое ограничение в другом; г) значительное ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном или коленном) и резкое ограничение движений в другом; д) резкое ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах. Примечания: 1. Для определения степени ограничения движений в коленном и тазобедренном суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 110 или 118 настоящего Перечня. 2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено, что травма бедра повлекла за собой ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном или коленном), процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктами 110 или 118 настоящего Перечня. Пункт 114 настоящего Перечня при этом не применяется.	45 50 60
Коленный сустав		
115	Болтающийся коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей бедра и/или большеберцовой	45
116	Костный анкилоз (неподвижность) коленного сустава: а) в функционально выгодном (разогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (согнутом под углом не более 160°) положении.	35 50
117	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата	10
118	Ограничение движений (контрактура) в коленном суставе: а) умеренно выраженное (сгибание – от 75 до 85°, разгибание – от 170 до 175° или сгибание – от 90 до 105°, разгибание – от 170 до 175°); б) значительно выраженное (сгибание – от 90 до 105°, разгибание – 150 до 165° или сгибание – больше 105°, разгибание – от 150 до 165°); в) резко выраженное (сгибание – больше 105°, разгибание – меньше 150°). Примечание. Объем движений в коленном суставе в норме: сгибание – 40 – 70°, разгибание – 180°.	20 25 30
Голень		
119	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культи на уровне верхней трети голени	60
120	Культи на уровне: а) средней трети голени; б) нижней трети голени.	55 50
121	Ложный сустав или несросшийся перелом костей голени: а) обеих костей; б) большеберцовой кости; в) малоберцовой кости; г) большеберцовой и сросшийся перелом малоберцовой; д) малоберцовой и сросшийся перелом большеберцовой.	45 35 10 40 20
122	Нарушение функции голени: а) умеренное ограничение движений в коленном или голеностопном суставах; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (коленном или голеностопном) и значительное ограничение в другом; в) значительное ограничение движений в коленном и голеностопном суставах или умеренное ограничение движений в одном и резкое ограничение в другом; г) значительное ограничение движений в одном из суставов (коленном или голеностопном) и резкое ограничение в другом; д) резкое ограничение движений в коленном и голеностопном суставах. Примечания: 1. Для определения степени ограничения движений в коленном и голеностопном суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 118 и 125 настоящего Перечня. 2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено, что травма голени повлекла за собой ограничение движений в одном из суставов (коленном или голеностопном), процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктами 118 или 125 настоящего Перечня.	25 30 35 40 45
Голеностопный сустав		
123	Болтающийся голеностопный сустав. Примечание. Пункт 123 настоящего Перечня применяется при частичном или полном отсутствии суставных поверхностей большеберцовой и таранной костей, подтвержденном данными рентгенологического исследования.	35
124	Костный анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава, подтвержденный рентгенологическими данными: а) в функционально выгодном положении (под углом 90 – 95°); б) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении.	30 40
125	Ограничение движений (контрактура) в голеностопном суставе: а) умеренно выраженное: (разгибание – 80 – 85°, сгибание – 110 – 130°); б) значительно выраженное: (разгибание – 90 – 95°, сгибание – 90 – 105°); в) резко выраженное: (разгибание и сгибание в пределах 10°). Примечание. Объем движений в голеностопном суставе в норме: разгибание – 70 – 75°, сгибание – 135 – 140°. Отсчет ведется от угла 90° – функционально выгодного положения стопы.	15 20 25
Стопа		
126	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутация стопы на уровне пяточной или таранной кости.	45

127	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне костей предплюсны.	40
128	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей.	35
129	Нарушение функции стопы в результате ее травмы: а) умеренно выраженная отечность, умеренное нарушение статики; б) значительно выраженная отечность, значительное нарушение статики, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе; в) резко выраженная отечность, резкое нарушение статики, значительное ограничение движений в голеностопном суставе; г) резко выраженная отечность, резкое нарушение статики, резкое ограничение движений в голеностопном суставе.	15 20 25 30
Пальцы стопы		
130	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговых суставах или ампутации на уровне основных фаланг.	25
131	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее.	15
132	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или ампутация на уровне основной фаланги.	10
133	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или культи на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава.	5
134	Отсутствие пальцев одной стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги (кроме первого): а) одного пальца; б) двух – трех пальцев; в) четырех пальцев.	5 10 15
135	Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее (кроме первого): а) одного пальца; б) двух-трех пальцев; в) четырех пальцев.	10 15 20
136	Нарушение функции пальцев или отсутствие одной, двух фаланг (кроме первого): а) одного-двух пальцев; б) трех-четырех пальцев. Примечание. Если после травмы двух и более пальцев стопы (кроме первого) функция одного из них полностью восстановилась, а функция остальных оказалась нарушенной, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными настоящим пунктом.	5 10
137	Посттравматические тромбозы, лимфостаз, нарушение трофики: а) умеренная отечность, умеренная пигментация, бледность кожных покровов; б) значительная отечность, цианоз, трофические язвы площадью до 4 см ² ; в) резкая отечность ("слоновость") конечности, цианоз, трофические язвы площадью более 4 см ² . Примечание. Критерии стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные настоящим пунктом, применяются при тромбозах, лимфостазах и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы верхних или нижних конечностей, за исключением повреждений крупных периферических сосудов и нервов.	5 10 15
138	Травматический остеомиелит: а) при отсутствии воспалительного процесса; б) при наличии функционирующих свищей и гнойных ран.	5 10

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМУ КУРСУ

1. Под вредом, причинённым здоровью человека, понимается:

А) заболевания и патологические состояния или нарушение анатомической целостности органов и тканей человека в результате воздействия физических и психических факторов внешней среды.

Б) телесные повреждения или нарушение физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия факторов внешней среды.

В) нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды.

Правильный ответ: В)

2. Текст клятвы врача закреплён:

А) в ст. 32 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Б) в ст. 68 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

В) в ст. 60 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Правильный ответ: В)

3. Составами преступлений со специальным субъектом, предусмотренных УК РФ, являются:

А) ст. 105, ст. 158, ст. 117.

Б) ст. 116, ч. 1 ст. 118, ч. 1 ст. 109, ст. 114.

В) ч. 2 ст. 118, ст. 123, ст. 124, ч. 4 ст. 122.

Правильный ответ: В)

4. Эксплантация – это:

А) Пересадка органа (ткани) человека.

Б) Извлечение органа (ткани) человека и его пересадка.

В) Извлечение органа (ткани) человека.

Правильный ответ: В)

5. Права пациентов закреплены:

А) в ст. 45 Конституции РФ.

Б) в ст. 30 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

В) в ст. 38 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Г) в ст. 49 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Правильный ответ: Б)

6. К медицинским мероприятиям относятся:

- А) медицинская помощь, медицинские услуги, манипуляции.
- Б) хирургические вмешательства, медицинские услуги, процедуры.
- В) манипуляции, процедуры, вмешательства.

Правильный ответ: В)

7. Медицинское мероприятие включает стадии:

- А) подготовительную, рабочую, заключительную.
- Б) подготовительную, исполнительную, заключительную.
- В) диагностирование, лечение, преемственность.

Правильный ответ: Б)

8. К задачам комиссионной судебно-медицинской по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников, не относится установление:

- А) взаимного расположения преступника и потерпевшего в момент получения телесных повреждений.
- Б) причинной связи между дефектами медицинской помощи и неблагоприятным исходом.
- В) возможности благоприятного исхода в случае качественного оказания медицинской помощи.

Правильный ответ: А)

9. Объектом комиссионной судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с профессиональными нарушениями медицинских работников, не может выступать:

- А) История родов.
- Б) Труп пациента.
- В) Лист регистрации переливания инфузионных средств.
- Г) Протоколы ПАК (патологоанатомических конференций).
- Д) Гистологические препараты.
- Е) Одежда со следами крови.
- Ж) Хирургические инструменты.

Правильный ответ: Е)

10. Тактическими особенностями проведения осмотра документов при расследовании ятрогенных преступлений являются все, кроме:

- А) Использование средств оптического увеличения, иных криминалистических средств.
- Б) Поиск признаков изменения первоначального содержания документов.
- В) Уяснение содержания документа и его отражение в протоколе осмотра документа.
- Г) Осмотр палаты.

Правильный ответ: Г)

11. К субъектам вневедомственного контроля качества медицинской помощи относятся, все кроме:

- А) Лицензионные и аккредитационные комиссии.
- Б) Страховые медицинские организации.
- В) Территориальные фонды обязательного медицинского страхования.
- Г) Исполнительные органы Фонда социального страхования РФ.
- Д) Профессиональные медицинские ассоциации.
- Е) Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Правильный ответ: Е)

12. Какой из вопросов не входит в компетенцию судебно-медицинских экспертов при проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы:

- А) Имеются ли нарушения в порядке ведения истории родов?
- Б) Была ли допущена халатность при выполнении медицинскими работниками своих должностных обязанностей?
- В) Использовались ли при обследовании и лечении методы диагностики, лечения и лекарственные средства, не разрешенные к применению?
- Г) Правильно ли была выбрана методика оперативного вмешательства и правильно ли она проведена?
- Д) Что явилось основным в исходе заболевания – характер и тяжесть патологии или нарушения стандартов лечения?

Правильный ответ: Б)

13. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на всё перечисленное, кроме:

- А) Выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно - профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования.
- Б) Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно - гигиеническим требованиям.
- В) Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
- Г) Возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.
- Д) Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.
- Е) Бесплатный проезд.

Правильный ответ: Е)

Практическое задание. Внимательно изучите прилагаемый текст экспертного заключения и дайте ему оценку (в том числе проверку и оценку полноты, всесторонности, логической обоснованности хода и результатов экспертного исследования). Работа должна носить творческий характер и привить навыки правовой оценки указанного вида судебных экспертиз.

Составьте аналитическую справку, в которой отразите ход рассуждений при проведении оценки и ответьте на следующие вопросы:

1. Правильно ли, последовательно и полно сформулированы вопросы экспертам с учётом фабулы уголовного дела?
2. Соответствуют ли поставленные вопросы компетенции экспертов?
3. Достаточен ли представленный на исследование материал, если нет, то какие дополнительные материалы (сведения) не представлены?
4. Соответствует ли заключение экспертизы современным законодательным требованиям?
5. Даны ли аргументированные ответы на все ли поставленные перед экспертами вопросы?
6. Достаточно ли полно и всесторонне описан ход и результаты исследования? Какие пробелы, недостатки содержит исследовательская часть и выводы заключения?
7. Являются ли выводы логическим следствием осуществлённого исследования или имеются внутренние противоречия?
8. Достаточно ли мотивированы экспертные выводы?
9. Какой иллюстративный материал мог быть представлен в качестве приложения?

Код по ОКУД 0609302
Код учреждения по ОКПО 21890699

МИНЗДРАВ РФ		Медицинская документация форма № 188-у
Государственное учреждение здравоохранения "Бюро судебно-медицинской экспертизы" 000000, г. Белоярский, ул. Зелёная, д. 35		Утверждена Минздравом СССР 04 1080 № 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
[экспертиза по материалам дела]
№ 0

02.07.2009 с 10:00 на основании определения судьи Анинского городского суда Белоярского края Т.С. Гудковой от 26.05.2009 года № 0, в помещении Белоярского краевого бюро СМЭ судебно-медицинская экспертная комиссия в составе: председателя И.А. Тихов – заведующего отделом сложных комиссионных судебно-медицинских экспертиз БСМЭ, врача судебно-медицинского эксперта высш. квал. кат., стаж работы свыше 14 лет и членов: К.О. Гром – сурдолога ООО «УхоГорлоНос+», к.м.н., врача высш. квал. кат., стаж свыше 25 лет; В.О. Алексовой – суд.-мед. эксперта отдела сложных комиссионных судебно-медицинских экспертиз БСМЭ, врача второй квал. кат., стаж работы свыше 5 лет, и докладчика по делу О.В. Алексовой провела комиссионную судебно-медицинскую экспертизу по материалам гражданского дела № 0, медицинским документам на имя Милицкого Аркадия Алексеевича, 1962г.р., проживающего: Белоярский край, г. Анинск, м-н 1, д. 1, кв. 1; предъявившего паспорт: XX XX № 000000, выданный 10.02.2008 года УФМС России по Белоярскому краю в г. Анинске с проведением ему объективного обследования.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 76 ГПК РФ разъяснены; об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ предупреждены.

Эксперты

И.А. Тихов
К.О. Гром
В.О. Алексов

ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ:

1. «Имеется ли у Милицкого Аркадия Алексеевича заболевание, а именно двусторонняя сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа?

2. Противопоказана ли ему по состоянию здоровья работа в условиях вредного производственного фактора – производственного шума в должности мастера содового отделения цеха кальцинированной соды ОАО «Деребал Анинск»? Если да, указать на какой срок противопоказана работа?».

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В определении указано: «Милицкий А.А. обратился в суд с исковым заявлением к ОАО «Деребал Анинск» о восстановлении на работе в должности мастера калийного отделения цеха кальцинированной соды ОАО «Деребал Анинск», ссылаясь на незаконность своего увольнения по п. 8 части первой статьи 77 ТК РФ. Исковые требования мотивированы тем, что по результатам проведённого мед. осмотра в отношении истца выдано заключение подкомиссии от 01.04.2009 № 0 о противопоказаниях работы в условиях производственного шума на срок с 01.04.2009 – постоянно. Не согласившись с заключением врачебной комиссии, истец прошёл обследование в ГУЗ «Краевая клиническая больница», которое выдало от 07.04.2009 года из амбулаторной карты с заключением работать с шумом (по слуху) годен. Несмотря на представленное заключение работодатель произвёл увольнение, в связи с чем, истец вынужден оспаривать законность увольнения в судебном порядке (л.д. 2-3). В судебном заседании истец Милицкий А.А. поддержал заявленные исковые требования в полном объёме. Представитель ответчика ОАО «Деребал Анинск», действующая по доверенности Бирюкова А.Н. по иску возражала, ссылаясь на то, что по медицинскому заключению, выданному в порядке, установленном действующим законодательством, у Милицкого А.А. имеются противопоказания для выполнения работы в контакте с вредным производственным фактором – производственный шум. Учитывая отказ работника от перевода на имеющиеся вакансии, Милицкий А.А. был уволен по п. 8 ст. 77 ТК РФ. В материалы дела представлены доказательства, имеющие взаимоисключающие выводы, а именно: выписка из медицинской карты амбулаторного больного Милицкого А.А. ГУЗ ККБ № 0 от 07.04.2009 года из амбулаторной карты с заключением работать с шумом (по слуху) годен (л.д. 23), а также заключение Врачебной комиссии № 0 от 01.04.2009 года Деребал Медицинский центр, согласно которого по состоянию здоровья Милицкому А.А. противопоказана работа в условиях производственного шума, срок с 01.04.2009 года сроком постоянно, (л.д. 39), заключение врачебной комиссии № 0 от 09.04.2009 Деребал Медицинский центр, согласно которого по состоянию здоровья Милицкому А.А. противопоказана работа в условиях производственного шума. Срок с 01.04.2009 сроком постоянно (л.д. 39, оборот листа). Выслушав объяснения сторон, свидетелей, ходатайство прокурора о необходимости назначения по делу судебно-медицинской экспертизы, мнение сторон не возражавших, на назначение и проведение судебно-медицинской экспертизы, суд считает, что для устранения возникших противоречий в представленных доказательствах по спору, для разрешения возникших при разбирательстве дела вопросов о назначении у истца противопоказаний для выполнения работником работы, обусловленной трудовым договором, требуются специальные познания, в связи с чем, суд считает необходимым назначить по данному делу судебно-медицинскую экспертизу...».

На экспертизу представлены следующие материалы:

1. Копия настоящего определения;
2. Материалы гражданского дела № 0;
3. Медицинская карта амбулаторного больного № 0 на имя Милицкого А.А.;
4. Индивидуальная карта амбулаторного больного Милицкого А.А.;
5. Карта аттестации № 0 с приложением.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. В материалах гражданского дела № 0 (л.д. 2-4) имеется исковое заявление Милицкого А.А. к ОАО «Деребал Анинский Комбинат», о восстановлении на работе, оплате времени вынужденного прогула, компенсации морального вреда, из которого следует: «Я Милицкий Аркадий Алексеевич, пришёл работать на Анинский комбинат 04.06.1985 года молодым специалистом после окончания Анинского политехникума. Начиная свою деятельность со слесаря-ремонтника. В том же 1985 году поступил в Красноярский инженерно-строительный институт и окончил его в 1991 году. С 1992 года работал мастером в цехе кальцинированной соды, в калийном и содовом отделениях. Имею многочисленные награждения, занесённые в трудовую книжку. Приказом № 0 от 17.04.2009 я был уволен по ст. 77 п. 8 Трудового кодекса РФ. Увольнение считаю незаконным. В конце марта начале апреля 2009 года проходил проф. осмотр в ОАО «Деребал медицинский центр» филиал г. Анинск. Предыдущие осмотры были проведены в мае-июне 2008 года, в декабре 2008 года, после которых, был допущен к работе в шум. Прошёл осмотр у всех, назначенных мне врачей, в т.ч. у сурдолога Кондратиевой П.Г. 30.03.2009 – к работе в шум допущен, о чём свидетельствует амбулаторная карта, страница осмотра отоларинголога. За заключительной подписью и печатью я подошёл к председателю врачебной комиссии: зав. поликлиникой – профпатологу Рогатиковой Ф.Л., которая не пропустила меня по слуху, основывая свои действия приказами № 83 приложение 1, п.3.5 и № 90 приложения 1, п.5.4. ... Однако, профпатолог, зав. поликлиникой Рогатикова Ф.Л., руководствуясь именно этими приказами, не допустила меня к работе... т.к. я был не согласен, по моей просьбе выдала мне направление в ГУЗ «Краевую клиническую больницу» г. Белоярска для обследования у врачей сурдолога и профпатолога. Я съездил

в Белоярск, в свой выходной день ... и привёз выписку из медицинской карты амбулаторного больного от 07.04.2009 за подписью врачей..., заверенную печатью ГУЗ «Краевая клиническая больница» о том, что согласно приказу № 83 приложения 1, п. 3.5 работать в контакте с шумом (по слуху годен). Никакого снижения слуха у меня не наблюдается, о чем свидетельствует аудиометрическое обследование в динамике за период 2006 – 2009 г.г. ... До 15.04.2009 я работал на своём рабочем месте, а 15.04.2009 на основании приказа № 0 был отстранён от работы именно в связи с противопоказанностью работать в условиях такого вредного производственного фактора, как шум, который отсутствует на моём рабочем месте. С приказом был не согласен, т.к. оснований для моего отстранения не было. Снова вышел на работу и присутствовал на рабочем месте... Вакантные места инженерно-технических работников не были предоставлены, хотя просил ... В результате незаконного увольнения было нарушено моё право на труд. В связи с чем, прошу взыскать с ответчика компенсацию морального вреда...».

В материалах дела имеется заверенная копия трудовой книжки (л.д. 12-16) на имя Милицкого Аркадия Алексеевича, 1962г.р. АТ-XX № XXXXXXXX, согласно которой: «25.04.1984 принят на Анинский комбинат слесарем по ремонту, 06.06.1985 принят в цех кальцинированной соды слесарем-ремонтником, где 30.04.1998 переведён мастером. 17.04.2009 уволен в связи с отказом работника от перевода на другую работу, необходимую ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке установленном Федеральными законами и иными Нормативными правовыми актами РФ, либо отсутствием у работодателя соответствующей работы, п. 8 ст.77 Трудового кодекса РФ».

В материалах дела имеется заверенная копия протокола № 0 от 16.01.2009 измерения шума, произведённого в цехе кальцинированной соды в содовом отделении ОАО «Деребал Анинск». Из перечисленных профессий (должностей) мастер не указан. Производились измерения на различных площадках и в различных помещениях содового отделения. Из 29 измеренных уровней звука ни один не превышает установленного ПДУ максимального уровня звука в дБА.

Представлена копия карты аттестации № 0 рабочего места по условиям труда: мастер ОАО «Анинского комбината», содового отделения, цеха кальцинированной соды, согласно которого измерение шума производилось 15.06.2004, указано, что аттестационное свидетельство организаций проводившей замеры действительно до 19.06.2008.

Представлена индивидуальная карта амбулаторного больного из Медицинского центра ООО «Деребал», филиал г. Анинска, на имя Милицкого А.А., 1963г.р., согласно которой: «02.04.2004 осмотрен ЛОР-врачом: жалоб нет, шёпотная речь справа – 6м, слева – 0,4м, уши не болели. Объективная картина: без патологии. Направлен на аудиограмму. 4 июня проконсультирован сурдологом. Диагноз: сенсоневральная тугоухость справа начальные явления, слева 1 ст. 02.12.2004 – осмотрен ЛОР-врачом: наблюдается с вышеуказанным диагнозом. В июне 2004 года прошёл лечение в течение месяца, в сентябре – проведена повторная аудиограмма – динамика положительная. Шёпотная речь справа 6м, слева 1м. Допускается в работе в шуме, до июня 2005 года. 17.06.2005 ЛОР-врач – жалоб нет, при профосмотре снижение слуха, справа – 6м, слева – 0,5м. Впервые снижение слуха с 2004 года. Диагноз: сенсоневральная тугоухость легкой степени справа, слева 1 ст. Согласно Приказу Министерства № 90, п. 5.4 работа в шуме противопоказана. 27.06.2006 ЛОР-врач: жалобы на снижение слуха слева с 2002 года. Обследовался сурдологом, получал профлечение в июне 2005 года. На момент осмотра: слуховые ходы свободные, барабанные перепонки серые, шёпотная речь справа – 6м, слева – 0,5м. Диагноз тот же. 28 июня 2006 года – ЛОР-врач: за время наблюдения отрицательной динамики нет, слуховые проходы свободные, барабанные перепонки серые. Диагноз тот же. 29.06.2006 протокол КЭК № 508: 17.06.2005 выдавалось заключение КЭК № 0 на трудоустройство от работы в условиях производственного шума, получен ответ администрации цеха: трудоустроен от работ в условиях производственного шума, служебная записка № 0 от 31.10.2005 (нач. цеха А.Ю. Содовый). В направлении на проф. осмотр в 2006 года вновь указан производственный шум. На основании приказа № 83 пр. 1 п.п. 3.5 и приказа № 90 пр. 1 п.п. 5.4 противопоказана работа в условиях производственного шума, выдано заключение: рекомендовано трудоустройство, т.к. работа в условиях производственного шума противопоказана, срок постоянно. 18.11.2006 – жалоб нет, дыхание через нос не затруднено, отоскопия без патологии. Диагноз: тот же. 18.12.2006 назначено лечение. В соответствии с приказом № 83 п.п. 3.5 трудоспособен в своей профессии на 6 месяцев с последующей консультацией сурдолога в ГКБ № X. В тот же день КЭК № 0 может работать мастером ЦКС до 15.06.2007 с последующим внеочередным осмотром ЛОР-врача, сурдолога, профпатолога ККБ № 0. 11.01.2007 – жалоб нет. Дыхание через нос, не затруднено, отоскопия без особенностей, шёпотная речь справа 5м, слева 3,5м, годен к управлению автомобилем категории В. 07.06.2007 КЭК № 0 диагноз: сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа. Направлен на консультацию к профпатологу. 25.06.2007 КЭК № 0 консультирован сурдологом ККБ № 0 Заключение: в соответствии с приказом № 83 п. 1, п.п. 3.5 к работе допускается на 1 год. Учитывая имеющееся заболевание, дано заключение: не рекомендуется работа в условиях производственного шума, сроком постоянно с наблюдением у ЛОР-врача 2 раза в год, проведением профлечения, аудиограмма ежегодно. 11.06.2008 ЛОР-врач – при прохождении ПМО в 2008 году шёпотная речь справа – 5-6м, слева – 3,5-4м. Со стороны органов слуха без отрицательной динамики. Из производственных факторов на 2008 год имеется производственный шум (приказ 1 п. 3.5)

Диагноз: сенсоневральная тугоухость двухсторонняя: умеренной степени слева, начальные явления справа. Рекомендовано лечение. Работа в шуме не рекомендуется. 11.06.2008 протокол ВК № 0: учитывая имеющееся заболевание – не рекомендуется работа в условиях производственного шума, сроком постоянно. 07.07.2008 протокол ВК № 0 с диагнозом: двухсторонняя нейросенсорная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа. Направлен на консультацию сурдолога в ККБ № 0, для проведения аудиометрии и решения вопроса о профпригодности. 10.07.2008 сделана аудиограмма, шёпотная речь справа – 6м, слева – 0,4м, разговорная речь по 6м с обеих сторон, диагноз указан выше. Рекомендовано вопрос о профпригодности решить по месту жительства. 01.04.2009 профпатологом составлено представление на ВК. 03.04.2009 обратился за направлением к профпатологу, т.к. не согласен с решением комиссии. Направление оформлено с вышеуказанным диагнозом. 07.04.2009 вернулся из ККБ № 0, где находился на обследовании. Диагноз: двухсторонняя сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальной степени справа. Выдано Заключение: согласно приказу № 83 п.п. 3.5 работать в контакте с шумом (по слуху) годен. Учитывая, что у пациента имеет стойкое снижение слуха, которое может быть противопоказанием к продолжению работ в условиях производственного шума, случай является сложным и конфликтным. Документы направляются на заочную ВК, для принятия решения для профпригодности пациента в условиях шума. Имеется протокол подкомиссии ВК № 0 от 01.04.2009 на его имя, профессия мастер, проф. вредности: повышенная температура воздуха, производственный шум, металлы щелочные и их соединения. Состоит на диспансерном учёте с диагнозом: двусторонняя сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальной степени справа. Из анамнеза: работает на должности мастера 10 лет, в условиях производственного шума 25 лет. Впервые снижение слуха выявлено на ПМО в 2002 году, ш/р 6/0,5м – к работе допущен. ПМО в 2004 году ш/р 6/0,4м – к работе допущен до ноября 2004 года, на внеочередном МО в ноябре 2004 года проведена аудиограмма ш/р 6/1м, к работе допущен на 6 месяцев, до июня 2005 года. В июне 2005 года проведена контрольная аудиограмма ш/р 6/0,5м, по результатам ПМО выдано заключение КЭК № 0 от 17.06.2005: противопоказана работа в условиях производственного шума, имеется ответ администрации цеха о том, что пациент трудоустроен. В направлении на ПМО в 2006 года вновь указана работа в шуме, проведена контрольная аудиограмма - ш/р 6/0,5м выдано заключение КЭК по результатам ПМО № 0 от 29.06.2006 противопоказана работа в условиях производственного шума, не трудоустроен, продолжал работать. В ноябре 2006 года обратился к ЛОР-врачу за направлением к сурдологу ККБ № 0, 15.12.2006 обследован у сурдолога, профпатолога ККБ № 0, выдано Заключение: трудоспособен в своей профессии. Решением КЭК № 0 от 18.12.2006 допущен к работе на 1 год. С ПМО 07.06.2007 направлен к сурдологу, профпатологу в ККБ № 0, на контрольной аудиограмме: ш/р 5-6/2,5/3м, Заключение профпатолога: может работать мастером, по результатам ПМО выдано Заключение КЭК № 0 от 25.06.2007: к работе допускается на 1 год, выданы рекомендации по труду. На ПМО в 2008 году проведена контрольная аудиограмма: ш/р 5/0,5-1м, осмотрен профпатологом в ККБ № 0, выдано Заключение: вопрос о профпригодности решить по месту жительства, осмотрен выездной профпатологической комиссией в ноябре 2008 года к работе допущен с рекомендациями по труду, не рекомендуется работать в условиях производственного шума. На ПМО в 2009 года проведена контрольная аудиограмма: ш/р 5/0,5-1м. У пациента имеется стойкое снижение слуха. Заключение подкомиссии ВК: На основании приказа № 83 прил. 1 п.п. 3.5 и приказа № 90 приложение 1 пункт 5.4 противопоказана работа в условиях производственного шума, срок постоянно».

Имеется протокол ВК № 0 от 09.04.2009 на имя Милицкого А.А., профессия мастер, проф. вредности: повышенная температура воздуха, производственный шум, металлы щелочные и их соединения. Заключительный диагноз: Двухсторонняя сенсоневральная тугоухость с умеренной степенью снижения слуха слева, начальные явления справа. Заключение врачебной комиссии: На основании приказа № 83, прил. 1, п.п. 3.5 и приказа № 90, прил. 1. п.п. 5.4 противопоказана работа в условиях производственного шума, срок постоянно».

Представлена медицинская карта амбулаторного больного № 0 из ГУЗ ККБ на имя Милицкого Аркадия Алексеевича, 1962г.р., согласно которой: «13.12.2006 осмотрен сурдологом – жалобы на небольшое снижение слуха на левое ухо в течение 15 лет, периодический шум в этом ухе. В анамнезе черепно-мозговые травмы отрицает, наследственный анамнез неотягощён. Объективно: шёпотная речь справа – 6м, слева – 5 м. Разговорная речь по 6 м с обеих сторон. Аудиоскопия: наружные слуховые проходы сужены с экзостозами, обе барабанные перепонки серые, тусклые. Слизистая оболочка носа розовая. Носовая перегородка искривлена. Глотка без особенностей. Произведена аудиограмма: снижение слуха по сенсоневральному типу больше слева. Диагноз: начальные явления сенсоневральной тугоухости справа, умеренной степени слева. В тот же день осмотрен неврологом: жалобы на лёгкое снижение слуха много лет, снижение слуха особо не беспокоит. На работе был профосмотр, где обнаружено снижение слуха. Объективно: ориентирован, черепно-мозговые нервы, глазные щели равны, движения глазных яблок в полном объёме, нистагма не видно. В позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую пробу выполняет. Диагноз: сенсоневральная тугоухость слева. 15.12.2006 доплерография сосудов шеи – патологии нет. Диагноз: начальные явления сенсоневральной тугоухости не связанные с патологией нервной системы. В тот же день осмотрен профпатологом – жалобы на снижение слуха

на левое ухо, трудовой стаж с 1981 года. С 1988 года на АК. С 1985-1992гг. – слесарь. 1992-2006гг. – мастер в цехе кальцинированной соды. В 1998 году перенес клещевой энцефалит. Снижение слуха с 2002 года. Выявлено снижение шёпотной речи до 0,4 слева и в последующие годы диагноз и состояние слуха без динамики. После медосмотра 2005 года было рекомендовано трудоустройство, но продолжает работать. Заключение: начальные явления сенсоневральной тугоухости справа, умеренной степени слева. В соответствии с приказом № 83 пр. 1 п.п. 3.5. или № 90 пр. 1 п.п. 5.4. трудоспособен в своей профессии на полгода с последующей консультацией сурдолога. 19.06.2007 осмотрен сурдологом – жалобы те же, направлен ЛОР-врачом для динамического наблюдения. Объективно: Лор-статус визуально без грубой патологии. Шёпотная речь справа – 6м, слева – 3м. Разговорная речь по 6м с обеих сторон. Аудиограмма без динамики. Диагноз: сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальной степени справа. В тот же день осмотрен профпатологом – жалобы на снижение слуха на оба уха. Осмотрен сурдологом повторно. Вредные факторы: Приказ № 83, прил. 1, п.п. 1.2.21 – металлы; повышенная температура воздуха – прил. 1, п.п. 3.9.; производственный шум – прил. 1, п.п. 3.5. По аудиометрии: двухсторонняя сенсоневральная тугоухость, начальные явления справа, значительной степени слева. Заключение: По данным обследования диагноз тот же. Может работать мастером в соответствии с Приказом № 83 пр. 1 п.п. 3.5. на год. Через год повторное обследование. 08.07.2008 осмотрен сурдологом – жалобы на небольшое снижение слуха на левое ухо в течение 3-х лет. Черепно-мозговые травмы, отиты в анамнезе отрицает. Работает в шуме 23 года. Направлен с медосмотра. Объективно: шепотная речь справа – 5м, слева – 0,4м, разговорная речь по 6м с обеих сторон. Наружные слуховые проходы узкие, видимые квадранты барабанных перепонки серого цвета. Диагноз: сенсоневральная тугоухость. На аудиограмме снижение слуха по сенсоневральному типу с двух сторон. Диагноз: сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа. Осмотрен профпатологом – жалоб не предъявляет. Работает мастером на ОАО «Деребал-АК» 16 лет, в содовом цехе на АК – 23 года. Направлен для решения вопросов проф. пригодности. В направлении не указаны пункты приказа, по которым проходит ПМО. Прошёл обследование у сурдолога. Диагноз: двусторонняя сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа. Рекомендовано вопрос о проф. пригодности решить по месту жительства. 07.04.2009 осмотрен сурдологом – жалобы на снижение слуха на оба уха, чуть больше слева в течение последних 5-6 лет. Соматически считает себя здоровым. Объективно: шёпотная речь справа – 4-5м, слева – 2м. Разговорная речь по 6м с обеих сторон. Наружные слуховые проходы свободные, барабанные перепонки серые, слизистая оболочка носа, глотки розовая. Диагноз: сенсоневральная тугоухость. На аудиограмме двухстороннее снижение слуха по сенсоневральному типу. Учитывая жалобы, анамнез данные ЛОР-осмотра, аудиометрии, диагноз: сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа. Осмотрен профпатологом – жалоб не предъявляет. Работает мастером на ОАО «Деребал-АК» 17 лет, в содовом цехе на АК – 24 года. Направлен для решения вопросов проф. пригодности. Проходит ПМО по Приказу № 83, прил. 1, п.п. 3.5. Прошёл обследование у сурдолога. Диагноз: двусторонняя сенсоневральная тугоухость умеренной степени слева, начальные явления справа. Согласно Приказу № 83, прил. 1, п.п. 3.5. работать в контакте с шумом (по слуху) годен. Других записей в карте нет».

09.07.2009 проведён осмотр Милицкого А.А.

ЖАЛОБЫ: на снижение слуха слева, периодический шум в левом ухе, зависящий от положения тела, головы. Считает себя больным в течение 17 лет. Причина не ясна.

ОБЪЕКТИВНО: Носовое дыхание свободное, обоняние в норме, скудное слизистое отделяемое. Носовая перегородка незначительно искривлена. Раковины нормальные. Слизистая оболочка нормальная, влажная. Слизистая глотки бледно-розовая, влажная, небные дужки обычные, миндалины средние, лакунки не широкие, содержимого нет. Слизистая гортани розового цвета, голосовая щель свободная. Ушные раковины не изменены, слуховые проходы свободные. Слуховая труба: справа дисфункция 1-2 степени, слева дисфункция 1 степени, барабанные перепонки бледно-серого цвета, несколько втянуты. Акуметрия: шепотная речь справа 5м, слева 0,2-0,5м. Разговорная речь справа 6м, слева 5м.

Председатель:

И.А. Тихов

Члены:

К.О. Гром

В.О. Алексова

ВЫВОДЫ: Изучив материалы гражданского дела № 0, медицинские документы на имя Милицкого Аркадия Алексеевича, 1962г.р., с проведением ему объективного обследования, судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к выводам:

1(1). Согласно представленным медицинским документам у Милицкого А.А., выявленное при проф. осмотрах снижение слуха отмечается с 2002 года. При постоянном наблюдении значительной отрицательной динамики не отмечается.

При настоящей экспертизе у Милицкого А.А. выявлена сенсоневральная тугоухость: начальные явления справа, умеренной степени слева.

2(2). Согласно карты аттестации рабочего места, мастера цеха кальцинированной соды - параметры шума (76,7дБ не превышают предельно допустимого уровня (ПДУ – 80 дБ), (л.д. 20). В протоколе № 0 от 16.01.2009 измерения шума, в перечне рабочих мест, где проводились замеры шума, не указано рабочее место мастера. Следовательно, нет документа, подтверждающего воздействие шума, превышающего ПДУ (предельно допустимый уровень).

Выставленный Милицкому А.А. диагноз – сенсоневральная тугоухость, начальные явления справа, умеренной степени слева, совпадает с диагнозом, указанным в направлении в ККБ № 0 и диагнозом, указанным в заключении врача-сурдолога ККБ № 0 и не является противопоказанием для работы в условиях повышенного производственного шума для работника со стажем работы более 20 лет.

Председатель:

Члены:

И.А. Тихов

К.О. Гром

О.В. Алексова

20 июля 2009г. (12ч. 00мин.)

Гецманова И.В., Карачев А.Ю., Бушуев А.И.

Нарушения медицинскими работниками профессионального долга: история, вопросы правовой ответственности, расследования, экспертной оценки: учебное пособие

Компьютерный дизайн, верстка: Карачев Андрей
Корректор: Попова Н.

Отпечатано в ООО "Электробыттехника"
Городская типография,
г. Красноярск, ул. Бограда, 93а.
тел. (391) 221-76-76, 221-27-30
E-mail: gortip@mail.ru

Заказ от 17.06.2010 № 399, тираж 300 экз.