

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Российский центр судебно-медицинской экспертизы»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ШМАРОВ

Леонид Александрович

**СОВРЕМЕННЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТНЫЕ
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ В
СЛУЧАЯХ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

3.3.5. «Судебная медицина» (медицинские науки)

Диссертация на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук
А. В. Ковалев

Москва – 2023

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	7
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	27
1.1 Исторический аспект проблемы врачебных дел	27
1.2 Научный аспект проблемы врачебных дел, научная разработанность темы	32
1.3 Статистический аспект проблемы врачебных дел	57
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	65
Глава 3. АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИХ ЭКСПЕРТНУЮ ОЦЕНКУ	77
3.1. Анализ понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь» для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз	78
3.2. Определение понятий «качество» и «безопасность» медицинской услуги для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз	82
3.3. Анализ понятий «медицинская ошибка», «врачебная ошибка»	90
3.4. Анализ понятий «недостаток оказания медицинской помощи», «дефект оказания медицинской помощи» и их соотношение	99
Глава 4. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ	106
4.1 Анализ материалов врачебных дел	106
4.2 Причины роста количества врачебных дел	113
4.3 Структура поставленных вопросов.....	119
4.4. Выводы	136
Глава 5. АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО ПОВОДУ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	138
5.1. Определение предела компетенции судебно-медицинского эксперта при выполнении судебно-медицинской экспертизы по врачебному делу	138
5.2. Анализ выполняемых судебно-медицинских экспертиз с точки зрения	

ответов на основные вопросы	147
Глава 6. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТУ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ	160
6.1 Основные проблемы, связанные с выполнением судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам и пути их решения	160
6.1.1. Законодательные проблемы	161
6.1.2. Организационно-административные проблемы	170
6.1.3. Производственные (организационно-технические) проблемы	172
6.2. Анализ недостатков при выполнении судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам	229
6.2.1. Недостатки на стадии формирования комиссии экспертов	229
6.2.2. Недостатки на стадии исследования предоставленных материалов ...	233
6.2.3. Недостатки на стадии формулирования выводов	244
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	269
ВЫВОДЫ.....	279
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	285
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	288
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ РАБОТ	342
ПРИЛОЖЕНИЯ	348

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

323-ФЗ – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.03.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.04.2022)

73-ФЗ – Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 01.07.2021) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

врачебное дело – материал уголовного дела, возбуждённого по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, или при расследовании которого изучаются вопросы правильности оказания медицинской помощи (если уголовное дело возбуждено не по факту оказания медицинской помощи, а по факту причинения телесных повреждений), материал проверки сообщения о преступлении, проводимой по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, материал гражданского дела по иску гражданина к медицинской организации любой формы собственности в связи с допущенными недостатками оказания медицинской помощи

ГД – гражданское дело по иску к медицинской организации

ГСМЭУ – Государственное судебно-медицинское экспертное учреждение

ДОМП – дефект (дефекты) оказания медицинской помощи

Закон 1969 – Закон «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» от 19 декабря 1969 (утв. ВС СССР 12 декабря 1969) // Ведомости ВС СССР. 1969. № 52. Ст. 466

Закон 1971 – Закон РСФСР от 29.07.1971 «О здравоохранении» (Ведомости Верховного Совета РСФСР, 1971, № 31, ст. 656)

Закон 2300-1 – Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 11.06.2021) «О защите прав потребителей»

КосПСС – косвенная причинно-следственная связь

МП – материал доследственной проверки сообщения о преступлении

НК РФ – «Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 31.07.1998 № 146-ФЗ (ред. от 01.05.2022)

НОМП – недостаток (недостатки) оказания медицинской помощи
персонализация – установление конкретного медицинского работника, оказывавшего медицинскую помощь, допустившего недостатки оказания медицинской помощи

Постановление 522 – Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения тяжести вреда, причинённого здоровью человека»: Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 (в действующей ред.) // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 35. – Ст. 4308

Постановление № 17 – Постановление Пленума Верховного суда от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей»

ППСС – прямая причинно-следственная связь

Правила 1922 – Правила для составления заключения о тяжести повреждений // Утверждены Наркомюстом РСФСР, Наркомздравом РСФСР, циркуляр НКЮ от 16.11.1922. – № 146.

Правила 1928 – Правила для составления заключения о тяжести повреждения, утверждённые Наркомздравом и Наркомюстом 27.01.1928 // Бюллетень Наркомздрава. – 1928. – № 3.

Правила 1961 – Правила определения степени тяжести телесных повреждений (утв. Минздравом РСФСР 04.04.1961) // Документ опубликован не был.

Правила 1978 – Приказ Минздрава СССР от 11.12.1978 № 1208 «О введении в практику общесоюзных «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений»

Правила 1996 – Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации Минздрава от 10.12.1996 г. № 407 (ред. от 05.03.1997) «О введении в практику Правил производства судебно-медицинских экспертиз»

Правила 2008 – Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»

Приказ 346н – Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 № 18111)

Приказ 700н – Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (в ред. от 09.12.2019 г.) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696)

ПСС – причинно-следственная связь

РЦСМЭ – федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ТК РФ – «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 29.12.2020)

УД – уголовное дело

ФГКУ «СЭЦ» СК РФ – федеральное государственное казённое учреждение «Судебно-экспертный центр» Следственного комитета Российской Федерации

ФЗ 1993 – Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» // утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1

ВВЕДЕНИЕ

Право на жизнь и здоровье граждан закреплено на международном и государственном уровнях. Конституция Российской Федерации установила, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [153]. Жизнь и здоровье человека представляют собой фундаментальные конституционно признаваемые, охраняемые и защищаемые ценности (Конвенция о защите прав человека..., 1950).

В этой связи, качественное, независимое и объективное, в соответствии с общепринятым и рекомендуемым Министерством здравоохранения Российской Федерации порядком, выполнение СМЭ по врачебным делам во всех без исключения ГСМЭУ является обязанностью, как их руководителей, так и судебно-медицинских экспертов.

Следует отметить, что в настоящее время в действующих в Российской Федерации законах, в ч. 1 ст. 6.1 УПК РФ и ч. 1 ст. 6.1. ГПК РФ, а также в международных в ст. 5, 6 «Конвенции о защите прав человека и основных свобод», декларированы разумные сроки расследования уголовных и рассмотрения гражданских дел.

При этом, многими авторами отмечается, что НПА, регламентирующие оказание медицинской помощи, являются гарантией права человека на жизнь. И это право претворяется в жизнь многообразной системой политических, организационных, финансово-экономических и специальных юридических гарантий (Лупарев Е.Б., Елифанова Е.В., 2021). Во всей многообразной структуре медицинского законодательства, гарантирующего медицинскую помощь гражданам, существенное место занимает проблема выполнения СМЭ по врачебным делам, оптимальное соотношение качества и длительности выполнения СМЭ неотъемлемо связаны с указанными законодательными гарантиями.

Таким образом, с одной стороны, гражданин имеет право на правильную, в соответствии с состоянием его здоровья медицинскую

помощь, с другой стороны, он имеет такое же право на скорейшее разрешение его претензии в связи с ненадлежащей, по его мнению, оказанной медицинской помощью. С другой стороны, и медицинский работник имеет такое право на скорейшее рассмотрение дела. При этом одним из важнейших инструментов в разрешении судом и следствием заявленной претензии является СМЭ и правильная её оценка.

Актуальность темы исследования

Наиболее объективно демонстрируют актуальность – это история исследуемой проблемы, научный интерес в настоящее время и в прошлом, а также прогноз её развития в будущем. Можно утверждать, что проблема судебно-медицинской оценки НОМП в современных условиях, является актуальной и во многих аспектах не решённой.

В настоящее время все основные вопросы, связанные с оценкой оказанной медицинской помощи и допущенных при этом недостатков, при расследовании и рассмотрении врачебных дел решаются в ходе выполнения СМЭ. При этом сложности возникают на всех этапах выполнения СМЭ по материалам врачебных дел. Подобная ситуация связана с отсутствием единого подхода к решению ключевых вопросов, таких как, какая экспертиза должна выполняться по врачебному делу, какие вопросы следует решать, какие понятия следует использовать, должны ли привлекаться клинические специалисты, все ли предоставленные материалы необходимо исследовать, какие проблемы возникают при формулировании ответов и как отвечать на основные вопросы, касающиеся оценки оказанной медицинской помощи, наличия или отсутствия ПСС, оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными НОМП, и ряд других вопросов, например, причины роста количества врачебных дел.

Проведённый анализ однозначно показал, что отсутствует единый подход к решению обозначенных ключевых вопросов, что в целом образует комплексную проблему, стоящую на стыке судебной медицины, клинической

медицины, а также юриспруденции и логики.

Таким образом, актуальность темы настоящего исследования обусловлена необходимостью выполнения СМЭ по каждому врачебному делу, а также наличием проблем на всех этапах выполнения СМЭ.

Наличие указанных проблем побуждает к подробному изучению современных судебно-медицинских экспертных методологических подходов к решению вопросов в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи, которые возникают на всех этапах выполнения судебно-медицинских экспертиз.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время многие, как отечественные, так и зарубежные работы посвящены проблеме судебно-медицинской оценки недостатков, допускаемых при оказании медицинской помощи. Так, вопросы врачебных, медицинских ошибок начали предметно изучать практически сразу после Октябрьской революции, как с точки зрения её дефиниции, то есть определения, так и выявления причин возникновения этого явления (Дембо Г., 1926; Левин А., 1927; Давыдовский И.В., 1941; Зальмуни Ю.С., 1948; Шмаров Л.А., 2018; Баринов Е.Х., Мирошниченко Н.А., 2020).

Врачебные ошибки анализировались и изучались с точки зрения причин их возникновения, в том числе представителями клинических специальностей, как в России (Чазов Е.И., 1975 и др.), так и за рубежом (Hostiuc S., Francisc A., Ceaușu M., Negoï I., Carantino A., 2014).

Многие исследователи в той или иной степени касались понятийного аппарата, при этом единства практически по всем используемым понятиям не достигнуто. Изучая дефиницию «врачебная ошибка» предлагались авторские определения (Андреев А.А., 2006; Литовкина М.И., 2015; Кузнецова Ю.Е., 2015; Тимофеев И.В., 2016), но единого и всеми однозначно принимаемого, определения до настоящего времени не существует.

Врачебные ошибки подробно изучаются не только медицинскими

работниками, но и юристами, прежде всего с точки зрения её определения и соотнесения с составом преступления, а также с точки зрения причин их возникновения (Яровинский М.М., 1996; Андреев А.А., 2006; Мохов А.А., Мохова И.Н., 2003; Понкина А.А., 2012; Засыпкина Е.В., 2016). Врачебные ошибки юристами изучались как в уголовном (Мирошниченко Н.В., 2007), так и гражданском судопроизводстве (Костикова Е.О., 2009).

При этом, до настоящего времени единый подход к определению врачебной ошибки, а также иных понятий, используемых для оценки оказанной медицинской помощи, так и их применимости для целей выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, не разработан (Островская Е.В., 2002; Пименов А.Б., 2002; Ившин И.В., 2005; Марков А.А., 2018).

Проблему соотнесения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» изучали в своих работах многие авторы, при этом единого подхода к этому в работах не выявлено (Александрова А.Ю., 2006; Баринов С.А., 2012; Галь И.Г., 2014; Поцелуев Е.Л., 2016; Сидорова В.Н., 2012). Часть авторов считала эти понятия идентичными (Пронин И.А., 2012), другие – различными в разных сочетаниях подчинённости, без единого подхода к пониманию того, какое из них видовое, какое родовое понятие (Лисицын Ю.П., 2010; Абдуллина В.С., 2007; Рожкова Е.В., 2011; Еремин Г.Б., 2011). Подобный разброс мнений определяет необходимость изучения этого вопроса для целей выполнения СМЭ по врачебным делам.

Вне зависимости от судопроизводства, проблем выполнения СМЭ по материалам врачебных дел касались практически все судебные медики, как советские, так и российские (Зальмуниин Ю.С., 1948; Кантер Э.И., 1948; Авдеев М.И., 1959; Велишева Л.С., 1965; Огарков И.Ф., 1966; Прозоровский В.И., 1961; Громов А.П., 1969; Щеголев П.П., 1974; Сергеев Ю.Д., 1988, 1988; Ерофеев С.В., 2000).

Исследованием судебно-медицинской оценки НОМП при выполнении СМЭ по материалам уголовных дел занимались и занимаются многие исследователи (Розенблюм Е.Е., М.Г. Сердюков, Смольянинов В.М., 1935;

Попов Н.В., Черваков В.Ф., 1950; Альшевский В.В., 2005; Ившин И.В., 2005; Вакуленко И.В., 2017), также и по материалам гражданских дел (Баринов Е.Х., 2014; Каменева К.Ю., 2019), в том числе, в медицинских организациях Министерства обороны Российской Федерации (Пименов А.Б., 2002; Марков А.А., 2018).

Публикации и научные работы, направленные на судебно-медицинскую оценку отдельно взятых НОМП, касались не только медицины в целом, но и отдельных её специальностей. Так, одна из первых работ касалась диагностических недостатков (Панкова Т.А, 1955), далее появились работы о недостатках, допускаемых в стоматологии (Симон А.И., 2004; Пашинян Г.А., Попова Т.Г., 2008; Попова Т.Г., 2008), в терапевтической стоматологии (Демина А.В., 2003), в ортопедической стоматологии (Шотт И.Е., 2005; Уруков Ю.Н., 2008), при эндодонтическом лечении (Вещева Ю.Г., 2005), в хирургической стоматологии (Харченко С.В., 2005), в области детской терапевтической стоматологии (Абрамова Е.Е., 2006), в терапевтической стоматологии (Ермошина М.Ю., 2006), в стоматологической имплантологии (Камалян А.В., 2007), при ортопедическом лечении с использованием замковых креплений (Собир Р.К., 2009), при протезировании несъёмными протезами (Алешина О.А., 2011), при протезировании с опорами на дентальные имплантаты (Кураева Е.Ю., 2010), при лечении травм зубочелюстной системы (Фролов Д.В., 2011), при оказании акушерско-гинекологической помощи (Ноздряков К.В., 2005; Лузанова И.М., 2007), в неонатологии (Черкалина Е.Н., 2009), в дерматовенерологии (Пашинян А.Г., 2005; Гурочкина Н.Ю., 2006; Елистратова И.В., 2008; Арутюнян Г.Б., 2011), в дерматокосметологии (Киселева И.А., 2009), в пластической хирургии (Михеева Н.А., 2011), в абдоминальной, в том числе ургентной, хирургии (Казарян В.М., 2008; Нехаев В.И., 2010; Татаринцев А.В., 2011), в травматологии (Лядова М.В., 2014), в кардиологии (Косухина О.И., 2015), в оториноларингологии (Виницкая И.М., 1999; Талалаев В.Н., 2005), во фтизиатрии (Макарова В.Н., 2009; Печерей И.О., 2007).

Научные публикации касались не только оценки недостатков, допускаемых представителями конкретных специальностей, но и клинических ситуаций, например, оставления инородного тела при полостной операции (Бахчевников В.В., 1999), при сочетанной травме (Максимов А.В., 2014), при механической и термической травме (Налетова Д.М., 2019), в премортальном периоде (Поздеев А.Р., 2008), при оказании экстренной помощи (Бисюк Ю.В., 2008, Голева Е.В., 2009).

Исследованиями осложнений медицинских манипуляций были на первом этапе просто констатированы возможности их судебно-медицинской оценки (Бронштейн Е.З., Гольдина Б.Г., 1958; Огарков И.Ф., 1959; Дмитриев Б.А., Бланк С.Г., 1959), в дальнейших работах предприняты попытки их судебно-медицинской оценки, прежде всего, с точки зрения оценки вреда, причинённого здоровью (Бахчевников В.В., 1999; Демина А.В., 2003; Христофорова О.В., 2006; Унгуриян В.М., 2014; Корякина В.А., 2016).

Параллельно изучению НОМП, допускаемых представителями различных специальностей, предлагались меры по их предотвращению, которые выявляются при анализе врачебных дел (Абрамова Е.Е., 2006; Ермошина М.Ю., 2006).

Имеется множество причин роста количества врачебных дел, наиболее часто выявляемая, это нарушения деонтологии, то есть общения медицинского работника с пациентом и его родственниками (Эдель Ю.П., 1958; Даль М.А., 1961; Пашинян А.Г., 2005; Талалаев В.Н., 2003, 2004, 2005; Уруков Ю.Н., 2008; Казарян В.М., 2008; Нехаев В.И., 2010), профессиональное выгорание медицинских работников (Бисюк Ю. В., 2008), излишняя самоуверенность опытных медицинских работников (Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2001), а также развитие законодательства, регулирующего оказание медицинской помощи (Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., 1998).

Актуальной является проблема не только врачебных, но и экспертных ошибок, к изучению которой приступали многие судебные медики

(Вонгородский В.А., 1928; Богуславский Л.Г., 1958; Прозоровский В.И., 1961; Клевно В.А., 2012; Лобан И.Е., Попов В.Л., 2013; Ковалев А.В., Козлова Т.П., 2013; Акопов В.И., 2016), юристы (Аубакирова А.А., 2010), при этом она остаётся до конца не решённой и актуальной в настоящее время

О логических ошибках, особенно в СМЭ по врачебным делам, высказывались многие судебные медики, но системно эта проблема не решена до настоящего времени (Вермель И.Г., 1967; Заславский Г.И., 1977; Лукаш А.А., 1979; Панов И.Е., 1985; Солохин А.А., 1985; Капустин А.В., 1985; Мельников В.С., 1988; Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., 2004; Ковалев А.В., Теньков А.А., Шмаров Л.А., 2014, 2015, 2015, 2016).

Одной из самых значимых проблем логики является проблема причинно-следственных взаимоотношений (Маркс К., Энгельс Ф., 1961; Давыдовский И.В., 1962; Струков А.И., 1978; Солохин А.А., Свешников В.А., Дедюева Е.Ю., Сахно А.В., 1984, 1985; Недугов Г.В., Недугова В.В., 2009; Клейнберг С., 2017), в том числе, с точки зрения оценки оказанной медицинской помощи (Сапрыкин С.Б., Проценков М.Г., 2007; Хрусталева Ю.А., 2010, 2018; Попов В.Л., 2011; Шмаров Л.А., 2021, 2022).

Итогом научных исследований многих авторов стали предложенные алгоритмы выполнения СМЭ по материалам врачебных дел (Бахчевников В.В., 1999; Черкалина Е.Н., 2009; Баринов Е.Х., 2014; Лядова М.В., 2014; Вакуленко И.В., 2017; Налетова Д.М., 2019), в том числе, для оценки наличия или отсутствия ПСС, как прямой, так и косвенной, с исходом, а также оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека в результате НОМП (Альшевский В.В., 2005; Тягунов Д.В., 2010; Березников А.В., 2011; Губайдулин М.И., 2014; Захаров С.О., 2005), принятия факта возможности наличия ПСС между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом (Островская Е.В., 2002), а также оценки степени достижения запланированного результата (Захаров С.О., 2005). При этом нет единого подхода к некоторым ключевым вопросам установления ПСС, например, кто её устанавливает, и некоторые авторы предлагали это делать

правоприменителям (Кузнецова Ю.Е., 2015).

Анализируя выполняемые СМЭ по материалам врачебных дел, многие авторы высказывались, что при их выполнении необходимо привлекать в состав комиссии наиболее квалифицированных клинических специалистов (Камалян А.В., 2007; Поздеев А.Р., 2008; Голева Е.В., 2009; Михеева Н.А., 2011; Баринов Е.Х., 2014; Косухина О.И., 2015), о необходимости осмотра подэкспертных (Попова Т.Г., 2008; Киселева И.А., 2009), о необходимости максимально тщательного изучения всех предоставленных материалов (Косухина О.И., 2015; Каменева К.Ю., 2019) и клинического обследования подэкспертного (Печерей И.О., 2007; Ромодановский П.О., 2018).

Статистической стороной проблемы врачебных дел занимались и занимаются очень многие исследователи, и при этом их выводы в целом не меняются с течением времени, и лидерами по претензиям являются акушеры и гинекологи, хирурги (Зальмунин Ю.С., 1948; Андреев В.В., Быховская О.А., Богданова Л.Е., Коссовой А.Л., 1994; Томилин В.В., Пашиных Г.А., 2001; Акопов В.И., 2002; Веселкина О.В., Обухова Ю.Д., Клевно В.А., 2015), терапевты и педиатры (Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2000), стоматологи (Андреева С.Н., Фетисов В.А., 2018). Подобные статистические данные характерны не только для Российской Федерации, но и для Республики Беларусь (Овсюк Ю.А., Сорокин А.А., Четин А.В., 2016), Республики Армения (Овсепян А.Н., Мхитарян К.Г., 2018; Бишарян М.С., Бабаян А.Э., 2017), Республики Казахстан (Полякова Т.И., Колосов Ю.В., Жакупова Т.З., Мешелева-Бех Р.В., 2018), США (Coppolo George, Spigel Saul, 2003; Сыщанко Г.А., 1958; Шарабчиев Ю.Т., 2013), Франции (Forgue E., Aimes, 1939), других стран Европы (Сухобок Т.В., Аксенова-Сорохтей Ю.Н., 2018), Японии (Leflar, V. Robert, 2012).

В этой связи необходимо дальнейшее изучение НОМП с точки зрения их судебно-медицинской оценки. Комплексный подход к изучению НОМП расширит возможности экспертов при формулировании выводов СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел.

Цель исследования

Разработать, научно обосновать и внедрить единые научные методологические подходы к решению основных проблем при выполнении судебно-медицинских экспертиз в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Задачи исследования

1. Изучить современные подходы к определению понятий, характеризующих оказанную медицинскую помощь и её экспертную оценку для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз.

2. Изучить и проанализировать материалы врачебных дел для установления причин роста их количества, в том числе, с целью установления причин неблагоприятных исходов медицинской помощи.

3. Изучить выполняемые судебно-медицинские экспертизы по материалам врачебных дел с точки зрения привлекаемых клинических специалистов, решаемых вопросов, предложить правила постановки корректных вопросов для целей оказания консультативной помощи судебно-следственным органам.

4. Провести анализ выводов заключений СМЭ выполняемых по материалам врачебных дел, и выделить наиболее значимые группы проблем, препятствующих даже объективных, научно обоснованных заключений.

5. Предложить научно обоснованные современные подходы к выполнению судебно-медицинских экспертиз по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, научно обоснованные методологические подходы к решению вопросов в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи, в том числе, научно обоснованный алгоритм оценки различных видов осложнений медицинских вмешательств (манипуляций).

Научная новизна результатов исследования

Впервые в судебной медицине проведён всесторонний системный

анализ материалов врачебных дел, законодательства, регламентирующего оказание медицинской помощи и выполнение СМЭ, подробно изучена их структура, проведён анализ основных понятий, используемых при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел

На основе изучения материалов врачебных дел, а также СМЭ впервые проведён системный анализ структуры и причин роста количества врачебных дел.

Дана общая характеристика вопросов, как количественная, так и качественная (то есть, их корректность), которые решаются при выполнении СМЭ, а также содержатся в постановлениях и определениях о назначении СМЭ, на основании чего впервые были подготовлены научно-обоснованные предложения по формулированию вопросов по материалам врачебных дел для целей консультирования судебно-следственных органов.

Установлены и изучены проблемы, возникающие на всех этапах выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, на основании чего были разработаны и предложены пути их решения.

Практической апробацией подтверждена объективность предложенных алгоритмов решения основных вопросов при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел.

Теоретическая и практическая значимость работы

В прикладном судебно-медицинском аспекте изучены все этапы выполнения СМЭ по материалам врачебных дел.

Медико-экспертная составляющая исследования расширила представления об особенностях выполнения СМЭ по материалам врачебных дел. Разработанные теоретические подходы к единообразному восприятию основных понятий и подходов, используемых при характеристике оказанной медицинской помощи и выполнении СМЭ, должны привести к появлению единого понимания у судебно-медицинских экспертов, медицинских организаций, судебно-следственных органов, граждан, выводов СМЭ, их

единообразного восприятия.

На основании выполненного диссертационного исследования планируются разработка методических рекомендаций, написание монографии, посвящённой выполнению СМЭ по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Проведённые исследования, с историческим, научным, медицинским, статистическим и юридическим анализом, позволили преодолеть проблемы, связанные с выполнением СМЭ по материалам врачебных дел, что должно привести к единому формату их выполнения.

Единый подход к выполнению СМЭ по материалам врачебных дел, прежде всего, снизит количество ошибок при их выполнении, а также объективизирует их восприятие и анализ, как судебно-медицинскими экспертами, так и правоприменителями.

Аналитическая составляющая исследования позволили предложить рабочие алгоритмы логически правильных ответов на основные вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи, возможности наступления благоприятного исхода, оценки осложнений медицинских вмешательств (манипуляций), оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека НОМП и др.

Таким образом, полученные результаты исследования могут быть использованы при производстве СМЭ по материалам врачебных дел, при их оценке сторонами гражданского и уголовного процессов, судебно-следственными органами, а также в учебном процессе при подготовке врачей и последипломном их образовании на кафедрах судебной медицины.

Объект, предмет, методология и методы исследования

Объектами, на основе изучения которых выполнено исследование, были:

- материалы уголовных дел, возбуждённых по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, материалы доследственных проверок

сообщений о преступлении, а также материалы гражданских дел по искам к медицинским организациям, а также постановления и определения о назначении СМЭ;

- медицинские документы;
- СМЭ, выполненные по материалам врачебных дел;
- нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи, выполнение СМЭ;
- решения судов общей юрисдикции по материалам врачебных дел, а также решения и постановления высших судов;
- научная литература по судебной медицине, клинической медицине, а также логике, юриспруденции, диссертационные работы, касающиеся экспертной оценки НОМП, научные публикации в журналах и в сети Интернет.

Предметом исследования явились понятия, используемые для характеристики оказанной медицинской помощи и её экспертной оценки, поводы возбуждения врачебных дел, вопросы, решаемые при выполнении СМЭ и ответы на них, состав комиссии экспертов в заключении СМЭ по врачебным делам, проблемы, возникающие при формулировании выводов, ошибки, прежде всего, логические, при формулировании выводов СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел.

Методы и методологические основы исследования представляют использование метода анализа документов, исторического, сравнительно-аналитического, сравнительно-правового, логического, а также статистического методов исследования, при проведении комплексного анализа проблем, возникающих при выполнении судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебных дел.

Научные положения, выносимые на защиту

1. В настоящее время существует множество понятий, которые характеризуют оказание медицинской помощи, а также их экспертную

оценку, при этом отсутствует единый подход к их применению для целей использования при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел.

2. Имеются объективные и субъективные причины роста количества врачебных дел, которые могут быть выявлены при анализе врачебных дел.

При выполнении СМЭ даются ответы на большое количество вопросов, превышающее необходимое, что связано с их наличием в постановлениях и определениях о назначении СМЭ, которые содержат также вопросы, ответы на которые не входит в компетенцию комиссии экспертов.

Имеется зависимость количества материалов врачебных дел в зависимости от клинической специальности, к специалистам которой имеется основная претензия, для чего имеются объективные причины.

3. СМЭ по материалам врачебных дел необходимо выполнять с обязательным привлечением клинических специалистов, количество которых определяется в каждом конкретном случае индивидуально, и возможно разработать предложения по оптимизации комиссии экспертов.

Имеется статистическая зависимость длительности выполнения СМЭ от количества задаваемых вопросов и количества привлекаемых специалистов, что обуславливает необходимость оптимизации количества вопросов и состава комиссии экспертов.

4. При выполнении СМЭ имеются три основные группы проблем, анализ которых позволяет предложить пути их решения, что поможет единообразному, непротиворечивому выполнению СМЭ.

5. Имеется возможность установления ППСС между выявленными НОМП в виде невыполнения необходимых лечебно-диагностических мероприятий и наступлением неблагоприятного исхода, а также оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека в таких ситуациях.

Не каждое осложнение медицинского вмешательства (манипуляции) расценивается, как вред, причинённый здоровью человека, для чего возможно предложить алгоритм их оценки.

Достижение решения задачи обоснованности, достоверности и

непротиворечивости выводов СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел, может быть достигнуто комплексным подходом, включающим в себя оптимизацию состава комиссии экспертов, обязательное изучение всех предоставленных материалов, с запросом недостающих, формулирование ответов на поставленные вопросы с учётом положений формальной логики, для чего предложены соответствующие подходы и алгоритмы.

Степень достоверности работы

Достоверность результатов работы определяется достаточным объёмом изученного материала и его репрезентативностью, применением адекватных решению поставленных задач методов исследования, использованием современных статистических способов обработки полученных данных.

Внедрение результатов исследования

Результаты работы внедрены в учебный процесс – используются на лекциях и практических занятиях с ординаторами и аспирантами федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Результаты, полученные при выполнении исследования, внедрены в практику федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации, государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Приморское краевое бюро судебно-медицинской

экспертизы», бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калужской области «Калужское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», федерального государственного казённого учреждения «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Минобороны России, кафедры судебной медицины и медицинского права федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Апробация работы

Диссертация апробирована и рекомендована к защите на заседании Учёного совета федерального государственного бюджетного учреждения

«Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 3 от 14 декабря 2022).

Результаты работы представлены на следующих научных конференциях и совещаниях: 12-я Московская Ассамблея «Здоровье столицы», 21-22 ноября 2013 года (г. Москва); IV Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)», Ноябрьские чтения, 26-27 ноября 2015 года (г. Москва); Учебно-практическом семинаре со следователями-криминалистами Сибирского федерального округа «О проблемах уголовного преследования за преступления в сфере оказания медицинских услуг (ятрогенные преступления)», 15-16 июня 2017 года (г. Иркутск); Учебно-практическом семинаре со следователями Республики Хакасия «Особенности расследования ятрогенных преступлений», 22-24 марта 2018 года (г. Абакан); Научно-практической конференции, посвящённой 125-летию со дня образования Московской областной психиатрической больницы № 2 им. В.И. Яковенко, 07 ноября 2018 года (п. Мещерское, Московская обл.); Учебно-практическом семинаре со следователями Иркутской области «Особенности расследования ятрогенных преступлений», 01 мая 2019 года (г. Иркутск); Учебно-практическом семинаре со следователями Республики Тыва «Особенности расследования ятрогенных преступлений», Республика Тыва, 26 июня 2019 года (г. Кызыл); VIII Ноябрьских чтениях «Здравоохранение сегодня: право, экономика, управление», Международной научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)», 28 ноября 2019 года (г. Москва); I Научно-практической конференции «Медицинское уголовное право», Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 29 ноября 2019 года (г. Москва); Межрегиональной научно-практической конференции «Дефекты в оказании медицинской помощи. Причинно-следственная связь выявленных дефектов с неблагоприятными последствиями в оказании медицинской помощи», 18-19

марта 2020 года (г. Ханты-Мансийск); XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество – 2020», ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 07-08 ноября 2020 года (г. Москва); XVIII Международной научно-практической конференции «Уголовное право: стратегия развития в XXI веке», Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 21-22 января 2021 года (г. Москва); Международной научно-практической конференции «Теория и практика судебной экспертизы в современных условиях», Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 28-29 января 2021 года (г. Москва); Научно-практической конференции «Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертной деятельности», Департамент здравоохранения города Москвы, Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ, НИИОЗММ ДЗМ, 18 марта 2021 года (г. Москва); 2-м Российском съезде детских анестезиологов-реаниматологов, VII Михельсоновские чтения, XI Всероссийский междисциплинарный научно-практический Конгресс с международным участием «Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия», 17 апреля 2021 года (г. Москва); Международном конгрессе «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики — 2021», МОНИКИ, 21 апреля 2021 года (г. Москва); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Вехи истории российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования», 21-22 октября 2021 года (г. Москва); Онлайн-семинаре «Особенности возмещения вреда, причиненного правомерными действиями» на площадке Клуба цивилистов, 27 января 2022 года (г. Санкт-Петербург); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы судебной медицины», посвященной 155-летию со дня рождения Петра Андреевича Минакова, 17 февраля 2022 года (г. Москва); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профессиональные правонарушения

медицинских работников: междисциплинарный подход», 12-13 мая 2022 года (г. Москва); Учебно-практическом семинаре со следователями Иркутской области «Проблемы расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи», 15 июля 2022 года (г. Иркутск); XVII Ежегодном Всероссийском конгрессе специалистов перинатальной медицины, Проблемы перинатологии глазами судебных экспертов, 04 октября 2022 года (г. Москва); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы», 15-16 марта 2023 года (г. Ханты-Мансийск); III Международной научно-практической конференции «Судебная экспертиза: теория и практика в современных условиях», 26-27 апреля 2023 года (г. Минск, Республика Беларусь).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.3.5. «Судебная медицина» (медицинские науки) по следующим областям исследований:

- исследование научных основ развития отечественной и мировой судебной медицины. Исследование приоритетов отечественных научных достижений в мировой судебной медицине (пункт 1);
- разработка научных методологических подходов для исследований в области судебной медицины и подготовки судебно-медицинских кадров в системе высшего и постдипломного образования (пункт 2);
- изучение различных причин смерти, механизмов её наступления, процесса умирания, посмертных процессов при разных видах насильственной и ненасильственной смерти, разработка методов установления давности наступления смерти (пункт 3);
- установление причин неблагоприятных исходов медицинской помощи (пункт 8);
- совершенствование судебно-медицинской экспертизы трупов и живых

лиц, экспертизы по материалам следственных и судебных дел с целью решения вопросов, интересующих правоохранительные органы, в том числе в случаях неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи (пункт 14).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 35 научных работ, в том числе 18 в ведущих рецензируемых научных журналах, входящих в перечень, рекомендованный ВАК Минобрнауки РФ, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, учёной степени доктора наук, из них 11 – в журналах, входящих в международные базы данных научного цитирования Scopus.

Личный вклад автора

Автором настоящей диссертации сформулированы цель и задачи исследования, проведён аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, также автору принадлежит приоритет в обосновании актуальности темы диссертации. Общедолевой вклад автора в выполнении работы составил 95%.

Полностью выполнен сбор и обработка первичного материала, анализ и обсуждение результатов исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации, изложены результаты и текст диссертации.

Автор принимал непосредственное участие в выполнении судебно-медицинских экспертиз по профилю настоящего диссертационного исследования, сборе и определении материала для анализа.

Была усовершенствована терминология, характеризующая различные аспекты оказания медицинской помощи, предоставления медицинских услуг и их экспертной оценке.

При анализе и интерпретации полученных данных автором

самостоятельно использованы современные методы статистической оценки материала, сформулированы положения, выносимые на защиту, выводы, разработаны практические рекомендации по проблемам, освящённым в диссертации, а также оформлена диссертация, подготовлен автореферат.

Структура и объём диссертации

Диссертация изложена на 382 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, указателя литературы, приложения. Текст иллюстрирован 59 таблицами, 2 рисунками. Список литературы включает 428 отечественных и 53 зарубежных источника.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Врачебные дела охватывают несколько отраслей знаний – это, во-первых, медицина вообще и судебная медицина, в частности, во-вторых юриспруденция, логика, положения которых используются при разрешении медицинских споров. Многогранность проблемы врачебных дел и выполняемых по ним СМЭ нашло своё отражение в необходимости обзора литературы с нескольких аспектов, таких, как исторический, отражающий длительность существования изучаемой проблемы, научный, отражающий научный интерес к изучаемой проблеме и статистический, отражающий распространённость изучаемого явления, как в прошлом, так и в настоящем.

1.1 ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

Человечество в своём развитии, в том числе, правовом, прошло очень длинный путь от архаичных источников права (обычаи и так далее), до стройной и сложной системы современного права. Параллельно праву развивалась и медицина, при этом в некоторых культурах их развитие соприкасалось, в той или иной степени.

Задачей данного раздела научной работы является показать, что врачебные дела — это явление, насчитывающее многотысячелетнюю историю.

Одним из самых первых источников права являлись Законы Хаммурапи, которые были подготовлены в 18 веке до н.э. (Волков И.М., 1914).

Несмотря на то, что Законам Хаммурапи почти 39 веков, они уже содержали положения, регламентирующие, пусть и на самом зачаточном уровне, оказание медицинской помощи, а также наказания за допущенные при этом недостатки (Тураев Б.А., 2018). И уже почти четыре тысячи лет назад имелись зачатки, пусть совсем архаичные, современных врачебных дел, с практически описанным составом правонарушения.

Большого развития медицина получила в Древнем Египте, где она отразила некоторые черты современной медицины.

Как следует из записок Геродота, в Древнем Египте ещё 2,5 тысячи лет назад имелось деление медицинских работников на специальности, что мы видим в настоящее время. Также были разработаны схемы лечения заболеваний, т.е. предвестники порядков оказания медицинской помощи и медицинские работники оценивали возможность достижения результата оказания медицинской помощи (Сисакьян А.Ж., 2015).

Дальнейшего развития медицина получила в Древней Греции, с которой связана разработка и такого важного документа, как Клятва Гиппократата (около 300 г. до н.э.), включающая некоторые обязательные этические правила поведения между врачом и пациентом, которые актуальны и в настоящее время (Каюмова А.Р., 2019).

Преемником Древней Греции во многих аспектах, в том числе и в медицинском, стал Древний Рим. Значительным шагом вперёд в юридической науке стал знаменитый Кодекс Юстиниана (529-534 гг. н.э.), который содержит упоминания о роли медицинских работников в судебном процессе (Покровский А.И., 2002). Врачи, привлекаемые в суд, приравнивались к судьям, что возлагало особую ответственность на привлекаемых специалистов (Джарман, О.А., 2018; Струве В.В., 1950).

После падения Древнего Рима медицина и право пришли в упадок и лишь к 15-16 вв. стали появляться ростки законодательного регулирования медицины вообще и судебной медицины в частности.

В это время, одним из самых первых уголовных кодексов средневековой Европы, в котором вопросы судебной медицины приобрели законодательное оформление, стал Уголовный кодекс (уложения) Карла V, который имел раздел, посвящённый участию судебного эксперта в делах, связанных с ошибками врачей, а также наказания для медицинских работников (Кротов Я.Г., 2023).

В Российской империи происходили те же самые медицинские и

юридические изменения, но с некоторым запозданием.

В Российском государстве в 17 в. первым НПА, который регламентировал оказание медицинской помощи, стал Боярский приговор «О наказании незнающих медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным», предусматривающий наказание за медицинские преступления (Самищенко С.С., 1998).

Вообще, судебная медицина упоминалась задолго до 17 в., в самом первом сборнике законов «Русская правда», датируемым 11 в. необходимо было подразделять повреждения на лёгкие и тяжкие (Акопов В.И, 2016).

Первые документально оформленные указания на необходимость судебной оценки телесных повреждений в Московском государстве появились в 1518 году в грамоте великого князя Василия Ивановича (Клевно В.А., Е.В. Кононов, 2018).

Чуть позже, в Российской империи, Петром Первым были выпущены Воинский (1716) и Морской уставы (1720). Морской устав регламентировал, в том числе, и судебно-медицинские вопросы, такие как исследование тел умерших (Исхаков Э.Р., Аксенов С.Г., 2012).

Морской устав в Книге третьей содержит и главу X «О лекаре», регламентирующую деятельность медицинских работников (лекарей), в том числе и их ответственность (Морской устав 1720...). В Морском уставе уже имелись зачатки врачебных дел, деление их на умышленные (небрежение и презорство, то есть непослушание) и не умышленные (по лености).

Следующей, очень важной вехой, в регламентации медицины вообще и судебной медицины в частности, стал Врачебный Устав, который вошёл в XIII том Свода законов Российской империи и объединил все имевшиеся к 1857 году источники отечественного медицинского права, который с некоторыми периодическими изменениями в 1892 и 1905 годах действовал до Октябрьской революции 1917 (Куранов В.Г., 2003).

Вышесказанное однозначно указывает на то, что интерес правоохранителей к деятельности медицинских работников в

дореволюционной России насчитывает уже не одно столетие.

Подобный интерес не исчез и после Октябрьской революции. И это очень хорошо подтверждают публикации в журнале «Судебно-медицинская экспертиза» тех лет.

Например, в 1928 году в этом журнале вышло сразу две статьи, посвящённых врачебным делам.

И.В. Морковин в статье «К вопросу о судебной ответственности врачей» (1928) сообщил о резко возросшем после Октябрьской революции количестве врачебных дел.

Отражением существующих в то время проблем в медицине стала статья в этом же номере журнала «Судебно-медицинская экспертиза», подготовленная А.Б. Рамовым «Дело гр. Зонтаг» (1928).

В связи с всплеском количества врачебных дел после Октябрьской революции, в 1926 году было выпущено «Заявление Акушерско-Гинекологического Общества», где было сказано о резко возросшем количестве судебных процессов в отношении врачей (Заявление Акушерско-Гинекологического Общества..., 1926).

Вообще, сразу после Октябрьской революции было свыше 200 декретов и постановлений по вопросам здравоохранения (Сергеев Ю.Д., 1998).

Одним из первых являлся Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 «О профессиональной работе и правах медицинских работников», который в том числе и содержал статьи об ответственности медицинских работников (Елина Н.К., 2011; Громов А.П., 1976).

Впервые именно после Октябрьской революции законодатель стал ограничивать медицинских работников в распространении ставшей им известной информации (Немеров Е.Н., Пыжова О.В., Симонова Ж.Г., 2020).

В 1922 году был принят Уголовный кодекс РСФСР от 01.06.1922, в котором ряд статей подразумевали привлечение к уголовной ответственности медицинских работников.

Дальнейшее развитие уголовное законодательство получило в УК

РСФСР 1926 года, в котором присутствовала ст. 157 о неоказании медицинской помощи (Большая медицинская энциклопедия..., 1956-1964).

Так как задачей настоящей работы не является изучение всех перипетий уголовного права СССР, РСФСР и союзных республик, то остановлюсь на констатации того факта, что интерес к деятельности медицинских работников, в том числе, со стороны уголовного права, появился сразу же после Октябрьской революции и никуда не исчезал.

Важной вехой в правовой регуляции медицинской деятельности, стал Закон 1969, в котором были регламентированы такие вопросы, как информированное согласие на медицинское вмешательство и возрастной ценз на принятие решения о медицинском вмешательстве [108], ст. 51 которого посвящена «Судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе».

Закономерным продолжением нормотворчества в условиях изменившихся реалий, стал ФЗ 1993 [226]. И именно в новом ФЗ 1993 в соответствии с изменившимся кардинально образом жизни, появилось сразу несколько статей, предусматривающих, в том числе, и уголовное преследование медицинских работников.

Также впервые была определена ответственность за нарушение Клятвы врача (такая норма практически нигде в мире не встречается, так как почти везде она не носит юридического характера), а также была регламентирована процедура возвещения вреда, причинённого НОМП.

На смену ФЗ 1993 пришёл действующий по настоящее время 323-ФЗ, который является закономерным правопреемником предыдущего закона, в том числе, в определении ответственности медицинских работников [380].

Таким образом, врачебные дела насчитывают в мировой истории четыре тысячи лет, а в российской – более 350 лет.

1.2 НАУЧНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ, НАУЧНАЯ РАЗРАБОТАННОСТЬ ТЕМЫ

Научный аспект проблемы выполнения СМЭ по материалам врачебных дел по своей сути является не только обзором литературы, но и отражением степени интереса научного сообщества к выбранной теме исследования.

Резкий всплеск количества врачебных дел в молодом СССР закономерно повлек за собой интерес и судебно-медицинских экспертов к данной проблеме.

Главный судебно-медицинский эксперт Наркомздрава Я.Л. Лейбович (1926) в статье «Врачебные ошибки и незаконное врачевание» обозначил основные задачи СМЭ, выполняемой по врачебному делу: выявить возможные НОМП, сущность неблагоприятного исхода, наличие ПСС недостатка с неблагоприятным исходом, возможность наступления благоприятного исхода, а также наличие объективных причин допущенных недостатков.

Тогда же, доктор медицинских наук Г. Дембо (1926) и А. Левин (1927) высказывались о врачебных ошибках и предлагали определять врачебную ошибку через невежество врача и недопустимость ошибки.

Н.И. Ижевский (1926) – один из организаторов судебно-медицинской службы Санкт-Петербурга, оценивал с положительной точки зрения «развитие судебных врачебных дел», расценивая это явление, как побудительный фактор к более внимательному отношению медицинских работников к своей профессии (Назаров В.Ю., 2009).

Е.Е. Розенблюм (1935) разделял НОМП, на недостатки, которые характеризуются действием и бездействием.

Один из организаторов советской судебной медицины, первый директор впервые организованного в Москве НИИ судебной медицины Наркомздрава РСФСР, профессор Н.В. Попов неоднократно обращался к проблеме выполнения СМЭ по материалам врачебных дел. В его учебнике

«Судебная медицина», вышедшем впервые в 1938 году, отдельно сказано о неоказании помощи медицинскими работниками, которое, по его мнению, должно привести к смерти или различным тяжёлым осложнениям. Также Н.В. Попов (1950) высказывался о важной роли судебной медицины в такого рода делах, когда именно комиссия экспертов должна выявлять НОМП и способствовать улучшению её оказания в целом.

Тема врачебных ошибок интересовала не только судебных медиков, но и патологоанатомов. Так, одним из первых к научному осмыслению этого понятия подошёл выдающийся советский патологоанатом, академик АМН СССР, И.В. Давыдовский, определение врачебной ошибки которого является тем камнем, от которого почти все последующие исследователи начинают научный анализ этого непростого и неоднозначного понятия (1928).

В дальнейшем, проблематике выполнения СМЭ по материалам врачебных дел касались в той или иной степени все известные советские и позже, российские учёные судебные медики – это такие выдающиеся советские учёные, организаторы судебной медицины СССР, как М.И. Авдеев (1959), И.Ф. Огарков (1966), А.П. Громов (1969).

В конце сороковых – начале пятидесятых годы интерес судебных медиков к врачебным делам стал принимать формы диссертационных работ. Одной из первых, была диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук Э.И. Кантера «Материалы к судебно-медицинской экспертизе ошибочных инъекций лекарственных веществ, в частности скипидара» (1948) и она была одной из первых, полностью посвящённой именно врачебным делам, хоть такое словосочетание в ней и не звучит.

Тогда же Ю.С. Зальмуниин защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук «Врачебные ошибки и ответственность врачей», которая явилась первой в такого рода исследованиях, где врачебные ошибки рассматривались в целом, а не применительно к какой-либо ситуации или области медицины (1948).

В 1955 году Т.А. Панковой была защищена диссертация на соискание

учёной степени кандидата медицинских наук «Диагностические ошибки, их причины и важнейшие источники» и была посвящена судебно-медицинской оценке диагностических ошибок, возникающих при самых различных патологиях, и было предложено диагностические ошибки делить на не распознавание основного заболевания, не распознавание осложнения, не распознавание сопутствующего, то есть, оценивалось бездействие (1955).

Созвучную с темой Т.А. Панковой, годом позднее, Г.А. Сыцянюк была защищена диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук «Судебно-медицинский анализ ошибок диагностики и врачебной тактики при внематочной беременности» (1956). Работа Г.А. Сыцянюк посвящена прежде всего диагностическим дефектам при развитии внематочной беременности, что имеет актуальность и в настоящее время. В своей работе Г.А. Сыцянюк пришёл к очень важному выводу о нецелесообразности использования неопределённых, юридически окрашенных понятий, ошибка, небрежность, также не следует оценивать преступность и не преступность действий медицинских работников.

Исследование НОМП продолжил Г.А. Галил-Оглы (1957), защитив диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук «Материалы к судебно-медицинской характеристике врачебных ошибок в диагностике и лечении аппендицита», в которой пришёл к выводу о позитивном влиянии судебной медицины на профилактику ошибок, допускаемых при оказании медицинской помощи.

Г.Я. Пеккер (1958), продолжая исследование Г.А. Галил-Оглы, в своём диссертационном исследовании на соискание учёной степени кандидата медицинских наук «Внезапная смерть во время оперативных вмешательств и ее судебно-медицинская оценка», пришёл к выводам о том, что исследование внезапной смерти необходимо проводить в два этапа, сначала устанавливать причину смерти, далее – уже комиссионно решать вопросы о правильности оказания медицинской помощи.

В 1957 году вышла практически одноименная с работой Ю.С.

Зальмунина диссертационная работа Ю.П. Эделя «Врачебные ошибки и ответственность врача», которая в основном посвящена ошибкам медицинских работников при оказании медицинской помощи с летальным исходом, и касалась, в основном оценки действия и бездействия специалистов хирургического профиля (хирурги, нейрохирурги) (1957). Также Ю.П. Эдель уделял внимание изучению причин уголовного преследования медицинских работников (1958).

Исследуя судебно-медицинские аспекты оценки ошибок, допускаемых при диагностике и лечении пищевых отравлений, Ф.М. Карнаева (1962) пришла к выводу о позитивной роли судебной медицины в решении вопросов профилактики допущения НОМП.

Все упомянутые выше авторы, а также М.А. Даль (1961), исследовали причины роста количества врачебных дел.

Именно в 1950-е появляется значительный рост интереса судебных медиков к врачебным делам и стали появляться многочисленные публикации, в том числе, в центральной печати. Однако, большая часть статей, например в журнале «Судебно-медицинская экспертиза» касалась прежде всего оценки осложнений, возникающих при оказании медицинской помощи: «О смертельных исходах при профилактическом введении противостолбнячной сыворотки» (Бронштейн Е.З., Гольдина Б.Г., 1958), «Смертельное ранение сердца инъекционной иглой при проведении анестезии брюшной стенки» (Огарков И.Ф., 1959), «К вопросу о судебно-медицинской оценке тактики хирурга при колото-резаных ранениях» (Дмитриев Б.А., Дмитриев И.Б., 1959), «Редкий случай внедрения аскарид в шов анастомоза после резекции желудка» (Бланк С.Г., 1959) и другие, то есть, касающиеся осложнений медицинских манипуляций.

Оценке осложнений медицинских манипуляций посвящено диссертационное исследование В.П. Беякова (1968) «Судебно-медицинская оценка смертельных осложнений при переливании крови», в том числе, с точки зрения своевременной их диагностики, что имеет значение не только

для судебной медицины, но и для гематологии, реаниматологии и других клинических дисциплин.

Тогда же И.Г. Вермелем (1968) была защищена одна из самых определяющих диссертационных работ «О заключении судебно-медицинских экспертов и их составлении при выяснении правильности действий медицинских работников». Работа И.Г. Вермеля была первой, которая была посвящена практически всем аспектам формулирования выводов СМЭ, выполняемых по факту допущенных НОМП, а также допускаемых при этом ошибкам.

П.П. Щеголевым (1974) была защищена первая диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук «Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащей медицинской помощи», в которой предложено все НОМП делить на четыре большие группы. Важным является вывод об установлении ПСС не только при неизбежности неблагоприятного исхода, но и при большой его вероятности, что очень важно при причинной оценке бездействия медицинского работника.

В это же время было подготовлено большое количество работ, анализирующих причины появления такого явления, как «врачебные ошибки», и причины анализировались не только судебными медиками, но и представителями клинических специальностей, такими, как П.И. Шамарин (1969), Е.И. Чазов (1975), и многие другие, а также зарубежные клинические специалисты, такие, как S. Hostiuc, A. Francisc, M. Ceaușu, I. Negoï, A. Carantino (2014) и др.

Проблеме «врачебных ошибок» большое внимание уделяли и юристы, которые касались «врачебных ошибок» с точки зрения определения данного понятия, удобного для использования юристами, причин их возникновения, а также юридической оценке «врачебных ошибок» как в уголовном, так и в гражданском юридическом поле. Этими проблемами занимались и активно занимаются А.А. Андреев (2006), Е.В. Засыпкина (2016), А.А. Мохов, И.Н. Мохова (2003), А.А. Понкина (2012, 2021), М.М. Яровинский (1996) и многие

другие.

Отдельно проблематикой «врачебных ошибок» в уголовном праве занималась Н.В. Мирошниченко (2007), в гражданском праве Е.О. Костикова (2009), А.А. Анисимов соавт. (2022) и другие.

Вообще, проблемы врачебной ошибки ежегодно обсуждаются в более чем в 6 тысячах публикаций, что делает практически невозможной задачей попытки осветить все возможные подходы к определению данного понятия и его медицинской и правовой оценке (Эльштейн Н.В., 2005).

Проблема определения понятия «врачебной ошибки» и вообще, легитимности и практичности данного понятия напрямую связана с определением качества и безопасности медицинской помощи и медицинской услуги, их доступности. Данным вопросам большое значение уделяли судебные медики и патологоанатомы, И.В. Тимофеев (2014, 2016), Е.Х. Баринов и Н.А. Мирошниченко (2020), М.И. Литовкина (2015).

Проблему соотношения медицинской помощи и медицинской услуги изучали А.Ю. Александрова (2006), С.А. Баринов (2012), И.Г. Галь (2014), Е.Л. Поцелуев (2016), В.Н. Сидорова (2012), И.А. Пронин (2012), Ю.П. Лисицын (2010), В.С. Абдуллина (2007), Е.В. Рожкова (2011), Г.Б. Еремин (2011).

Несмотря на то, что само понятие услуги является исключительно гражданско-правовой категорией, медицинская услуга является объектом пристального внимания судебных медиков.

В своей профессиональной деятельности ошибки допускают не только представители клинических специальностей, но и судебно-медицинские эксперты. Так, В.А. Вонгородский (1928) описал случай экспертной ошибки, из-за которой два человека год провели в предварительном заключении.

Одним из первых высказывался о ошибках в заключениях экспертов Л.Г. Богуславский (1958), который указал на необходимость доведения ошибок до самих сотрудников экспертных организаций.

В.И. Прозоровский (1961) указал на наличие ошибок, допускаемых

судебно-медицинскими экспертами, и дал краткие рекомендации по их недопущению, а также отметил, что ошибочные выводы судебно-медицинского эксперта могут повлиять на правильность ведения следствия, и тем самым привести к нарушению законности.

Первым трудом, который был посвящён ошибкам вообще и логическим, в частности, допускаемым судебно-медицинскими экспертами в заключениях по врачебным делам, стала статья И.Г. Вермеля (1967), где были кратко показаны основные логические ошибки, которые проиллюстрированы реальными выводами и комментариями.

Впервые деление экспертных ошибок на группы в зависимости от причины их появления предложил Г.И. Заславский (1977). В эти годы авторы практически не использовали понятие логической ошибки, при этом фактически их раскрывали. Так А.А. Лукаш (1979) пришёл к выводу, что заключение эксперта должно быть мотивированным и научно обоснованным, что однозначно указывает на необходимость соблюдения одного из основных законов логики «достаточное основание».

И.Е. Панов (1985), вслед за И.Г. Вермелем, высказывался об ошибках в заключениях по материалам врачебных дел. Кроме ошибок оформления заключения и прочих, он высказывался, хоть так их и не называя, о логических ошибках. Например, допущение логической ошибки «подмена тезиса», когда спрашивают об одном, а ответ даёт о другом.

А.А. Солохин (1985) впервые дал развёрнутый анализ допускаемых экспертами логических ошибок. Подобный анализ не потерял актуальность и в настоящее время, так как подобные ошибки встречаются и весьма часто, и в настоящее время и тенденции к снижению их количества не выявлено.

А.В. Капустин (1985) видел в следовании законам логики один из основанных путей преодоления проблемы экспертных ошибок. Он справедливо указывал, что иногда эксперты, имея возможность сформулировать достоверный категоричный вывод, формулируют его лишь как вероятный.

В.С. Мельников (1988) исследуя вопросы использования законов формальной логики в заключениях судебно-медицинских экспертов, вслед за А.А. Солохиным, изучал, в том числе, нарушения правил доказывания, которые можно отнести к экспертным ошибкам.

Ю.И. Пиголкин и И.Н. Богомоллова (2004), изучая ошибки экспертов в преломлении нарушений законов логики, высказывались о том, что ошибка «круг в доказательстве» возникает, когда диагноз устанавливали с помощью метода, эффективность которого доказывается его автором, вследствие чего эффективность метода искусственно завышается.

Юристы, как основные «заказчики» выполнения судебно-медицинских экспертиз, не стоят в стороне от научного исследования этой темы. Так, А.А. Аубакировой (2010) было предложено авторское определение экспертной ошибки, опирающееся на неверное суждение.

В.А. Клевно (2012) предложил определение экспертной ошибки, как «непреднамеренное ошибочное суждение», то есть ошибка была определена только через мысленный процесс эксперта и предложил делить ошибки экспертов на процессуальные, гносеологические и деятельностные.

И.Е. Лобан и В.Л. Попов (2013) высказывались об экспертной ошибке не только в ключе неверного суждения, но и неверного действия (бездействия), то есть объединили и мысленный процесс и деятельностный.

Схожие с идеями В.Л. Попова об экспертных ошибках высказывали В.И. Акопов (2016), а также О.В. Зориков соавт. (2022).

А.В. Ковалев и Т.П. Козлова (2013) указали, что основными источниками ошибок экспертов являются неполнота предоставляемых материалов, не привлечение необходимых клинических специалистов, не выполнение необходимых дополнительных методов исследования и др.

В 2010-е возрос интерес к использованию основ логики в судебной медицине вообще, и в преодолении логических ошибок в выводах судебно-медицинских экспертиз, в частности. Так, А.В. Ковалев, А.А. Теньков и Л.А. Шмаров изучали вопросы построения классификаций в судебной медицине

именно с точки зрения логических правил (2014), логической правильности постановки вопросов (2015), использованию понятий в судебной медицине (2015), а также достоверным и вероятным выводам в заключениях судебно-медицинских экспертов (2016). При этом, если проблематике построения вопросов уделяли внимание и другие исследователи, то вопросы построения классификаций, изучение понятий (с точки зрения логики), используемых в судебной медицине, исследованы судебными медиками впервые (Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2014, 2015).

Таким образом, в последние годы наметился большой интерес к экспертным ошибкам, в том числе, логическим, допускаемым при выполнении СМЭ, однако пути решения этой проблемы лишь намечены (Шмаров Л.А., 2017, 2017).

Совместно с изучением проблемы ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами, стоит проблема установления ПСС. Причинность является категорией логики, что добавляет некоторую сложность в её изучении судебными медиками.

Во времена СССР, ПСС изучались в преломлении диалектико-материалистического детерминизма, основанного на работах В.И. Ленина, а также К. Маркса и Ф. Энгельса (1961).

Одним из первых в СССР проблему ПСС подробно исследовал И.В. Давыдовский (1962), который указывал, что построение причинных связей не является чем-то свойственным именно медицине.

А.И. Струков (1978) указывал на проблемы установления ПСС и делал основной акцент на диалектико-материалистическом детерминизме.

А.А. Солохин, соавт. (1984, 1985), изучая проблемы установления ПСС, указали на основные проблемы в её установлении при наличии предшествующего травме заболевания.

Исследованием ПСС в преломлении оказания медицинской помощи занимался С.Б. Сапрыкин (2007), который используя положения индуктивной логики, изучал установление ПСС и зависимости наказания от качества

оказания медицинской помощи потерпевшему.

Подобной проблемой занимался и автор настоящего исследования, то есть, оценивал влияние правильности оказания медицинской помощи на квалификацию деяния преступника, причинившего повреждения (Шмаров Л.А., 2021).

Сложной темой установления ПСС обстоятельно занималась Ю.А. Хрусталева (2010, 2018), в том числе, установлением ПСС при травме при условии наличия сопутствующей патологии, особенно в поздний посттравматический период, при условии оказания пострадавшим медицинской помощи, а также в различные периоды после причинения механической травмы.

Стоит согласиться с мнением, высказанным несколько ранее В.Л. Поповым (2011), о том, что одной из нерешенных проблем является наличие проблемы установления ПСС между травмой и смертью, особенно при наличии НОМП.

Г.В. Недугов и В.В. Недугова изучали применение логики в работе судебно-медицинского эксперта, в том числе классические логические теории в преломлении практической работы эксперта (Ардашкин А.П., Недугов Г.В., Недугова В.В., 2009), а также рассмотрена логика причинности (Недугов Г.В., Недугова В.В., 2009).

Необходимо помнить, что причинность необходимо исследовать применительно к конкретному случаю, не вообще, популяционно, а именно в конкретной ситуации, в данном случае, оказания медицинской помощи и допущенных при этом недостатков у конкретного больного, приведших к развитию конкретного неблагоприятного исхода (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017).

В 2000-е года был защищён ряд диссертаций, посвящённых исследованию НОМП в самых разных кинических специальностях. Однако, научный интерес судебных медиков к проблеме выполнения СМЭ возник значительно раньше. Так ещё в конце 1940-х и в начале 1950-х годов

появилось несколько диссертационных работ, посвящённых судебно-медицинской оценке НОМП (Зальмунин Ю.С., 1948; Эдель Ю.П., 1957, 1958).

Научным трудом, посвящённым более узкой проблеме, а именно медицинской помощи детям и допускаемым при этом недостаткам, стала диссертация «О дефектах оказания медицинской помощи детям (по материалам судебно-медицинских экспертиз)», подготовленная Л.С. Велишевой (1965). Л.С. Велишевой на основании изучения СМЭ, были изучены причины возникновения недостатков (дефектов), а также предложены пути их минимизации.

Проблеме выполнения СМЭ была посвящена научная работа П.П. Щиголева (1974), который предложил классифицировать все «медицинские происшествия» на неокказание, несвоевременное оказание, недостаточное оказание и неправильное оказание.

Многочисленные работы Ю.Д. Сергеева и прежде всего диссертация «Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников» (1988), стали катализатором, который привёл к резкому возрастанию интереса судебных медиков к проблеме выполнения СМЭ по врачебным делам.

Закономерным продолжением работ, посвящённых оценке НОМП, в том числе, причинной оценке, стала работа С.Г. Стерника (1989) «Судебно-медицинская оценка дефектов догоспитальной медицинской помощи при экспертизе некоторых острых экзогенных отравлений». Важность данной диссертационной работы обусловлена предложенным математическим алгоритмом установления наличия или отсутствия ПСС между НОМП, выражающимися, в том числе, не выполнением необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Стремительно изменяющееся законодательство потребовало пересмотра судебных медиков к данной проблеме. И естественным продолжением работы Ю.Д. Сергеева стала диссертационная работа С.В.

Ерофеева (2000) «Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи». С.В. Ерофеевым были изучены недостатки, допускаемые судебно-следственными органами на стадии назначения СМЭ, комиссиями экспертов при выполнении экспертиз, был проведён статистический анализ с выявлением наиболее «проблемных» специальностей и пациентов, а также предложен алгоритм проведения судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебным делам. С.В. Ерофеев пришёл к важному выводу о необходимости продолжения систематического изучения проблематики судебно-медицинской оценки НОМП, что и предпринято автором настоящей работы.

Продолжением работы С.В. Ерофеева, но уже в изучении НОМП применительно к г. Санкт-Петербургу, стала диссертационная работа О.А. Быховской (2002) в которой доказан рост количества врачебных дел, предложена методика вычисления степени утраты профессиональной трудоспособности вследствие допущенных НОМП при предшествующей травме, что потом нашло своё закономерное продолжение в научных исследованиях Ю.А. Хрусталевой (2010, 2018).

Наибольшее количество научных работ касалось НОМП, допускаемых специалистами в различных областях стоматологии. Так, А.И. Симон (2004) изучал судебно-медицинскую оценку НОМП, допускаемых в области ортопедической стоматологии.

А.В. Демина (2003) изучала недостатки, допускаемые в терапевтической стоматологии. В своей работе автор справедливо разграничивала ошибки и осложнения, то есть, далеко не каждое осложнение лечения является ошибкой и наоборот.

Изучение НОМП в ортопедической стоматологии продолжил Ю.Н. Уруков (2008), придя к выводу, что одним из важных инструментов снижения количества жалоб на медицинских работников – это деонтология, морально-этическое воспитание врачей-ортопедов.

Т.А. Тангиева (2004) изучала проблему НОМП у пациентов с

факторами риска и пришла к важному выводу о том, что при выполнении СМЭ необходимо очное освидетельствование подэкспертного.

Экспертным анализом ошибок при эндодонтическом лечении, занималась Ю.Г. Вещева (2005). С.В. Харченко (2005) анализировал НОМП, допускаемые стоматологами-хирургами. Авторами были предложены ряд мероприятий к профилактике этих ошибок, что согласуется с одной из задач судебной медицины, о которой говорил ещё Я.Л. Лейбович (1926).

Анализом НОМП, допускаемыми специалистами в области детской терапевтической стоматологии занималась Е.Е. Абрамова (2006), которая предложила комплекс мероприятий по предупреждению конфликтов.

М.Ю. Ермошина (2006), изучая ошибки и осложнения в практике терапевтической стоматологии при лечении кариеса зубов и его осложнений, проведя анализ исков граждан к медицинским организациям, пришла к выводу, что снижению количества претензий со стороны пациентов будет способствовать внедрение новых методов диагностики и лечения кариеса.

Анализируя выполняемые СМЭ по материалам врачебных дел, в которых претензия касалась стоматологической имплантации, А.В. Камалян (2007) в своей диссертационной работе высказался о необходимости включения в состав комиссии экспертов наиболее квалифицированных специалистов.

Специфические проблемы в оказании медицинской помощи стоматологами исследовали Р.К. Собир (2009), который изучал недостатки при ортопедическом лечении с использованием замковых креплений и О.А. Алешина (2011), изучавшая недостатки при протезировании несъёмными протезами. Авторы в своих исследованиях пришли к выводу о необходимости постоянного контроля качества оказываемого лечения и предложили обширную классификацию ошибок, допускаемых при оказании стоматологической медицинской помощи.

Научным, обобщающим, трудом, стала диссертационная работа Т.Г. Поповой (2008), в которой был сделан важный вывод о том, что при

выполнении СМЭ по факту ненадлежащим образом оказанной стоматологической помощи необходимо выполнять осмотр подэкспертных с применением необходимых методов диагностики, что должно повысить объективность выводов заключения. Также Т.Г. Поповой была разработана бальная оценка качества оформления медицинской документации, и предложена соответствующая формула с её интерпретацией.

Е.Ю. Кураева (2010) коснулась претензий, которые возникают при протезировании с опорами на дентальные имплантаты и был разработан алгоритм, который должен помочь в формулировании объективных выводов.

Д.В. Фролов (2011), изучая НОМП, которые допускают стоматологи при лечении травм зубочелюстной системы, разработал критерии, которые должны способствовать формулированию выводов СМЭ.

Распространённость научного интереса в области стоматологии подтверждается ещё и тем фактом, что к этой теме обращаются судебно-медицинские эксперты не только Российской Федерации, но и других стран. Так И.Е. Шотт (2005) изучала недостатки, допускаемые стоматологами-ортопедами в Республике Беларусь.

Большое количество дел возбуждается следственными органами и слушается в гражданских судах в связи с недостатками, допускаемыми акушерами-гинекологами и неонатологами, что повлекло за собой соответствующий научный интерес. Так, К.В. Ноздряков изучал недостатки, допускаемые акушерами-гинекологами, а Е.Н. Черкалина – неонатологами. К.В. Ноздряковым (2005) была предложена методика выполнения СМЭ, которая должна помочь объективизации выводов заключений экспертов. Е.Н. Черкалиной (2009) также был разработан алгоритм оценки НОМП, допускаемых неонатологами, также для объективной её оценки.

И.М. Лузанова (2007), продолжая изучать недостатки, допускаемые акушерами-гинекологами, предложила алгоритм оценки оказываемой медицинской помощи, в том числе, для ответа на вопросы о ПСС. При этом, предложила использовать для формулирования выводов СМЭ результаты

ведомственного и вневедомственного контроля оказанной медицинской помощи.

А.Г. Пашиных (2005), впервые в судебной медицине и дерматовенерологии проведя комплексное клиническое, экспертное и медико-правовое исследование, анализируя иски граждан к медицинским организациям в связи с недостатками, допущенными дерматовенерологами, пришла к выводу о ведущей роли в исках к медицинским организациям нарушений в области деонтологии.

Меняющееся законодательство в Российской Федерации, повлекло за собой необходимость уточнения положений, к которым пришла А.Г. Пашиных, итогом чего стали несколько диссертаций, в которых были продолжены научные изыскания в области судебно-медицинской оценки НОМП, допускаемые дерматовенерологами.

Н.Ю. Гурочкина (2006), И.В. Елистратова (2008) и Г.Б. Арутюнян (2011) в своих диссертационных работах пришли к схожим выводам о росте претензий граждан к дерматовенерологам и эти претензии, по мнению этих исследователей, нередко являются обоснованными. При этом, И.В. Елистратовой была адаптирована к оценке дерматовенерологической помощи формула Т.Г. Поповой (2008). Н.Ю. Гурочкина, проводя анализ НОМП больным дерматозам обоснованно разделяла понятия «профессиональная ошибка» и «дефект оказания медицинской помощи».

И.А. Киселева (2009), изучая недостатки, допущенные медицинскими работниками на стыке двух специальностей, дерматовенерологии и косметологии, пришла к выводу, что для выполнения СМЭ обязателен осмотр подэкспертного.

Изучая оценку недостатков, допускаемых специалистами в области пластической хирургии, Н.А. Михеева (2011) пришла к выводу о необходимости обязательного освидетельствования подэкспертного, а также о необходимости привлечения соответствующих клинических специалистов для участия в производстве СМЭ.

Медицинские специальности, которые сопряжены с оказанием неотложной, ургентной помощи, всегда сопряжены с опасностями допущения НОМП, что в полной мере относится к различным хирургическим специальностям, в том числе, к абдоминальной хирургии. Итогом научных исследований стали диссертации, подготовленные В.М. Казаряном (2008) и В.И. Нехаевым (2010), что однозначно указывает на важность данной проблемы, как для специалистов клинического профиля, так и судебно-медицинских экспертов. В.М. Казарян и В.И. Нехаев пришли к выводу о наибольшей важности именно принципов деонтологии, как первичного побудителя к медицинскому спору. В.И. Нехаев изучал НОМП, в том числе, используя результаты выполнения СМЭ по такого рода делам, что указывает на важность заключений экспертов и их востребованность не только судебно-следственными органами.

А.В. Татаринцев (2011), продолжая изучение НОМП, допускаемых абдоминальными хирургами в изменяющемся законодательстве, разработал критерии, которые помогут выявлению допущенных недостатков и разработке рекомендаций для их профилактики в дальнейшем.

Очень непростой проблемы, которой в настоящей работе будет посвящен отдельный раздел, а именно осложнениям медицинских вмешательств, посвящена диссертационная работа В.В. Бахчевникова (1999). В.В. Бахчевников пришёл к важному выводу о том, что не всякое оставление инородного тела должно расцениваться, как НОМП, и, соответственно, как вред, причинённый здоровью человека.

В.М. Унгуриян (2014), продолжая исследования НОМП, допускаемых абдоминальными хирургами, изучал оценку интраоперационных осложнений, а также оставления инородных тел в полостях тела при проведении оперативных вмешательств. В.М. Унгуриян пришёл к очень спорному выводу о том, что само по себе причинение итраопераионного повреждение должно расцениваться, как тяжкий вред здоровью. Такой вывод В.М. Унгурияна не является однозначным и бесспорным, что будет обосновано

в соответствующей главе настоящей работы.

А.В. Максимов (2014), проведя анализ НОМП, которые были допущены в отношении пострадавших с сочетанной травмой, разработал методику, которая должна помочь комиссии экспертов в оценке соответствующего клинического случая.

М.И. Губайдулин (2014), изучая травматизм в результате дорожно-транспортных происшествий, касался оценки правильности оказания медицинской помощи, как одного из существенных компонентов оценки тяжести вреда по п. 6.11 Правил 2008. М.И. Губайдулиным была предложена формула, объективизирующая ПСС между выявленными НОМП и наступившим исходом.

М.В. Лядова (2016), продолжая изучение травматизма в условиях мегаполиса, а также оценку допускаемых при этом НОМП, анализируя СМЭ по материалам врачебных дел, дала обширную характеристику ошибкам, допускаемым в своей профессиональной деятельности врачами травматологами мегаполисов. М.В. Лядова предложила анализировать заключения экспертов для целей улучшения работы ЛПУ, что указывает на позитивную роль СМЭ.

Недостатки, допущенные при оказании медицинской помощи пострадавшим от механической и термической травмы и их связь со смертью в отдаленном посттравматическом периоде изучала Д.М. Налетова (2019). В процессе осуществления научного поиска, автором был разработан алгоритм экспертного исследования медицинской документации, который должен обеспечить максимально полное исследование всех объектов, при оценке правильности оказания медицинской помощи.

Изучая НОМП, допускаемые кардиологами, О.И. Косухина (2015) пришла к выводу, что при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, необходимо максимально тщательно изучать все предоставленные материалы.

И.М. Веницкая (1999) исследуя вопросы оценки НОМП, допускаемых

оториноларингологами, разработала перечень вопросов, которые целесообразно ставить на решение комиссии экспертов.

В.Н. Талалаев (2005), продолжив изучение НОМП, допускаемые оториноларингологами, пришёл к выводу, что для снижения количества исков к медицинским организациям необходимо прежде всего обратить внимание на деонтологию, а также обеспечить повсеместное внедрение и использование добровольного информированного согласия.

А.Р. Поздеев (2008) изучая дефекты лечебной помощи больным в премортальном периоде, разработал систему, которая должна помочь судебно-медицинским экспертам выявлять соответствующие клиничко-фармакологические недостатки.

Диссертационное исследование Ю.В. Бисюка (2008) посвящено оказанию неотложной медицинской помощи при экстренных патологиях и допускаемым при этом недостаткам. Ю.В. Бисюком были разработаны критерии оценки НОМП при оказании экстренной помощи для целей научной обоснованности выводов СМЭ.

Е.Г. Гаврилова (2015), продолжая исследования недостатков, допускаемых анестезиологами-реаниматологами, обоснованно разделяла их на характеризующиеся действием (применение несочетаемых препаратов и др.), а также бездействием (не выполнение необходимых реанимационных мероприятий и др.).

В.А. Корякина (2016), продолжая изучение НОМП, допускаемых анестезиологами-реаниматологами, исследовала сложную тему, а именно, судебно-медицинскую оценку осложнений интубации. В.А. Корякина пришла к важному выводу, что выявленные повреждения, которые предусмотрены техникой выполнения медицинской манипуляции, например, перелом подъязычной кости при интубации, не являются НОМП, и не подлежат оценке с точки зрения вреда, причинённого здоровью человека.

Е.В. Голева (2009) в своей научной работе касалась недостатков оказания неотложной медицинской помощи больным с инсультами, а также

последствий перенесённого инсульта. Е.В. Голева установила, что причинами ошибок могут быть как кратковременное пребывание больного в стационаре, так и собственно НОМП, такие, как недостаточное обследование.

И.О. Печерей (2007) изучая недостатки диагностики и лечения больных с туберкулёзом лёгких, диагностированным в поликлиниках и стационарах общего профиля, пришёл к нескольким важным выводам, таким, как необходимость клинического обследования в стационаре подэкспертного в процессе выполнения СМЭ, что согласуется с последующими публикациями (Ромодановский П.О., Ковалев А.В., Баринов Е.Х., 2018).

В.Н. Макарова (2009), изучая НОМП больным туберкулёзом, акцентировала своё внимание на умерших больных, раскрыв объективные и субъективные причины их возникновения.

М.А. Сухарева (2015), подойдя к изучению НОМП, которые были допущены в отношении больных бронхолёгочной патологией, подошла к проблеме несколько с другой стороны, а именно, с экспертной оценки массового заболевания в замкнутом пространстве. Отличием научной работы М.А. Сухаревой явилось то, что она через недостатки, допускаемые в отношении отдельно взятого больного, пришла к возможности установления ПСС выявленных недостатков с массовым заболеванием.

О.В. Христофорова (2006), изучая осложнения внутрисуставного введения лекарственных препаратов, разработала систему, которая должна помочь выполнению СМЭ по такого рода делам. Проведённое исследование позволило прийти к выводу о необходимости изучения не только всей медицинской документации, но и физико-химических показателей самого использованного лекарственного средства.

Комплексный анализ недостатков оказания терапевтической медицинской помощи, допускаемых медицинскими работниками был проведён А.В. Березниковым (2011). В результате автором была предложена методика сравнения фактического и прогнозируемого исхода от оказания терапевтической помощи с целью установления «непосредственной»,

КосПСС или их отсутствия. При этом, иллюстрируя установление «непосредственной» связи НОМП и исхода, в основном приводились в качестве примера недостатки, характеризующиеся бездействием.

Так как медицинская помощь оказывается не только медицинскими работниками Министерства здравоохранения Российской Федерации, очевиден научный интерес к НОМП, допускаемых медицинскими работниками, например, Министерства обороны Российской Федерации. Такой научный интерес был реализован в два диссертационных исследования А.Б. Пименова (2002) и А.А. Маркова (2018), которыми обоснованно констатировано, что отсутствует единый подход к определению понятий «дефект в оказании медицинской помощи», «ятрогения» и другие, в связи с чем были предложены авторские дефиниции.

В.В. Альшевский (2005) посвятил свою научную работу оценке вреда здоровью, причиняемого медицинскими работниками, в уголовном судопроизводстве. Для решения поставленных задач, были предложены алгоритмы оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными НОМП.

И.В. Ившин (2005) изучал проблемы выполнения СМЭ по материалам УД, а также сопутствующие вопросы правильной квалификации действий медицинских работников. В результате, И.В. Ившин пришёл к актуальному и в настоящее время выводу, что СМЭ по материалам уголовных врачебных дел целесообразно назначать в иной субъект, где произошло медицинское правонарушение.

И.В. Вакуленко (2017) продолжила начатые В.В. Альшевским и И.В. Ившиным исследования по изучению НОМП и их оценки в уголовном процессе, но уже в условиях значительно изменившегося законодательства, что однозначно сделало её работу очень актуальной и позволили предложить авторский алгоритм экспертной оценки НИОМП.

Е.Х. Баринов (2014) посвятил свою научную работу изучению особенностей оценки медицинской помощи в гражданском судопроизводстве.

Проведённое масштабное исследование позволило прийти Е.Х. Баринову к ряду очень важных, выводов, таких, как, например, необходимость строгого соблюдения и следования стандартам оказания медицинской помощи, в том числе, в оценке оказанной медицинской помощи в рамках выполнения СМЭ. Е.Х. Бариновым был разработан алгоритм оценки оказанной медицинской помощи, который очень важен с точки зрения существующей правовой неопределённости, должна ли медицинская услуга соответствовать критериям безопасности, а также, должен ли судебно-медицинский эксперт оценивать качество медицинской услуги?

О важности судебно-медицинской экспертизы именно в гражданском процессе, востребованности, высказывался автор настоящей диссертационной работы (Шмаров Л.А., 2019, 2020, 2020).

Продолжая научную работу Е.Х. Баринова, К.Ю. Каменева (2019) сосредоточила свой научный поиск на изучении вопроса обоснованности СМЭ, выполняемых по материалам ГД. К.Ю. Каменева указывала, что имеется необходимость разработки критериев обоснованности СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел. Поднятый К.Ю. Каменевой вопрос обоснованности заключений экспертов является очень важным и одним из составляющих проблемы ошибок в выводах заключений экспертов.

Е.В. Островская (2002) изучая особенности проведения СМЭ, анализируя используемые дефиниции, пришла к выводу о необходимости использования понятия недостаток оказания медицинской помощи, а не дефект, ятрогения и другие. Е.В. Островской показала, что наибольшее количество ошибок при формулировании выводов СМЭ, связано с определением ПСС, а также, что возможно установление ППСС между бездействием медицинского работника и наступившим исходом.

О.С. Захаров (2005) в своей работе установил, что имеется связь СМЭ, выполняемой по материалу врачебного дела, и ЭКМП, что требует включения в состав комиссии эксперта качества медицинской помощи, а также использование приёмов оценки правильности оказания медицинской

помощи. Также автором рассмотрены очень сложные и до конца не решённые до настоящего времени вопросы оценки степени достижения запланированного результата, кто должен устанавливать наличие или отсутствие ПСС.

А.А. Андреев (2006), изучая проблему «врачебных ошибок» на стыке социологии и судебной медицины, пришёл к парадоксальному выводу, что судебно-медицинский эксперт может лишь оценить степень тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенным НОМП, выявить его причину, но не выявлять саму ошибку.

Д.В. Тягунов (2010) проведя анализ СМЭ, предложил авторский алгоритм выполнения экспертиз по врачебным делам, включающий в себя четыре этапа, при этом завершающим является этап оформления заключения и выводов.

Существующая до настоящего времени понятийная неопределённость, в частности, в определении понятий «врачебная ошибка», «дефект оказания медицинской помощи», повлекли научный интерес Ю.Е. Кузнецовой (2015) с целью внесения ясности в этот вопрос с точки зрения специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения. Анализируя принципы установления ПСС, автор пришла к выводу, что эксперт лишь устанавливает её признаки, а правоприменительная – саму ПСС, что подчёркивает отсутствие единого подхода в решении этого вопроса.

Так как одним из итогов деятельности медицинского работника является клинический диагноз, а судебно-медицинского эксперта – судебно-медицинский, то закономерно возник вопрос их корректного сопоставления, чему была посвящена диссертационная работа А.В. Максимова (2020). Автор в своей работе пришёл к важному выводу о том, что неправильность установления клинического диагноза имеет значение в наступлении летального исхода в тех случаях, когда она обусловлена недостаточным обследованием больного, несвоевременной диагностикой, то есть, бездействием медицинского работника.

Таким образом, краткий обзор 75 диссертационных работ, которые были защищены в период с 1948 по 2020 год, позволил констатировать наличие большого количества не решённых до настоящего времени важнейших проблем, затрудняющих как единообразное выполнение СМЭ по материалам врачебных дел, так и их единообразную оценку, и восприятие правоприменителем.

Многие диссертанты практически едины в некоторых положениях, таких, как:

- имеется необходимость изучения будущими врачами основ медицинского права, как одного из действенных инструментов предупреждения конфликтных ситуаций между медицинским работником и его пациентом;

- при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел целесообразно привлечение наиболее квалифицированных клинических специалистов.

При этом, как будет показано дальше, единство учёных в необходимости привлечения к выполнению СМЭ по материалам врачебных дел необходимых клинических специалистов, до настоящего времени не нашло своего безусловного применения на практике, что потребовало современного взгляда на эту проблему.

Также анализ научных работ показал, что до настоящего времени нет единого подхода к множеству обозначенных в научных трудах проблем, которые требуют своего решения, таких, как:

- а) отсутствие единого понятийного аппарата:

- 1) какие понятия наиболее легитимны: «недостаток оказания медицинской помощи» или «дефект оказания медицинской помощи»,

- 2) насколько применимы понятия «медицинская ошибка» и «врачебная ошибка»,

- 3) как соотносятся понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь» для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз,

4) как определяются понятия «качество медицинской услуги» и «безопасность медицинской услуги» для целей выполнения СМЭ;

б) наличие в научных трудах лишь отдельных статистических параметров врачебных дел, при отсутствии их единого статистического анализа по различным основаниям, таким, как, медицинская специальность, статья УК РФ, размер иска;

в) отсутствие обобщённого анализа причин роста количества врачебных дел;

г) наличие единичных работ с анализом вопросов, которые ставят в своих постановлениях и определениях правоприменители, при этом, отсутствуют рекомендации по постановке корректных вопросов;

д) при единстве мнений в необходимости привлечения для выполнения судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам соответствующих клинических специалистов, до настоящего времени не всегда выполняется, так же отсутствует научное обоснование этой необходимости, а также отсутствует комплексное решение ряда сопутствующих вопросов (имеются лишь единичные предложения по их решению): как привлекать клинических специалистов, сколько минимально и максимально их должно быть, существует ли оптимальное их количество;

е) проблемы на стыке судебной медицины и юриспруденции:

1) какие СМЭ необходимо выполнять по материалам врачебных дел, комиссионные или комплексные,

2) насколько легитимно решение вопроса о степени достижения запланированного результата при оказании медицинской помощи и предоставлении медицинской услуги,

3) должна ли медицинская услуга и медицинская помощь отвечать критериям безопасности и следует ли их оценивать комиссиям экспертов при выполнении СМЭ;

ж) проблемы поступления большого количества материалов врачебных дел в ГСМЭУ, а также проблема их неготовности к выполнению СМЭ;

и) проблемы, касающиеся ответов на вопросы о правильности оказания медицинской помощи, а именно, следует ли опираться на личное мнение клинического специалиста, на литературные источники и если да, то какие, на Национальные руководства, клинические рекомендации, на НПА (порядки, стандарты, и так далее);

к) проблема причинно-следственных отношений:

1) кто должен устанавливать ПСС,

2) необходимо ли устанавливать именно прямую ПСС, и насколько легитимна не прямая (опосредованная, косвенная) ПСС,

3) может ли быть ППСС между НОМП в виде неоказания (полного или частичного) и неблагоприятным исходом, и если может, то какие возможные способы её установления,

4) может ли быть несколько ППСС при оценке оказания медицинской помощи конкретному больному, то есть по одному факту;

л) проблема установления тяжести вреда, причинённого здоровью человека НОМП в виде бездействия, в том числе, проблема дефиниции вреда здоровью с точки зрения оценки бездействия;

м) проблема оценки возможности наступления благоприятного исхода, возможен ли в принципе такой ответ, и если он возможен, то как на него отвечать;

н) проблема оценки осложнений медицинских манипуляций;

о) проблема ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами при выполнении экспертиз по материалам врачебных дел, касающиеся формирования комиссии экспертов, оформления исследовательской части, формулирования выводов, в том числе, допущение логических ошибок.

Наличие перечисленных проблем, которые в той или иной степени фигурируют в анализируемых диссертационных работах и которые до настоящего времени не получили своего закономерного разрешения, послужило основной причиной написания настоящей работы и именно перечисленные проблемы обусловили указанные далее цели и задачи. Ведь

стоит согласиться с тем, что во врачебных делах, заключение СМЭ является важнейшим из всех доказательств (Солохин А.А., Свешников В.А., Дедюева Е.Ю., Сахно А.В., 1986; Плаксин В.О., Гуртовой Б.Л., Обоймаков В.Б., 1994; Сергеев В.В., Захаров С.О., 2000; Попова Т.Г., 2008). И за решением следователя и суда стоит судьба с одной стороны медицинских работников, с другой стороны, их пациентов. И именно объективная, непротиворечивая оценка оказанной медицинской помощи поможет правоприменителю прийти к верному решению, а медицинскому работнику и пациенту или его представителю воспринять принятое решение.

1.3 СТАТИСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

Как показано в историческом и научном аспектах, интерес к медицинским работникам и допускаемым ими НОМП, насчитывает несколько тысяч лет. Однако, статистический анализ ошибок в Российской Федерации, допускаемых медицинскими работниками насчитывает лишь около одного века.

В Российской Федерации статистические данные о распространённости НОМП и возбуждаемых по этому поводу дел впервые появились в 1920-е годы на волне послереволюционного резкого роста врачебных дел. Так, в г. Ленинграде в период с 1921 по май 1925 года наибольшее количество УД было возбуждено в отношении гинекологов (27 дела, или 42,2%), несколько меньше в отношении хирургов (24 дела, или 37,5%) (Заявление Акушерско-Гинекологического Общества..., 1926).

И подобная статистика по клиническим специальностям в общих чертах существует до настоящего времени.

В дальнейшем научные работы, которые содержат статистические данные о количестве возбуждаемых в отношении медицинских работников УД, подтвердили намеченную в 1920-ых годах тенденцию (Зальмунин Ю.С., 1948). Количество УД в отношении медицинских работников росло до 1937

года включительно, когда было возбуждено 262 УД, и потом стало снижаться (Акопов В.И., 2002).

С конца 20 в. стали появляться ГД по искам граждан к медицинским организациям по факту ненадлежащего, по их мнению, оказания медицинской помощи. Так, по данным В.В. Томилина и Ю.И. Соседко (2000) за период с 1996 по 1998 года стала очевидной тенденция к увеличению выполнения СМЭ по материалам ГД, которые достигли 39,1%. И подобная тенденция сохраняется по настоящее время, а именно, примерный «паритет» уголовных и гражданских дел по факту допущенных НОМП.

При этом, всё чаще стали появляться как УД, так и ГД, связанные с недостатками оказания медицинской помощи, допускаемыми частнопрактикующими врачами, о чём высказывались В.В. Томилин и Ю.И. Соседко (2001), что нашло своё отражение в росте количества ГД, связанных с исками к негосударственным медицинским организациям, а также росте количества УД, возбуждаемых по составу преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ.

Тенденция по клиническим специальностям, наметившаяся в 1920-е годы, к исходу 20 в. сохранилась и «лидерами» также являются хирурги (28,1 %), акушеры-гинекологи (21,1 %), терапевты (10,6 %), педиатры (6,4 %) (Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2001).

К концу 20 в. количество ГД по искам граждан к медицинским организациям почти «догнало» количество возбуждаемых в отношении медицинских работников УД. Так, в г. Санкт-Петербурге в период с 1987 по 1992 года в отношении медицинских работников возбуждалось ежегодно от 20 до 53 УД. При этом, по клиническим специальностям статистика была неизменной, так как большее количество дел возбуждалось в отношении хирургов (31 %), терапевтов (19,2 %), акушеров-гинекологов (16,9 %) (Андреев В.В., Быховская О.А., Богданова Л.Е., Коссовой А.Л., 1994). В последующие годы отмечен рост выполнения судебно-медицинских экспертиз в г. Санкт-Петербурге (Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е.,

Исаков В.Д., 2018), г. Москве (Плаксин В.О., Гуртовой Б.Л., Обоймаков В.Б., 1994), Московской области (Веселкина О.В., Обухова Ю.Д., Клевно В.А., 2015).

Рост количества врачебных дел имеется не только по регионам Российской Федерации, но и по практически всем клиническим специальностям. Например, количество исков к медицинским организациям, оказывающим стоматологическую медицинскую помощь выросло с 16 за период с 1993 по 2002 года до 1240 в период с 2013 по 2017 года (Андреева С.Н., Гусаров А.А., Фетисов В.А., 2018).

В.В. Томилин и Г.А. Пашиян (2001), исследуя категории медицинских работников, привлекаемых к уголовной ответственности, пришли к выводу, что чаще всего – это хирурги (34,5 %) и акушеры-гинекологи (16 %).

По статистическим данным установлено, что в 2015 году пострадали от врачебных ошибок 712 человек, из них 317 детей. В 2016 году соответственно 352 и 142. По этим фактам было возбуждено больше 400 УД (Врачебные ошибки и ответственность за них...).

Отмеченный стабильный рост количества врачебных дел вызван рядом факторов. О части из них высказывались Ю.Д. Сергеев и С.В. Ерофеев (1998), указав, что причинами отмеченного роста могут быть развитие законодательного регулирования медицины, рост обращений в общества защиты прав потребителей.

Многими авторами отмечается рост в последние годы количества возбуждаемых УД в отношении медицинских работников. Такая статистика, в основном, основана на данных СК РФ, так как именно СК РФ, в большинстве занимается расследованиями УД в отношении медицинских работников. Так, по данным А.А. Бимбинова (2019), наибольшее количество УД в 2017 г. в отношении медицинских работников было возбуждено по ст. 109, 238 и 293 УК РФ.

Вообще, врачебные дела, лишь верхушка айсберга, который включает в себя множество самых разных проблем, возникающих при оказании

медицинской помощи. Так, в 2019 году руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) М.А. Мурашко указывал, что «из 28 млн случаев госпитализации 2,24–3,36 млн в год могут сопровождаться «неблагоприятными медицинскими событиями» (Мануйлова А., 2019).

Проблема НОМП и их судебно-медицинской оценки является не только проблемой Российской Федерации, но и других государств.

В Республике Беларусь за период 2013–2015 гг. выявлен рост количества претензий к медицинским работникам (Овсюк Ю.А., Сорокин А.А., Четин А.В., 2016). Такая же ситуация имеется в Республике Армения (Бишарян М.С., Бабаян А.Э., 2017; Овсепян А.Н., Мхитарян К.Г., 2018). Как следует из статистических данных, в Республике Армения схожая с Россией ситуация, когда отмечается кратное увеличение врачебных дел, так и соответствующих СМЭ.

В Республике Казахстан также имеется существенный рост количества выполняемых СМЭ по материалам врачебных дел (Полякова Т.И., Колосов Ю.В., Жакупова Т.З., Мешелева-Бех Р.В., 2018).

Как показал даже краткий обзор, в странах бывшего СССР, как и в Российской Федерации, отмечается рост врачебных дел, как уголовных, так и гражданских.

В принципе, аналогичная ситуация наблюдается и в других государствах, и не только в настоящее время, но и в прошлые года. Так, в США ещё в середине 20-го в. было отмечено, что «гражданские иски за неправильное лечение – явление весьма частое» (Сыцянюк Г.А., 1958). E. Forgue и Aimes (1939) указывали, что «число судебных дел против врачей из года в год возрастает», что связано и с ростом количества дефектов оказания медицинской помощи, в том числе, поздней диагностики и нарушений в организации оказания медицинской помощи (Rosenfeld J. V., 2000; Connors J.M., 2001; Chowaniec C., 2005).

В настоящее время только в странах Европы ежегодно в суды подается

около 10 тыс. жалоб на медицинских работников. Половина из них удовлетворяется судом, так как проведенная экспертиза доказала факт ошибки (Сухобок Т.В., Аксенова-Сорохтей Ю.Н., 2018).

В США ежегодно от не соответствующего медицинского вмешательства погибает около 100 тыс. больных, в Германии эта цифра составляет 25000 (Статистика врачебных ошибок...).

Также в США ежегодное количество поступающих на врачей жалоб составляло 0,2 на каждые 100 врачей в 1985 году, 14,4 – в 1994 году и из-за врачебных ошибок умирают от 44 до 98 тысяч человек в год (Thomas E.J., Studdert D.M., Newhouse J.P., 1999). В Канаде в 1994 году один врач из каждых 27 привлекался к ответственности, и в течение последних 10 лет этот показатель был относительно стабилен (Шарабчиев Ю.Т., 2013). Похожая ситуация складывается и в Норвегии (Jonsbu J., Melsom H., Sonderland R., 1992). И это при том, что в этих странах отмечается и прогнозируется увеличение продолжительности жизни (Murray C.J., Lopez A.D., 1996).

Таким образом, проблема НОМП, не является проблемой только Российской Федерации, но и стран бывшего СССР, а также практически всех государств. При этом, кардинально, ничего с 1920-х годов не изменилось.

Однако, такое распределение рисков в медицинских специальностях не является принадлежностью только Российской Федерации. Резкий рост судебных исков к акушерам-гинекологам и соответствующим медицинским организациям привело к тому, что в некоторых штатах США произошёл кризис на рынке страхования профессиональной ответственности врачей (George Corpolo, Saul Spigel, 2003). Подобные тенденции в Японии привели к резкому снижению популярности профессии акушера-гинеколога у студентов медицинских вузов (Leflar, Robert B., 2012). Такие тенденции привели в том числе и к тому, что резко возросли как сложность, так длительность рассмотрения подобных дел, и соответственно к резкому росту финансовых затрат для пациентов (Leflar, Robert B., 2011).

Таким образом, статистически-исторический анализ показал, что с начала 20 в. отмечается постоянный рост количества судебных дел, как уголовных, так и особенно в последнее время, гражданских. И подобный рост количества судебных дел отражается на росте выполнения СМЭ, что связано с тем, что в данной категории дел, практически невозможно принять обоснованное решение без проведения СМЭ.

Для оценки тенденции выполнения СМЭ по материалам судебных дел в ГСМЭУ субъектов Российской Федерации, были собраны данные за 2016 – 2020 гг. Для объективизации распространённости выполнения СМЭ по материалам судебных дел в данном разделе не учитывались СМЭ, выполненные по такого рода делам в РЦСМЭ, подробный анализ которых будет дан в других главах.

В 87 ГСМЭУ Российской Федерации в период с 2016 по 2020 год было выполнено 37916 СМЭ (то есть примерно по 7583 СМЭ в год). Как следует из представленных статистических данных, почти четыре пятых СМЭ по материалам судебных дел выполняются в уголовном судопроизводстве или лишь около одной пятой – в гражданском. При этом, подобное соотношение не соответствует соотношению выполняемых в РЦСМЭ СМЭ, где их выполняется практически одинаковое количество (табл. 1 Приложения).

В.М. Седов (2010) отмечал, что рост дел в гражданских судах очень часто связан с активностью адвокатов от медицины, которые раньше были медицинскими работниками.

При распределении выполненных по материалам судебных дел СМЭ по различным федеральным округам Российской Федерации, установлено, что наибольшее их количество выполнено Приволжском федеральном округе, распределение субъектов по федеральным округам было взято из Указа Президента РФ [374].

Распределение выполненных СМЭ по УД и по МП почти соответствует общей картине, а распределение выполненных СМЭ по материалам ГД по

искал к медицинским организациям несколько отличается от суммарной (табл. 2 Приложения).

Приведённые данные отражают лишь общую картину по распределению количества выполненных СМЭ по материалам врачебных дел по субъектам Российской Федерации и по федеральным округам. Для объективизации истинного количества выполнения судебно-медицинских экспертиз по анализируемым делам, было изучено относительное количество их выполнения на 1 млн. человек соответствующего субъекта или федерального округа (табл. 3 Приложения).

Представленные статистические данные по выполнению СМЭ по материалам врачебных дел в ГСМЭУ Минздрава России за пятилетний период с 2016 по 2020 год, показывает большую востребованность данного рода заключений и соответственно значительное количество их выполнения (табл. 4 Приложения).

Статистический анализ показал, что врачебные дела, и выполняемые по их материалам СМЭ, имеют стабильный рост, начиная в 1920-х, с ростом в последние года. При этом подобная картина не является исключительной для Российской Федерации, а повсеместно присутствует в самых различных странах, которые ощутимо сталкиваются с этой проблемой.

Таким образом, резюмируя приведённые исторический, научный и статистический аспекты врачебных дел и выполняемых СМЭ по данному рода делам, показал, что:

- «возраст» врачебных дел насчитывает уже не четыре тысячи лет, в Российской Федерации – 350 лет, впервые возникнув ещё во времена Русского царства;

- анализ научного аспекта врачебных дел показал, что имеется большое количество не решённых проблем, касающихся выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, которые были выявлены и подробно раскрыты в соответствующем разделе;

- статистический аспект распространённости врачебных дел, а также количества выполняемых СМЭ, показал их стабильно большое количество в настоящее время и рост по сравнению с прошлыми годами, особенно, прошлого века.

Изученные аспекты и раскрытые проблемы определили вывод о важности предмета исследования, о противоречивости в подходах к решению ряда ключевых вопросов, что указывает на своевременность и практическую значимость настоящего диссертационного исследования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все исследования в рамках диссертации проведены на базе РЦСМЭ. Основу работы составили материалы врачебных дел, постановления и определения, решения судов по материалам ГД, СМЭ, медицинские документы.

Часть СМЭ выполнены автором лично (в качестве эксперта-организатора), часть в составе комиссии экспертов. Анализируемые СМЭ включают архивные материалы РЦСМЭ, куда вошли заключения, выполнение в период с 1957 по 1991 год (их архива), а также заключения экспертов и специалистов, выполненные в период с 2008 по 2022 год, содержащиеся в материалах УД, МП и ГД, которые поступили в РЦСМЭ в период с сентября 2011 по январь 2022 года.

Во всех случаях экспертные заключения и заключения специалистов были проанализированы в том числе, с точки зрения объективности, научной обоснованности, непротиворечивости.

Материал исследования

Общая характеристика материала исследования

Материалы анализируемых УД, МП и ГД поступили из 72 регионов Российской Федерации, а также из двух иностранных государств (Республика Армения и Республика Абхазия).

СМЭ учитывались в соответствии с регионом Российской Федерации, где они были выполнены, а также в соответствии с регионом, где дислоцируется орган, назначивший выполнение судебно-медицинской экспертизы. Регионы учитывались в соответствии с их перечнем в ст. 65 Конституции Российской Федерации, при условии выполнения судебно-медицинских экспертиз после 1991 года, выполненные до 1991 года, учитывались в соответствии с республикой СССР, наименования учитывались в соответствии со ст. 13 Конституции СССР 1936 года и ст. 71

Конституции СССР 1977 года.

Объекты исследования:

- нормативные правовые акты и акты применения права;
- судебная практика по рассмотрению гражданских дел;
- материалы уголовных дел, материалов проверок и гражданских дел по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- судебно-медицинские экспертизы, заключения специалистов, выполненные по материалам врачебных дел.

Нормативные правовые акты и акты применения права

При выполнении настоящей диссертационной работы было выполнено обширное исследование НПА, как действующих в настоящее время, так и отменённых, но отражающих существенную информацию о подходах к медицинскому, судебно-медицинскому и юридическому решению тех или иных вопросов в различные периоды времени, в том числе, иностранных.

Были изучены и использованы при подготовке диссертационной работы:

- Конституция РФ;
- кодифицированные федеральные законы: ГК РФ, ГПК РФ, УПК РФ, УК РФ, ТК РФ;
- федеральные законы: 323-ФЗ, 73-ФЗ, 326-ФЗ (Об обязательном медицинском страховании);
- законы: О защите прав потребителей;
- Постановления Правительства РФ и Указы Президента РФ, а также Распоряжения Правительства РФ;
- Приказы Минздрава России и Минздравсоцразвития России;
- Приказы Министерства труда и социального развития России;
- письма Минздрава России и СССР, а также письма и указания руководства СК РФ;

- иностранные НПА: УК Канады, УК ФРГ.

Были изучены и использованы при подготовке диссертационной работы такие акты применения права, как:

- Постановления Европейского суда по правам человека;
- Постановления Пленума Верховного суда РФ;
- Решения Верховного суда РФ;
- постановления и определения о назначении СМЭ, вынесенные судебно-следственными органами.

Были изучены и использованы при подготовке диссертационной работы НПА, которые в настоящее время не действуют, но имеют существенное значение для понимания особенностей оценки медицинской помощи, в том числе, судебно-медицинской, в разные года:

- а) кодифицированные федеральные законы: УК РСФСР 1922, 1926;
- б) законы:
 - 1) Закон СССР от 19.12.1969 № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении»,
 - 2) Закон о здравоохранении СССР от 29.07.1971, «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1);
- в) Декреты Всероссийского центрального исполнительного комитета (ВЦИК) Совета народных комиссаров РСФСР (СНК РСФСР);
- г) Правила определения тяжести вреда, причинённого здоровью человека, утверждённые в разные года Приказами Наркомздрава и Наркомюста, Минздрава РСФСР, Минздрава СССР.

Таким образом, было всего изучено и применено для написания настоящей диссертационной работы около пятидесяти НПА, как Российских, так и зарубежных, как действующих, так и отменённых, более десяти актов применения права Высшими судами, более полутора тысяч постановлений и определений. Данный факт позволяет охарактеризовать объёмом изученных НПА и актов применения права, как доставочным для целей и задач

настоящего исследования.

Судебная практика

Были проанализированы 523 решения судов по материалам гражданских дел, по искам граждан к медицинским организациям по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи.

При анализе решений судов для целей выполнения настоящей работы были учтены следующие параметры и данные:

- а) результаты выполнения СМЭ по материалам ГД;
- б) итоги рассмотрения дела в суде для целей соотнесения с результатами СМЭ.

Материалы УД, МП, ГД

Были изучены:

а) постановления и определения о назначении СМЭ, при изучении которых учитывались:

1) наличие или отсутствие обоснования назначения судебно-медицинской экспертизы (учитывались его наличие или отсутствие),

2) наличие или отсутствия в качестве единственного обоснования, несогласия сторон, чаще всего, потерпевших или истцов,

3) количество и корректность поставленных вопросов;

б) материалы дел с точки зрения оценки повода возбуждения уголовного дела, или обращения в гражданский суд с иском, с целью поиска причин увеличения количества врачебных дел;

в) материалы дел с точки зрения полноты предоставленных материалов.

Судебно-медицинские экспертизы,

выполненные по материалам врачебных дел

Судебно-медицинские экспертизы, выполненные по материалам врачебных делам в период 1957-1991 гг.

Были изучены 50 заключений экспертов, выполненных в период 1957-1991 гг., из имеющихся в архиве РЦСМЭ.

Распределение анализируемых заключений судебно-медицинских экспертиз, выполненных в период с 1957 по 1991 год, в зависимости от специальности медицинского работника, к которому предъявлена основная претензия, представлено в табл. 5 Приложения.

Распределение анализируемых заключений судебно-медицинских экспертиз в зависимости от региона, где они выполнены, а также в зависимости от ведомственной принадлежности, представлено в табл. 6 Приложения.

Все судебно-медицинские экспертизы выполнены в ГСМЭУ, что связано с отсутствием в этот период негосударственных экспертных учреждений.

Заключения, выполненные по материалам врачебных дел в период 2008-2022 гг.

Были изучены 808 заключений экспертов и специалистов, выполненных в период 2008-2022 гг., содержащихся как в материалах дел, поступивших в РЦСМЭ в период 2011-2022 гг., а также выполненные в РЦСМЭ.

Распределение анализируемых заключений в зависимости от специальности медицинского работника, к которому предъявлена основная претензия, представлено в табл. 7 Приложения.

Как следует из представленных данных, заключения выполнены в 70-ти региональных ГСМЭУ из 91 существующего, в четырёх экспертных организациях подчинения соответствующего Министерства, в экспертном учреждении СК РФ, в ГСМЭУ иностранного государства, а также в негосударственных экспертных организациях (табл. 8 Приложения). Подобный охват заключений указывает на системный подход в их анализе, который позволяет их оценивать с самых разных точек зрения и формулировать выводы на основании проведённого анализа и выявлять

тенденции.

Этапы выполнения настоящего диссертационного исследования

Выполнение диссертационного исследования проводилось в несколько этапов.

Этап 1.

На первом этапе выполнено изучение специальной литературы, а также научных трудов, прежде всего, диссертационных исследований, посвящённых изучаемой теме.

Было изучено 428 отечественных и 53 иностранных литературных источника. Были изучены и использованы результаты выполненных 75 диссертационных работ, из них 59 диссертаций на соискание учёной степени кандидата медицинских наук и 16 – доктора медицинских наук, посвящённых судебно-медицинской оценке недостатков оказания медицинской помощи.

Этап 2.

Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих оказание медицинской помощи, выполнение судебно-медицинских экспертиз, оценку оказанной медицинской помощи, в том числе, судебно-медицинскую.

Изучены и проанализированы более пятидесяти НПА, как Российских, так и зарубежных, как действующих, так и отменённых, а также более двадцати актов применения права Высшими судами, а именно, Верховным судом Российской Федерации, Европейским судом по правам человека.

Анализ законодательства проведён для целей определения понятий, касающихся оказания медицинской помощи, предоставления медицинских услуг и их экспертной оценки, в том числе, для целей его более эффективного использования.

Анализ законодательства также проведён для унификации выполнения СМЭ по материалам врачебных дел.

Этап 3.

Анализ врачебных дел, с целью:

- изучения структуры материалов врачебных дел по медицинским специальностям;
- изучения структуры материалов уголовных дел в отношении медицинских работников в зависимости от инкриминируемого преступления;
- выявления причин роста количества врачебных дел.

Изучение постановлений и определений о назначении судебно-медицинских экспертиз с целью:

- анализа с точки зрения количества и корректности задаваемых вопросов;
- выработки рекомендаций по постановке корректных вопросов для целей консультирования судебно-следственных органов.

Этап 4.

Анализ СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел, который проводился в несколько взаимосвязанных этапов и включал в себя несколько изучаемых блоков проблем и вопросов.

Во-первых, была изучена проблема предела компетенции судебно-медицинского эксперта и проблема привлечения клинических специалистов в комиссию экспертов.

При изучении проблемы компетенции судебно-медицинского эксперта, было рассмотрено и последовательно решено несколько вопросов, таких, как:

- определение соотношения выполняемых СМЭ с привлечением и без привлечения необходимых клинических специалистов;
- обоснование необходимости привлечения клинических специалистов для участия в выполнении СМЭ по материалам врачебных дел;
- характеристика состава комиссий при выполнении СМЭ по материалам врачебным делам;
- разработка рекомендаций для определения оптимального состава комиссии экспертов.

Во-вторых, проведён анализ выполняемых СМЭ с точки зрения ответов на основные вопросы. В данном блоке были подробно изучены ответы на

основные вопросы, которые формулируют комиссии экспертов, а также даны рекомендации по ответам на них.

Этап 5.

На основании проведенного на этапе 4 анализа СМЭ, были выявлены основные проблемы, и предложены пути их решения.

Во-первых, изучены законодательные проблемы, возникающие, прежде всего, при выполнении СМЭ, а также при вынесении постановлений и определений об их назначении.

Во-вторых, изучены организационно-административные проблемы, предложено несколько путей решения, которые должны помочь в регулировании потоков выполняемых и назначаемых СМЭ, а также предоставлением полного объёма материалов, своевременного удовлетворения заявленных ходатайств.

В-третьих, изучены производственные проблемы, связанные с выполнением СМЭ по материалам врачебных дел. Производственные проблемы представляют собой блок взаимосвязанных проблем, каждая из которых была изучена отдельно и предложены пути их решения.

На первом этапе были изучены производственные проблемы, связанные с выполнением СМЭ на стадии формирования комиссии экспертов. Анализом СМЭ, научных публикаций, действующего законодательства предложены пути их решения.

На втором этапе были изучены производственные проблемы, связанные с выполнением СМЭ на стадии формулирования выводов. Этот комплекс проблем является самым существенным для судебно-медицинского эксперта.

Среди комплекса проблем, связанных с выполнением СМЭ на стадии формулирования выводов, во-первых, были изучены сложности в формулировании ответов о правильности оказания медицинской помощи, в том числе, оценка необходимости изучения Стандартов оказания медпомощи. Были предложены пути решения данной проблемы, которые помогут как унификации формулирования выводов, так и оценке уже выполненного

заклучения экспертов.

Во-вторых, изучены проблемы, возникающие при формулировании ответов о возможности наступления благоприятного исхода.

Предложены подходы к оценке возможности наступления благоприятного исхода.

В-третьих, изучена проблема формулирования ответов о наличии ППСС между выявленными НОМП и исходом.

На данном этапе исследования были изучены проблемы и предложены пути их решения:

- кто устанавливает наличие ПСС;
- следует ли с точки зрения наличия или отсутствия ПСС оценивать оказанную медицинскую помощь в совокупности или, при наличии таких вопросов в постановлении или определении, оценивать каждый из выявленных НОМП отдельно;
- должна ли быть только прямая ПСС, или могут быть косвенные, опосредованные и иные причинные связи;
- может ли быть ППСС между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом;
- возможность наличия нескольких ППСС в выводах экспертов.

На основе анализа СМЭ, законодательства, научных публикаций в области юриспруденции, логики, неклассической логики, предложены возможные подходы к решению проблемы установления ППСС между выявленными НОМП и наступившим неблагоприятным исходом.

В-четвёртых, изучены проблемы, возникающие при формулировании ответов о тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными НОМП.

Предложены пути решения проблемы оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека недостатками оказания медицинской помощи, характеризующиеся бездействием.

В-пятых, изучены проблемы, возникающие при оценке осложнений

медицинских вмешательств (манипуляций).

Предложены подходы к оценке осложнений медицинских манипуляций, которые должны привести к единообразной их оценке при выполнении СМЭ, а также к единообразной их оценке судебно-следственными органами для целей недопущения правовых ошибок.

Этап 6.

Проведён анализ недостатков, которые возникают при выполнении СМЭ по врачебным делам:

- на стадии формирования комиссии экспертов;
- на стадии исследования предоставленных материалов;
- при оформлении исследовательской части заключения экспертов.
- на стадии формулирования выводов.

Так как на стадии формулирования выводов возникает основное количество ошибок, были изучены два комплекса.

Первый комплекс – это процессуальные ошибки, которые подробно изучены и даны рекомендации для их предотвращения.

Второй и самый значительный по объёму комплекс – это логические ошибки, которые были подробно изучены на следующем этапе исследования.

Изучение логических ошибок выполнено в свою очередь также в несколько взаимосвязанных этапов.

На первом этапе было проведено исследование основных логических форм, которые используются, в том числе, при формулировании выводов, а именно, понятий, суждений и умозаключений.

На втором этапе были изучены собственно логические ошибки, нарушения основных законов формальной логики, допускаемые при формулировании выводов и разработаны рекомендации по их недопущению.

Этап 7.

На основании проведённых на предыдущих этапах исследований, сформулированы выводы, а также практические рекомендации по всем затронутым проблемам и вопросам, следование которым должно привести к

единообразному подходу как к выполнению, так и назначению выполнения судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебных дел, а также к единообразной их оценке.

Методы исследования

При подготовке настоящего диссертационного исследования были использованы следующие методы исследований, которые были последовательно применены на всех этапах выполнения работы.

Исторический и связанный с ним сравнительно-исторический методы, использованы при анализе исторического аспекта актуальности выбранной темы диссертации.

Сравнительно-аналитический метод применялся для сравнительного анализа выполняемых по материалам врачебных дел СМЭ с целью выработки рекомендаций по их единообразному выполнению.

Сравнительно-правовой метод использован для сравнительного анализа положений законодательства, регулирующего оказание медицинской помощи и предоставление медицинских услуг, оценки оказанной медицинской помощи, выполнения и назначения СМЭ.

Статистический метод, в том числе корреляционный анализ, был использован для получения и оценки различных статистических данных, прежде всего процентных отношении различных величин, их выраженности в группе или популяции, а также расчёта коэффициентов корреляции для выявления определённых тенденций или для обоснования их отсутствия.

Для проведения статистического анализа был использован пакет прикладных программ «StatSoft STATISTICA 10.0.1011 Enterprise». Величина коэффициента корреляции интерпретировалась следующим образом: 0,75 – 1,00 очень высокая положительная, 0,50 – 0,74 высокая положительная, 0,25 – 0,49 средняя положительная, 0,00 – 0,24 – слабая положительная, 0,00 – -0,24 – слабая отрицательная, -0,25 – -0,49 средняя отрицательная, -0,50 – -0,74 высокая отрицательная, -0,75 – -1,00 очень высокая отрицательная.

Логический, т.е. с помощью формальной логики, метод был применён при выполнении практически всех разделов работы, но более всего:

- при изучении проблем, возникающих при выполнении СМЭ, и прежде всего, при формулировании выводов, а также при формулировании способов преодоления указанных проблем;

- при системном анализе выводов заключений с точки зрения оценки допускаемых логических ошибок, а также предложения способов их преодоления и предотвращения.

Таким образом, изучение всех перечисленных объектов исследований с использованием перечисленных методов, позволило сформулировать выводы по настоящей диссертационной работе, предложить практические рекомендации и считать достигнутыми поставленные задачи.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИХ ЭКСПЕРТНУЮ ОЦЕНКУ

Выполнение СМЭ по материалам врачебных дел направлено прежде всего, на оценку оказанной медицинской помощи и предоставленной медицинской услуги, а также их характеристику, в связи с чем, должен присутствовать единообразно принимаемый всеми понятийный аппарат, на котором строится формулирование выводов СМЭ.

В настоящее время имеется большое количество понятий, характеризующих как сам процесс оказания медицинской помощи, так и её экспертную оценку, что повлекло необходимость оценки наиболее применимых понятий, а также определить, какие из них наиболее соответствуют целям и задачам практической деятельности судебно-медицинских экспертов.

Иначе говоря, определение понятий в конечном итоге ставит своей целью:

- чётко отделить класс предметов определенного типа от других;
- выявить их специфическое содержание, т.е. совокупность существенных признаков, которые присущи их элементам (Гетманова А.Д., 2011).

Все врачебные дела связаны с предполагаемыми неправильными действиями или бездействием медицинских работников. Их неправильное действие или бездействие определяют множеством понятий, наиболее часто – как медицинская или врачебная ошибка, недостаток в оказании медицинской помощи, дефект оказания медицинской помощи и иными. В связи с чем встаёт необходимость их определения и уяснения, какими более целесообразно пользоваться.

Понятие – это форма мышления, которая отражает существенные

свойства объектов и отношения между ними (Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2015).

При этом необходимо стремиться использовать в своей практической деятельности понятия определённые, с ясным содержанием и резким объёмом, о чём применительно к оценке медицинской помощи высказывались Г.А. Пашиян и И.В. Ившин (2006), предлагавшими использовать понятия «ненадлежащее исполнение (неисполнение) профессиональных обязанностей»; «неоказание (ненадлежащее оказание) медицинской помощи»; «нарушение»; «неправильное», «ненадлежащее» действие (бездействие); «недостаток».

Таким образом, чёткое определение понятий связано с необходимостью представления, что в данное понятие входит, а что – нет и как они соотносятся между собой.

3.1 АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА» И «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Вся деятельность по охране здоровья граждан строится на основе нескольких уровней, то есть имеется своего рода иерархия, что закреплено в ст. 2 323-ФЗ: медицинская деятельность – медицинская помощь – медицинская услуга – медицинское вмешательство.

3.1.1 ОСНОВЫ ПОНЯТИЙ «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА» И «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

В настоящее время в медицинской и юридической литературе, а также в действующем законодательстве присутствует множество вариантов соотношения понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь».

В ГК РФ определение услуги отсутствует, неоднократно понятие «услуги» упоминается в Законе 2300-1.

Определение понятия «услуга» содержится в п. 5 ст. 38 НК РФ, где сказано, что «услугой для целей налогообложения признается деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе этой деятельности».

Верховный суд РФ высказался, что под услугой «следует понимать действие (комплекс действий), совершаемое исполнителем в интересах и по заказу потребителя в целях, для которых услуга такого рода обычно используется» [268].

То есть главное в услуге – это действие, например, по лечению или диагностике какого-либо заболевания.

В литературе встречаются различные критерии, характеризующие услугу. Во-первых, предметом услуг являются соответствующие действия, а не их овеществлённый результат. Во-вторых, предоставление услуг неотделимо от деятельности лица, предоставляющего услуги. В-третьих, соответствующее действие представляет собой определённую работу, а для того, кому (в чьих интересах) она совершается – услугу (Те Е.А., 2007).

Сказанное является важным для понимания смысла понятия «медицинская услуга», ведь как следует из анализа Российского законодательства, в частности, ч. 3 ст. 423 ГК РФ, она может быть, как платной, так и бесплатной, что и будет принято для целей настоящего исследования.

Из ч. 3 и ч. 4 ст. 2 323-ФЗ следует, что соотношение исследуемых понятий следующее: медицинская услуга является частью медицинской помощи, то есть, медицинская помощь – понятие родовое, а медицинская услуга – видовое.

При всей очевидности приведённых определений понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга», содержащихся в 323-ФЗ, в современной юридической литературе нет единого подхода как к их

определению, так и к их отношению друг к другу.

Так, Ю.В. Данилочкина (2003) указывает, что медицинская услуга – это совокупность профессиональных возмездных, целесообразно необходимых действий исполнителя, направленных на определённое состояние здоровья. Данное определение содержит явно излишние компоненты, так как целью медицинской услуги не может быть определённое состояние здоровья, оно может быть лишь поводом обращения за предоставлением медицинской услуги и предполагаться, но не планироваться. Схожее мнение высказывал И.Г. Галь (2013), и Е.Л. Поцелуев (2016).

В медицинской и юридической литературе имеется очень большое количество определений медицинской услуги, но даже приведённые в настоящей подглаве показывают отсутствие единого подхода к её определению, что затрудняет её использование для целей выполнения СМЭ.

3.1.2 СООТНОШЕНИЕ ПОНЯТИЙ «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА» И «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Как и с определением понятия «медицинская услуга», определение её соотношения с понятием «медицинская помощь» также очень разнообразно.

Так, И.А. Пронин (2012) считает эти понятия совпадающими, примерно такой же точки зрения придерживается Е.Л. Поцелуев (2016).

С другой стороны, Ю.П. Лисицын (2010) считает, что это совершенно различные виды деятельности и содержат в себе различные значения.

Но это противоположные мнения, большинство авторов всё-таки считают понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга» в той или иной степени несовпадающими, однако оценка их иерархии также неоднозначна, то есть нет единого мнения, какое из этих понятий родовое, а какое видовое (хотя в 323-ФЗ однозначно закреплено, что медицинская услуга является частью медицинской помощи, то есть медицинская помощь является понятием родовым, а медицинская услуга – видовым).

В.С. Абдуллина (2007) считает медицинскую помощь составляющей частью медицинской услуги, что не совпадает с положениями вышедшего позднее 323-ФЗ.

Другие авторы высказывают мнение, соотносящееся в 323-ФЗ. Так, Е.В. Рожкова (2011), считает, что медицинская услуга – часть медицинской помощи, а Г.Б. Еремин (2011), что «медицинская помощь» является родовым понятием по отношению к понятию «медицинская услуга».

Осмысление понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга», однозначное уяснение их соотношений, не является исключительно теоретическим рассуждением части судебно-медицинских экспертов и юристов, что имеет практическое применение при выполнении СМЭ по врачебным делам, особенно, по ГД по искам к медицинским организациям также по некоторым УД и МП. Иногда ставятся вопросы, касающиеся оценки медицинской помощи и медицинской услуги, оказанных пациенту. Так, при вынесении постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы по материалам доследственной проверки, был поставлен вопрос «Какие из выявленных нарушений в действиях медицинских работников относятся к медицинским услугам, а какие к оказанию медицинской помощи?», на который комиссия экспертов дала противоречивый ответ, что указывает на необходимость уяснения исследуемых понятий практикующими судебно-медицинскими экспертами, выполняющими СМЭ по врачебным делам.

Анализируя приведённые мнения исследователей, а также действующее законодательство следует признать, что медицинская помощь может быть оказана как медицинскими работниками (то есть лицами с высшим или средним медицинским образованием и соответствующей специальной подготовкой, подтверждённой действующим сертификатом), так и лицом, обязанным оказывать медицинскую помощь в соответствии с законом или со специальным правилом (работники МЧС и другие). При этом медицинская услуга, являющаяся гражданско-правовой категорией, оказываемая в рамках договорных обязательств, может быть предоставлена

только медицинским работником (то есть лицом с высшим или средним медицинским образованием), так как заказчик будет пользоваться услугами специалиста, и очень трудно себе представить работника МЧС, работающего в очаге чрезвычайной ситуации и предоставляющего медицинскую услугу.

Таким образом, проведённый анализ понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга», показал, что:

- понимание сущности исследуемых понятий имеет практическое значение для судебно-медицинского эксперта, выполняющего СМЭ по материалам врачебных дел;

- медицинская помощь может быть оказана как медицинским работником, так и лицом, обязанным оказывать медицинскую помощь в соответствии с законом или со специальным правилом;

- медицинская услуга оказывается только медицинским работником, то есть гражданином, имеющим высшее или среднее медицинское образование;

- медицинская услуга является составной частью медицинской помощи.

3.2 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ «КАЧЕСТВО» И «БЕЗОПАСНОСТЬ» МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

В разрезе темы настоящего исследования встаёт закономерный вопрос о качестве и безопасности медицинской услуги, отсутствие которых, вполне возможно, могут послужить поводом для обращения граждан в судебно-следственные органы.

3.2.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ» ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Так как гражданин, обращаясь за оказанием медицинской услуги, рассчитывает на её качественность, то отсутствие оправдания ожидания

гражданина в качественном предоставлении медицинской услуги приводит к претензиям и обращениям с исками. В связи с чем, в данном разделе проведено исследование значения этого очень важного понятия.

В ГК РФ понятие «качество услуги» практически не упоминается. Неоднократно понятие «качество услуги» упоминается в Законе 2300-1. При этом и данный закон неоднократно упоминая необходимость следования качеству услуги (в ст. 4, 31, 36, 40, 44, 45), необходимости качеству услуги соответствовать договору (ст. 4) – это понятие определяется именно через необходимость соответствия договору. Уточняющее упомянутый закон Постановление Пленума Верховного суда понятие «качество услуги» никак не комментирует [268]. Таким образом, действующее законодательство понятие «качество услуги» определяет через соответствие заключённому договору.

В научной литературе понятие «качество услуги» практически не раскрыто. Так в фундаментальных трудах В.А. Белова (2016), Е.А. Суханова (2004–2005) понятие «качество услуги» хоть и упоминается, но лишь повторяя положения ГК РФ.

Законодатель, не раскрывая, что следует понимать под качеством услуги, тем не менее в нескольких НПА раскрыл понятие «качество медицинской помощи», составной частью которой является медицинская услуга. В 323-ФЗ, качество медицинской помощи определено, как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». В приведённом определении законодатель одним из критериев качественно оказанной медицинской помощи установил степень достижения некоего заранее запланированного результата, и, видимо, степень эта, с точки зрения законодателя, должна коррелировать с качеством оказанной медицинской помощи. В данной статье законодатель ничего не говорит о том, что он

вкладывает в само понятие «степень достижения запланированного результата» - процент улучшения состояния здоровья пациента, возможный объективный или субъективный оценочный показатель (лучше / хуже) или что-то иное, не отсылает он и к какому-либо другому НПА, раскрывающему данное понятие. Однако, даже при правильно оказанной медицинской помощи можно не достигнуть положительного результата. То есть медицинская помощь и соответственно, медицинская услуга, подразумевает некий положительный результат, но его не гарантирует. При этом, в иных НПА степень достижения запланированного результата не упоминается.

Таким образом, можно сказать, что медицинская услуга направлена на достижение цели, представляющей собой правильное осуществление определённых действий, включённых в медицинскую услугу (Тихомиров А.В., 2016).

То есть, «степень достижения запланированного результата», будучи понятием неопределённым, не может быть критерием качества медицинской услуги, а соответственно и медицинской помощи.

С другой стороны, некоторые авторы к уже имеющимся критериям качества медицинской услуги, предлагают добавить правильность выполнения методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, с чем стоит согласиться (Тимофеев И.В., 2016).

Следует согласиться с мнением В.Г. Куранова, что оценка качества медицинской помощи и медицинской услуги в конечном итоге сводится к объективной, через сравнение с положениями НПА, и субъективной, через сравнение с собственными ожиданиями, стороне этого процесса (Куранов В.Г., 2019). При этом, оценка качества медицинских услуг в отраслевом подходе «основана на внутренней или внешней экспертной оценке» (Богданова Т.Г., Зинетулина Н.Х., Гурьянова Е.А., Шувалова Н.В., 2013). В свою очередь, потребительский подход связан с тем, что основным критерием качества является субъективное ожидание пациента (Бутова Т.Г.,

Яковлева Е.Ю., Данилина Е.П., Белобородов А.А., 2014).

Понимание судебно-медицинскими экспертами, выполняющими заключения по материалам врачебных дел, сути понятия «качество медицинской услуги», «качество медицинской помощи» имеет практическое значение, так как иногда ставятся вопросы, касающиеся оценки именно качества оказанной медицинской услуги (помощи).

При этом неоднозначность восприятия необходимости оценки судебно-медицинскими экспертами качества оказанной медицинской помощи и предоставленной медицинской услуги, имеется не только в заключениях экспертов, но и в научных трудах, диссертационных работах.

Так, исследуя НОМП, допускаемые дерматовенерологами, А.Г. Пашиных (2005) указала, что «экспертная комиссия делает выводы о качестве оказанной услуги» и о том, что необходимо отвечать на вопросы, «касающиеся оценки качества оказания медицинской помощи».

С другой стороны, стоит согласиться с мнением К.Ю. Каменевой (2019) о том, что оценка качества оказанной медицинской помощи и предоставленной медицинской услуги выходит за рамки компетенции комиссии экспертов.

Приведённые примеры однозначно указывают на необходимость судебно-медицинскому эксперту иметь представления об исследуемой категории и чётко понимать, что входит в его компетенцию, а что нет.

Таким образом, можно выделить существенные признаки, которые отличают понятие «качество медицинской услуги»:

- правильность выбора метода профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;
- правильность выполнения выбранного метода профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;
- невозможность предугадать степень достижения запланированного результата.

Таким образом, качество медицинской услуги – это правильность

выбора и выполнения метода профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, имеющие самостоятельное законченное значение.

Соответственно, качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность, правильность выбора и выполнения методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

3.2.2 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ» ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Ещё одной характеристикой медицинской услуги, кроме исследованного ранее «качества», является «безопасность». Однозначное уяснение необходимости или отсутствия необходимости медицинской услуге быть или не быть безопасной очень важно прежде всего с точки зрения УК РФ, в частности, ст. 238, которая с высоким уровнем ответственности.

Вопрос наличия или отсутствия законодательно закреплённой необходимости медицинской услуге быть безопасной стал появляться в постановлениях и определениях судебно-следственных органов (Шмаров Л.А., 2018).

В выводах комиссии экспертов часто ставят знак равенства между НОМП и безопасностью медицинской услуги. При этом, как следует из санкций ст. 109 и 238 УК РФ, простое установление знака равенства между НОМП и безопасностью медицинской услуги, кратно увеличивает степень наказания медицинского работника.

Вопрос безопасности при оказании медицинской помощи или предоставлении медицинской услуги, не является чем-то современным. Так ещё в 1833 году выдающимся российским хирургом Н.И. Пироговым была защищена диссертация доктора медицины под названием «Является ли перевязка брюшной аорты при аневризме паховой области легко выполнимым и безопасным вмешательством?» (Пирогов Николай Иванович. [Электронный ресурс]...). То есть почти двести лет назад перед

медицинскими работниками стояли вопросы безопасности.

В настоящее время, понятие безопасности очень широко используется и применяется к совершенно различным сторонам жизни. Так, в Указе Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» сказано, что «национальная безопасность – состояние защищенности личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз».

В русском языке существует множество трактовок слова «безопасность». Например, С.И. Ожегов и Н.Ю. Шведова (2006) указывают, что «безопасность – это состояние, при котором не угрожает опасность, есть защита от опасности, мыслях».

Говоря о безопасности медицинской помощи и медицинской услуги следует помнить, что в сфере охраны здоровья используются инструменты, манипуляции, обладающие потенциальной вероятностью нанесения вреда здоровью индивида, то есть небезопасные для него (Литовкина М.И., 2015).

В преамбуле к Закону 2300-1, а также в ч. 1 ст. 7, сказано, что «безопасность товара (работы, услуги) - безопасность товара (работы, услуги) для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса выполнения работы (оказания услуги)». Из приведённого определения безопасности к понятию «безопасность медицинской услуги» применимо лишь «безопасность процесса выполнения работы (оказания услуги)», что не позволяет в полной мере применить характеристики безопасности услуги в Законе 2300-1 к характеристике медицинской услуги.

Несколько иначе, чем Закон 2300-1, к трактовке исследуемого понятия подходят НПА, регламентирующие оказание медицинской помощи (предоставление медицинской услуги), где безопасность определяется, как отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба [280]. То есть, в данном случае, в отличие от Закона 2300-1, где

безопасность определена через активное действие (безопасность процесса), безопасность несёт некий пассивный элемент (отсутствие риска).

323-ФЗ, вообще ничего не говорит именно о безопасности медицинской помощи и медицинской услуги. Анализируя использование в 323-ФЗ самого понятия «безопасность» можно прийти к выводу, что медицинская деятельность характеризуется качеством и безопасностью, а медицинская помощь и медицинская услуга только качеством.

В научной литературе предприняты попытки дать определение безопасности медицинской помощи и медицинской услуги.

Т.Ю. Быковская (2017) предлагает оценивать безопасность медицинской деятельности, а не медицинской помощи и услуги и определяет её как характеристику отражающую баланс пользы и риска ухудшения здоровья пациента от медицинских вмешательств.

И.В. Тимофеев (2014) акцентирует внимание на безопасности пациента, прежде всего в широком смысле (состояние защищённости жизненно важных интересов пациента).

Н.В. Брыксина (2006) считает, что медицинская услуга должна обладать некой степенью безопасности для пациента, то есть автор не исключает отсутствия безопасности медицинской услуги.

Я.О. Полосина соавт. (2017) привели классификацию, посвящённую отдельным аспектам безопасности медицинской помощи. Соотнеся качество и безопасность, Е.Х. Баринов соавт. (2020) указал, что «о нарушении безопасности медицинской помощи говорят в случае нарушения технологии выполнения медицинской услуги, при которой происходит негативное воздействие на организм». То есть, с точки зрения авторов, можно поставить знак равенства между недостатком оказания медицинской помощи (нарушение технологии выполнения медицинской услуги) и нарушением безопасности, если наступили неблагоприятные последствия.

Обстоятельно подошёл к определению безопасности в медицинской услуге А.В. Тихомиров (2007), указавший, что очень трудно разделить эти два

понятия «качество медицинской услуги» и «безопасность медицинской услуги». Положения данной научной работы не меняют главного, отражённого в 323-ФЗ, – безопасной должна быть именно медицинская деятельность, а медицинская услуга не имеет качества безопасности (Шмаров Л.А., Чекмарёв Г.Ф., 2017; Шмаров Л.А., 2018).

К выводу о том, что медицинская услуга не должна отвечать требованиям безопасности, и, следовательно, медицинский работник не может быть субъектом ст. 238 УК РФ пришла в своём исследовании С.В. Замалева (2019).

Таким образом, проведённый анализ позволяет утверждать, что медицинская услуга может быть, как безопасной, так и не безопасной для пациента. И небезопасная медицинская услуга не обязательно является неверной, ошибочной, часто наоборот – показанной, в том числе и по жизненным показаниям.

Ни одна из доступных монографий по медицинскому праву не содержит легального определения безопасности медицинской помощи и медицинской услуги.

Таким образом, проведённый анализ законодательства, научных работ, и публикаций, а также СМЭ, показал, что:

а) имеется необходимость судебно-медицинскому эксперту иметь ясное представление о смысле исследуемых понятий, их соотношении;

б) доказано, что в настоящее время нет единого подхода к определению безопасности медицинской помощи и медицинской услуги, а также соотношения их безопасности и качества;

в) в связи с отсутствием единого подхода к определению «безопасность медицинской услуги», было установлено, что:

1) безопасность является «принадлежностью» пациента, то есть он должен быть защищён как от неблагоприятных воздействий внешней среды, так от неблагоприятных воздействий медицинской помощи (услуги), что связано с организацией оказания медицинской помощи и с использованием

показанных методов диагностики и лечения и правильного их применения;

2) нецелесообразно применять понятие «безопасность» в отношении медицинской помощи и услуги.

Показано, что, понятия «качество медицинской услуги» и «безопасность медицинской услуги» соотносятся между собой следующим образом:

а) понятие «качество медицинской услуги» является собственно характеристикой предоставленной услуги;

б) понятие «безопасность медицинской услуги» не корректно;

в) качественная медицинская услуга не всегда является безопасной, она может быть небезопасной для пациента;

г) с точки зрения выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, при наличии в постановлениях и определениях вопросов, касающихся оценки оказанной медицинской помощи и медицинской услуги, как отвечающей требованиям безопасности, следует воздержаться от ответа на данный вопрос, указав, что в действующем законодательстве отсутствует необходимость им быть безопасными.

Проведённым анализом доказано, что не следует ставить знак равенства между понятием «недостаток оказания медицинской помощи» или «недостаток предоставления медицинской услуги» и «безопасность оказания медицинской помощи» или «безопасность предоставления медицинской услуги», то есть, при наличии НОМП, при формулировании выводов при наличии соответствующих вопросов, не следует их из-за этого характеризовать, как не отвечающие требованиям безопасности.

3.3 АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ «МЕДИЦИНСКАЯ ОШИБКА», «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Одними из наиболее распространённых понятий, которыми определяют недостатки, допускаемые медицинскими работниками, являются «медицинская ошибка» и «врачебная ошибка». При этом, использование этих понятий в качестве синонима не корректно, что на основании анализа научной литературы будет обосновано дальше. О врачебных ошибках высказывались как российские (Боткин, С.Н., 1899; Захарьин Г.А., 1903; Пирогов Н.И., 1959) и советские (Рокицкий М.Р., 1978 и др.), так и зарубежные клиницисты (Dinelli F., 2006; Latosinsky S., 2007; Dean B., 2000; Lesho E.P., 2005; Norton S.P., 2007; Bates D.W., 1995; Davey P., 2005; Fortescue E.B., 2003; Leape L.L., 1999; Bratzler D.W., 2005).

В связи с этим, необходимо выявить те существенные признаки, которые помогут отнести то или иное событие к медицинской или врачебной ошибке, то есть определить сущность этих понятий, о чём высказывались многие отечественные (Дунаевский О.А., 1985; Мухарлямов Н.М., 1987; Кривицкий А.А., 1975) и зарубежные (Отто В., 1979; Мондор Г., 1939–1940; Guliaev P.V., 2009) авторы.

С.И. Ожегов и Н.Ю. Шведова (2006) указывают, что ошибка – это неправильность в действиях, мыслях.

Вообще, про медицинскую ошибку научное и экспертное сообщество говорит уже достаточно долго. Даже Н.И. Пирогов (1957-1962) 150 лет назад высказывался про ошибки врачей «чистый перед судом своей совести прошу мне указать: где и когда я скрыл хоть одну свою ошибку».

После Октябрьской революции интерес к деятельности медицинских работников возрос. Я.Л. Лейбович (1926) к врачебным ошибкам относил «неправильные, небрежные, недобросовестные, неосторожные и невежественные действия и приемы в оказании медицинской помощи больным, в результате которых явилось телесное повреждение или смерть больного, либо затяжка или ухудшение болезни, либо потеря благоприятного времени для правильного лечения».

И.В. Давыдовский (1941) указывал, что врачебная ошибка – это

«добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» и медицинский работник не наказуем за ошибку и это определение воспринимается многими исследователями, как наиболее верное.

В данной дефиниции заложено противоречие, касающееся причины врачебной ошибки. Так в первой части дефиниции сказано о «недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности», как одной из причин врачебной ошибки, а далее, что врачебная ошибка не является следствием в том числе и невежества. В словаре С.И. Ожегова (2006) невежество определено, как «отсутствие знаний, некультурность». То есть, невежество является одним из крайних проявлений недостатка знаний, граничащем с незнанием, и входит в объём понятия недостатка знания. Таким образом, врачебная ошибка не может быть одновременно следствием недостатка знаний и не быть следствием отсутствия знания (невежество).

Во-вторых, в определении заложена правовая неопределённость, связанная с полной ненаказуемостью медицинского работника за врачебную ошибку и формирование таким образом некоего логического круга: врачебная ошибка юридически не наказуема, если юридически наказуема, то не врачебная ошибка и так далее.

Отдельно диссертационную работу изучению именно проблематики врачебных ошибок посвятил А.М. Баренбойм (1949). Автор выделял две большие группы врачебных ошибок, зависящие от врача и не зависящие от врача. В своём подходе к оценке врачебных ошибок А.М. Баренбойм по сути предпринял попытку выделения факторов их возникновения.

Ю.С. Зальмунин (1948) определил врачебную ошибку, как «добросовестное заблуждение врача при отсутствии небрежности, халатности или легкомысленного отношения к служебным обязанностям».

Данное Ю.С. Зальмуниным определение отчасти совпадает с дефиницией И.В. Давыдовского, и существенное в нём именно добросовестность.

М.И. Авдеев рекомендует иметь в виду «заблуждение по невежеству», которое ничего общего не имеет с «добросовестным заблуждением». Если не сделано все для того, чтобы избежать ошибки, нельзя будет говорить о добросовестном заблуждении, здесь нужно будет говорить о неправильном отношении врача к исполнению своих обязанностей (Поркшеян О.Х., 1970).

В.О. Плаксин соавт. (1994) говоря о «врачебной ошибке», писали, что это «любое отклонение от правильных действий медицинских работников». Возможно, что такое определение несколько широкое, так как отклонение от правильных действий может быть и умышленным, и вряд ли тогда его можно отнести к ошибке.

Вообще, в медицинской и юридической литературе встречаются два понятия, зачастую смешиваемые, а именно, «медицинская ошибка» и «врачебная ошибка». При этом законодательно эти понятия никак не закреплены, что даёт поводы для их вольной трактовки.

А.А. Андреев (2006) обоснованно высказывался о некорректности смешения этих понятий.

Е.О. Костикова (2009) использовала понятие «медицинская ошибка» и определяла её, как «непреднамеренное ненадлежащее действие (бездействие) медицинского работника, повлекшее причинение вреда жизни или здоровью пациента, наступление которого медицинский работник имел реальную возможность избежать, действуя иначе». Автор в определение медицинской ошибки включила понятие ПСС и само наступление неблагоприятного исхода, т.е. практически ставит знак равенства между понятием «медицинская ошибка» и правонарушением.

А.А. Старченко (2002) указывал, что «врачебная ошибка – это такое действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса или

осложнений имеющегося заболевания». Существенным является определение субъекта, который допустил ошибку — это только врач. При этом А.А. Старченко включил в своё определение лишь гипотетическую ситуацию, а именно увеличение риска события, но не само событие, что позволят признать данное определение удачным.

А.А. Понкина (2012) определяет врачебную (медицинскую) ошибку через «случившееся или эвентуальное (возможное при определённых условиях) событие (вид ятрогенного дефекта медицинской помощи), вызванное и характеризующееся невиновными действиями, бездействием или несвоевременными действиями врача (или в ряде случаев – младшего медицинского персонала) при оказании им пациенту медицинской помощи или медицинских услуг, результативно повлекшее по крайней мере одно из неблагоприятных для пациента событий». В данном определении автором совмещены понятия «врачебная ошибка» и «медицинская ошибка», при этом из буквального прочтения определения следует, что «врачебные ошибки» допускают врачи (что очевидно), а вот «медицинские ошибки» - только младший медицинский персонал, с чем нельзя согласиться.

Кроме врачебной и медицинской ошибки, нередко употребляется понятие «профессиональная ошибка». Так, В.В. Сергеев соавт. (2000) указывает, что «профессиональная ошибка медицинского работника – это добросовестное заблуждение медицинского работника при исполнении профессиональных обязанностей, последствием которого явилось причинение смерти или вреда здоровью гражданина». Вряд ли такое суждение можно принять за истинное, так как ошибочное действие или бездействие медицинского работника могут пройти для больного без каких-либо последствий, что не отрицает факта именно ошибочности действия.

В.И. Акопов (2016) определил врачебную ошибку как «дефект в работе, который не относится к юридическим понятиям и не предусматривает юридической вины медицинского работника, что устанавливается в процессе специального профессионального разбирательства или даже судебного

расследования». Полное игнорирование юридической вины медицинского работника за допущенную им «ошибку» вряд ли полностью обоснованно.

Я.О. Полосина соавт. (2017) высказывались о том, что ошибка и дефект не одно и то же, и такое мнение соотносится с множеством приведённых выше о том, что врачебная ошибка не является дефектом оказания медицинской помощи и они практически не пересекающиеся понятия, то есть, это либо врачебная ошибка, либо – дефект оказания медицинской помощи.

В иностранной литературе при характеристике ошибок, допускаемых медицинскими работниками, используется понятие «*medical error*», который можно перевести, и как «медицинская ошибка», и как «врачебная ошибка». Так, например, L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson (2000) считают, что медицинская ошибка («*medical error*») возникает, когда «не удалось выполнить запланированные действия, направленные на достижение определенной цели терапии, или был сделан неверный выбор плана для достижения указанной цели».

Близкое к приведённому, определение медицинской ошибки дал американский учёный Брайен А. Лайен: «неудачное совершение спланированного действия не таким образом, как это изначально было задумано, либо использование неверного плана действий для достижения поставленной цели, которое не включает в себя умышленные или неосторожные действия, наносящие вред пациенту» (Liang V.A., 2002).

В приведённых примерах, зарубежные авторы определяют медицинскую ошибку через неудачу в выполнении запланированных действий или составление неверного плана действий, при этом верно не упоминая о развития каких-либо последствий.

По мнению бразильского исследователя Леонарда Майкла Мартина, медицинской ошибкой (он использовал понятие «*erro médico*», который с португальского переводится именно, как медицинская ошибка, в отличие от врачебной ошибки, которую можно перевести, как «*extra-territoriais erro*»)

«являются неудачи, которые возникают в результате человеческого бессилия перед лицом природных явлений в ситуациях, не зависящих от любых медицинских действий, которые находятся в ведении врача, в том смысле, что ошибок можно было бы избежать, если бы фактические обстоятельства были иными» (Martin L.M., 1994). С данным определением бразильского автора трудно согласиться, так как в данном контексте не фигурирует собственно ошибка, а наоборот, говорится о некоей непреодолимой силе.

Л.П. Страйкер указывает, что ошибкой медицинского работника будет переоценка достаточности собственных знаний, не проявление достаточной заботы и внимания к больному, не использование именно своего лучшего суждения о своём пациенте (Stryker L.P., 1932). То есть, в контексте прецедентного права США, ошибкой будет именно непреднамеренная переоценка собственных умений и знаний.

В Республике Армения А.Н. Овсепян, К.Г. Мхитарян (2018) провели сопоставление и противопоставление ошибки и упущения. Такой подход несколько противоречив, так, с одной стороны авторы указывают, что ошибка и упущение разнятся по степени тяжести деяния, с другой, что ошибка является неким итогом упущения.

В действующем законодательстве официальное определение «врачебной ошибки» отсутствуют, что косвенно указывает на, возможно, отсутствие такой необходимости.

Таким образом, приведённые определения понятий «медицинская ошибка» и «врачебная ошибка» показывают неоднозначный подход к их толкованию.

Исходя из буквального прочтения указанных понятий, можно утверждать, что «медицинская ошибка» охватывает ошибки, допускаемые при оказании медицинской помощи. В соответствии с п. 3-8, 10 ст. 2 323-ФЗ медицинскую помощь может оказывать врач, средний медицинский персонал (медицинская сестра, фельдшер), лицо, обязанное её оказывать в соответствии со специальным правилом.

Таким образом, целесообразно определить, что «медицинская ошибка» относится ко всем субъектам, оказывающим медицинскую помощь, а «врачебная ошибка» – к имеющим высшее медицинское образование и прошедшим соответствующую специальную подготовку, подтверждённую действующим сертификатом. То есть, понятие «медицинская ошибка» является более широким, чем понятие «врачебная ошибка» и первое включает в себя второе (Шмаров Л.А., 2018).

Исходя из самого понятия, наиболее значимое в нём – ошибка, то есть действие или бездействие, не соответствующее состоянию здоровья гражданина, а также не соответствующее утверждённым правилам оказания медицинской помощи, порядкам оказания медицинской помощи. Таким образом, наличие некоего неблагоприятного исхода или его отсутствие не являются существенными и обязательными для ошибки.

«Медицинская ошибка», допускаемая при оказании медицинской помощи может выражаться лишь в двух формах – в виде действия или в виде бездействия и никак иначе, в связи с чем, в определении понятия «медицинская ошибка» их упоминание является излишним.

Ошибка вообще и «медицинская ошибка», в частности, не может быть преднамеренным действием, преднамеренность действия лишает его свойства именно ошибки.

«Медицинская ошибка» не существует сама по себе, она объективно существует лишь применительно к возможным последствиям, которые она вызывает или может вызвать. При этом, неблагоприятные последствия могут наступить и при правильно, без ошибок, оказанной медицинской помощи (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017). То есть, существенный, по мнению некоторых авторов, признак медицинской ошибки, а именно, наступление неких неблагоприятных последствий, таковым не является.

Третьим признаком медицинской ошибки, упоминаемым некоторыми авторами, является наличие ПСС между действием или бездействием

медицинского работника и наступлением неблагоприятных последствий. ПСС является одним из условий наступления юридической (гражданско-правовой, уголовной) ответственности. В связи с чем, включение в понятие «медицинская ошибка» ПСС является нецелесообразным.

Отнесение того или иного действия или бездействия именно к медицинской ошибке требует очень большой осторожности. Ведь в настоящее время существует большое количество медицинских школ и направлений, которые в ряде случаев подходят с совершенно различных позиций к диагностике и лечению тех или иных патологических состояний. Г.М. Мастергази (2020) по этому поводу указывал, что «нельзя трактовать врачебную ошибку, как научную необоснованность действий врача».

И если с точки зрения одного медицинского направления, совершённые медицинским работником действия будут верными, то с точки зрения представителей другого направления - неверными. Такой подход к медицинским и врачебным ошибкам, породил множество публикаций по самым разным клиническим направлениям (Блинов Н.И., 1962; Машковский М.Д., 1973; Ткаченко Е.И., 2002; Тэйлор Р.Б., 1988 и др.).

Оценивая целесообразность использования понятия как «медицинская ошибка», так и «врачебная ошибка», необходимо отметить несколько важных положений:

- в действующем законодательстве, а также в правоприменительных актах эти понятия не фигурируют;
- отсутствует необходимость использования в практической деятельности судебно-медицинского эксперта исследуемых понятий.

Таким образом, проведённым исследованием установлено, что, имеются следующие существенные признаки «медицинской ошибки»:

- является более общим понятием для понятия «врачебная ошибка»;
- является действием или бездействием;
- имеет признак неумышленности;
- допускается медицинским работником, или лицом, обязанным

оказывать медицинскую помощь в соответствии с законом или со специальным правилом;

- медицинская ошибка не всегда приводит к наступлению неблагоприятных последствий в виде ухудшения состояния здоровья, отсутствия улучшения состояния здоровья или смерти, иногда она может привести к случайному улучшению состояния здоровья;

- медицинская ошибка не включает в себя понятие ПСС;

- является отходом от порядков, руководств, клинических и методических рекомендаций.

Медицинская ошибка – это действие или бездействие медицинского работника или лица, обязанного оказывать медицинскую помощь в соответствии с законом или со специальным правилом, не соответствующее реальному состоянию здоровья гражданина, а также порядкам, руководствам, клиническим и методическим рекомендациям, научным публикациям.

Таким образом, в практической деятельности судебно-медицинского эксперта, необходимо понимание сути исследуемых понятий, что важно для правильного их использования в своей практической деятельности, отдавая при этом предпочтение оценке именно недостатков оказания медицинской помощи.

3.4 АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ «НЕДОСТАТОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», «ДЕФЕКТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» И ИХ СООТНОШЕНИЕ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Как при выполнении, так и назначении СМЭ по врачебным делам, для характеристики медицинской помощи чаще всего используют два понятия, «недостаток оказания медицинской помощи» и «дефект оказания медицинской помощи».

В НПА фигурирует лишь дефект оказания медицинской помощи,

например, в п. 25 Правил 2008. Многими экспертами данное положение трактуется следующим образом: задача комиссии экспертов выявить НОМП, установить наличие ПСС с неблагоприятным исходом, и те недостатки, которые состоят в причинной связи именуется уже дефектами. Очевидно, что такой подход некорректен, и в данном допущена логическая ошибка «предвосхищение основания», то есть, дефект является дефектом, потому, что состоит в ПСС с исходом, но сначала эту причинность надо установить.

С точки зрения составителей словарей русского языка дефект и недостаток синонимы и могут использоваться наравне друг с другом и существенное в них наличие изъяна (Даль В.И., 2006; Ожегов С.И., 2006).

В законодательстве используются следующие понятия для характеристики медицинской помощи: дефект, недостаток и нарушение медицинской помощи.

В 323-ФЗ понятие дефект не встречается, понятие недостаток лишь в ст. 79.1 статье в качестве независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями.

В ч. 6 ст. 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сказано о нарушениях и о дефектах в оказании медицинской помощи [381].

В подзаконных НПА напротив, можно встретить понятие дефекта медицинской помощи [245, 247]. В данных письмах законодатель поставил знак равенства между дефектом медицинской помощи и нарушением при оказании медицинской помощи.

Правила 1922, 1928, 1961 не содержали понятий недостаток, дефект медицинской помощи. Впервые понятие дефекта медицинской помощи фигурирует в п. 31 Правил 1978, и в практически неизменном виде оно перешло в следующие Правила 1996. В Правилах 2008 в п. 25 однократно упоминается дефект.

В правоприменительных документах, таких, как постановления и решения судов фигурируют исследуемые понятия.

В своих постановлениях Европейский суд по правам человека применил понятие недостаток в оказании медицинской помощи, по сути поставив знак равенства с не надлежащей медицинской помощью [266, 267].

Верховный суд Российской Федерации использовал понятие недостаток в оказании медицинской помощи как собственный текст, понятие дефект оказания медицинской помощи при цитировании результатов выполненной по делу СМЭ [223, 297].

Таким образом, в НПА и судебных актах используется множество словосочетаний для характеристики оказанной медицинской помощи: недостаток, дефект, нарушения и не надлежащая медицинская помощь.

В разные годы вышли несколько Методических рекомендаций, посвящённых выполнению СМЭ по врачебным делам. Так, в Методических указаниях 1993 года дефект не содержится, при этом неоднократно упоминается недостаток и упущение (Плаксин В.О., Кинле А.Ф., Вермель И.Г., Горощеня Ю.Б., 1993).

В Методических рекомендациях 2017 года понятие дефект не упоминается, но используются понятия «ненадлежащее оказание медицинской помощи» и «недостаток оказания медицинской помощи» (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017).

Таким образом, с точки зрения Методических указаний и рекомендаций, наиболее правильным будет использование понятия «недостаток в оказании медицинской помощи», а не «дефект».

Анализируя публикации в научной литературе также можно встретить все цитируемые понятия. В журнале «Судебно-медицинская экспертиза» все названия научных статей содержат понятие «дефект» и ни одна из статей в не содержит понятие «недостаток оказания медицинской помощи» (Проценков М.Г., Гужеедов В.Н., 1989; Андреев В.В., Быховская О.А., Богданова Л.Е., Коссовой А.Л., 1994; Андреева С.Н., Гусаров А.А., Фетисов В.А., 2018).

Подобное касается и других журналов, которые посвящены судебной медицине, например, «Судебная медицина» (Максимов А.В., 2015) и другие.

В журнале «Медицинское право» в разные годы выходили статьи, посвящённые дефектам оказания медицинской помощи (Повзун С.А., 2017; Тимофеев И.В., 2018; Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В., Вериковский В.А., 2019) и многие другие. Наиболее вероятно, что такой подход связан прежде всего с тем, что в Правилах 1978, 1996 и 2008 содержится понятие дефект.

В научных публикациях предпринимаются попытки осмысления и соотношения понятий «дефект» и «недостаток» оказания медицинской помощи. И.В. Тимофеев (2018) указывал, что дефект первичен по отношению к недостатку. То есть, с точки зрения автора, недостаток является понятием родовым, а дефект – видовым.

А.Б. Пименов (2002) и А.А. Марков (2018) пришли к выводу о необходимости использования обоих исследуемых понятий, указав, что существенным отличием между недостатком и дефектом является соответственно отсутствие или наличие ППСС с неблагоприятным исходом.

В Белоруссии ряд авторов придерживаются концепции использования понятия дефекта оказания медицинской помощи (Шарабчиев Ю.Т., 2013).

Диссертационные работы, защищаемые как в СССР, так и уже в Российской Федерации, также по-разному характеризовали ненадлежащую медицинскую помощь. Так, в разные годы были защищены диссертации, посвящённые дефектам оказания медицинской помощи (Черкалина Е.Н., 2009; Тягунов Д.В., 2010; Талалаев В.Н., 2005; Березников А.В., 2011).

Однако, диссертации, посвящённые изучению и оценке оказываемой медицинской помощи, содержат и многие другие словосочетания, такие как, ненадлежащее исполнение (Захаров С.О., 2005), врачебная ошибка (Эдель Ю.П., 1957; Шотт И.Е., 2005).

При этом некоторые судебные медики, указывают на применимость понятия недостаток оказания медицинской помощи, а не дефект (Островская Е.В., 2002).

В доступных работах, посвящённых статистическому анализу распространённости исследуемого явления, чаще всего используется понятие «дефект оказания медицинской помощи» (Клевно В.А., 2018).

Вообще, само понятие «дефект» широко применимо в судебной медицине и наиболее часто, как одна из морфологических характеристик входной огнестрельной травмы. Например, «Признаки входного огнестрельного ранения: а) Дефект ткани («минус-ткань» по М.И. Райскому)» (Витер В.И., Прошутин В.Л., Вавилов А.Ю., 2009), «Дефект ткани (син. минус-ткань, Пирогова-Райского признак) – отсутствие (дефект) ткани в области входной огнестрельной раны, позволяющее в большинстве случаев отграничивать огнестрельное ранение от причиненного предметом, обладающим колющими свойствами...» (Буромский И.В., Клевно В.А., Пашиных Г.А., 2006).

Таким образом, с точки зрения судебно-медицинской баллистики, дефект – это отсутствие ткани, который характеризует входную огнестрельную рану. То есть дефект воспринимается, как однозначное отсутствие чего-либо (в данном случае, ткани). Поэтому данное понятие часто воспринимается именно как синоним неоказания медицинской помощи, то есть, как частный случай недостатка медицинской помощи.

В анализируемых СМЭ используются оба анализируемые понятия, часто в качестве синонимов или просто смешиваются. И такое смешивание, а также непонимание сути изучаемых понятий имеет и юридически значимые последствия, в виде назначения повторной СМЭ.

При этом, какое бы понятие не использовали, дефект или недостаток, следует согласиться с мнением И.В. Тимофеева (2018), что это прежде всего «нарушение действующих руководящих документов». Недостатком оказания медицинской помощи следует понимать не только нарушение закреплённых в ст. 37 323-ФЗ норм, но и общепризнанных положений медицинской науки, отражённых в соответствующих монографиях, научных статьях, в том числе, международных, с чем согласуется и подход С.А. Повзуна (2017).

Правильно, в соответствии со всеми вышеперечисленными источниками, оказанная медицинская помощь гражданину в отношении не верно диагностированного или отсутствующего заболевания, не может быть охарактеризована, как правильная.

Таким образом, проведённым анализом доказано, что:

- с точки зрения русского языка дефект и недостаток синонимы и могут использоваться наравне друг с другом и существенное в них наличие изъяна, при этом изъян не только отсутствие чего-либо, но и неправильность в чём-либо;

- в законодательстве используются понятия «дефект медицинской помощи», «недостаток медицинской помощи» и «нарушение медицинской помощи», при этом в подзаконных НПА дефект и нарушение медицинской помощи использованы, как синонимы;

- в научных публикациях диссертационных работах чаще всего используются понятия «дефект оказания медицинской помощи», реже «ненадлежащая медицинская помощь», «профессиональная ошибка»;

- в СМЭ используются оба понятия, при этом часто, как синонимы;

- не корректное использование изучаемых понятий в выводах заключений экспертов имеет юридически значимые последствия.

Выявлены преимущества использования понятия «недостаток оказания медицинской помощи»:

- он используется судами высшей инстанции, в том числе, международными;

- понятие «дефект» судебно-медицинскими экспертами часто воспринимается именно как отсутствием чего-либо, что связано с общеизвестной характеристикой входной огнестрельной раной в виде отсутствия (дефекта) ткани.

Исходя из того, что недостаток и дефект являются синонимами, одинаково употребимы в законодательстве и СМЭ, но недостаток чаще применяется в отношении медицинской помощи, а дефект – в судебно-

медицинской баллистике в качестве отсутствия ткани, характеризуя медицинскую помощь или медицинскую услугу, целесообразно использовать понятие «недостаток оказания медицинской помощи».

Таким образом, недостаток оказания медицинской помощи – это оказание медицинской помощи не в соответствии с реальным состоянием здоровья пациента, а также не в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, а также общепризнанными положениями медицинской науки, отражёнными в соответствующих монографиях, научных статьях, в том числе, международных.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

4.1 АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

4.1.1 ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

4.1.1.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ

Для оценки количественных и качественных характеристик судебных дел, были проанализированы материалы, поступившие в РЦСМЭ с 2012 по 2021 год.

Оценивая тенденции поступления материалов судебных дел по сравнению с УД, МП и ГД, которые не требуют решения вопросов о правильности оказания медицинской помощи, видно смещение как относительного, так и абсолютного соотношения указанного рода дел в пользу «судебных» (табл. 9 Приложения). Представленные данные отражают общую тенденцию увеличения судебных дел.

Распределение судебных дел по уголовному и гражданскому судопроизводству представлено в табл. 10 Приложения.

При наличии тенденции к увеличению количества судебных дел, количество УД и МП превалирует над количеством поступающих ГД, что может быть связано с более частым обращением граждан в следственные органы, чем в суды, а также с большим количеством СМЭ, выполняемых по материалам УД и МП, чем по ГД.

Для исследования частоты выполнения СМЭ по материалам уголовных и гражданских судебных дел были проанализированы 2169 материалов, из всех поступивших в РЦСМЭ в период 2012 – 2021 гг. По поступившим в РЦСМЭ материалам в исследуемый период было выполнено 1444 СМЭ, из них, 699 по УД и МП, 745 по ГД, что в сумме с уже выполненными заключениями составило 3190 по УД и МП, 1443 по ГД. Таким образом, по поступившим в РЦСМЭ в исследуемый период материалам, с учётом выполненных в РЦСМЭ заключений, по УД и МП выполнено в 2,36 раза больше СМЭ, чем по ГД (табл. 11 Приложения).

При этом, в целом по РФ за период 2016-2020 гг. выполнено 37916 СМЭ по материалам врачебных дел, из них 29732 по материалам УД и МП, 8184 СМЭ по материалам ГД. Таким образом, в целом по РФ СМЭ по материалам ГД выполняется в 3,6 раза меньше, чем по материалам УД и МП, что приблизительно соответствует полученным данным из анализа поступивших в РЦСМЭ материалов.

Таким образом, материалов УД и МП поступает практически, соизмеримо, во столько же больше, во сколько больше делается судебно-медицинских экспертиз, чем по материалам ГД. Сказанное позволяет утверждать, что в целом, количество возбуждаемых УД соответствует количеству ГД, рассматриваемых в судах.

При этом, в целом по России СМЭ по материалам УД и МП (врачебные дела) выполняется примерно в четыре раза больше, чем по материалам ГД и лишь в нескольких ГСМЭУ, а также в РЦСМЭ, иное соотношение выполняемых по врачебным делам СМЭ (табл. 1 Приложения).

В РЦСМЭ выполняется практически равное количество судебно-медицинских экспертиз по материалам УД с МП и ГД (табл. 12 Приложения).

Приведённые статистические данные указывают на примерно одинаковую значимость уголовного и гражданского процесса во врачебных делах.

Выводы. Проведённым исследованием установлено, что количество возбуждённых УД в отношении медицинских работников примерно соответствует количеству ГД по искам граждан к медицинским организациям.

4.1.1.2 СТРУКТУРА ПО МЕДИЦИНСКИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

В соответствии с Приказом 700н выделяют 104 основных специальности и было предположено, что не будет равномерного распределения материалов, в зависимости от специальности, к которой имеется основная претензия.

Из 104 выделяемых Приказом 700н основных медицинских

специальностей, в исследование попали 42, а также выделено несколько, которые в Приказе 700н отсутствуют, но они были учтены, так как в настоящее время оформились, как медицинские специальности с соответствующими курсами профессиональной переподготовки, профессиональными ассоциациями, клиническими рекомендациями – это, гнойная хирургия (хирургические инфекции), трансплантология, репродуктология и комбустиология (табл. 13 Приложения).

Как следует из представленных данных, наибольшее количество материалов уголовных и гражданских дел поступило по специальности «акушерство и гинекология» (718 материалов, 16,3%).

Схожее с акушерством и гинекологией количество материалов поступило в РЦСМЭ в период с 2012 по 2021 год по хирургическим специальностям (табл. 14 Приложения).

Соответственно поступлению материалов врачебных дел выполняются СМЭ. Соотношение выполняемых СМЭ по различным медицинским специальностям, примерно соответствует соотношению поступающих материалов, при этом СМЭ были выполнены по претензиям к 42 медицинским специальностям (табл. 15 Приложения).

Таким образом, наибольшее количество УД возбуждается, ГД слушается в связи с допущенными НОМП в акушерстве и гинекологии, хирургических специальностях, по которым соответственно выполняется наибольшее количество СМЭ.

При этом, подобное соотношение уголовных и гражданских дел, и выполняемых СМЭ в зависимости от медицинской специальности, сохраняется в течение длительного промежутка времени. Так в докладе проф. В.И. Прозоровского Министру здравоохранения СССР Б.В. Петровскому (анализ за 1979), сказано, что в 46,6% случаев претензии предъявлялись специалистам в области хирургии, в 21,8% акушерам и гинекологам.

Выводы. Проведённом анализом установлено, что:

- по материалам уголовных дел выполняется в 2,36 раз больше судебно-

медицинских экспертиз, при этом количество возбуждаемых УД примерно соответствует количеству ГД;

- большее количества материалов поступает и большее количество СМЭ выполняется по материалам дел, связанных с претензиями к специалистам в области акушерства и гинекологии, хирургическим специальностям;

- соотношение материалов, в зависимости от медицинской специальности, сохраняется на протяжении длительного периода времени.

4.1.1.3 СТРУКТУРА МАТЕРИАЛОВ ПО СТАТЬЯМ УК РФ

В последние годы отмечается тенденция к почти кратному увеличению количества возбуждаемых УД в отношении медицинских работников.

В табл. 16 Приложения приведены данные СК РФ за 2016 – 2021 гг. о рассмотрении сообщений о преступлениях и расследовании уголовных дел о недостатках в оказании медицинской помощи.

Из представленных данных следует, что лишь 917 (2,6% от общего числа сообщений о преступлении и 8,5% от общего числа возбуждённых уголовных дел) было направлено в суд (табл. 16 Приложения).

Приведённые данные связаны со следующим:

- сложности в выявлении объекта преступления (конкретного медицинского работника), так как в настоящее время, медицинская помощь практически никогда не оказывается каким-то одним медицинским работником, а всегда большим их количеством;

- сложности установления объективной стороны преступления, к которой относится ПСС между допущенными НОМП и неблагоприятным исходом (смерть, причинение вреда здоровью).

Что во многом связано с неоднозначным подходом к решению основных вопросов при выполнении СМЭ.

Уголовные дела в отношении медицинских работников возбуждаются по составам преступления, предусмотренным ч. 2, 3 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 1, 2

ст. 124, ч. 1, 2 ст. 238, ч. 1, 2, 3 ст. 293 УК РФ (табл. 17, 18 Приложения).

Возбуждение в отношении медицинских работников уголовных дел по ст. 238 УК РФ указывает на необходимость понимания судебно-медицинскими экспертами необходимости медицинской услуге отвечать требованиям безопасности.

Соотношение поступающих в РЦСМЭ материалов уголовных дел в зависимости от инкриминируемого медицинскому работнику состава преступления, представлено в табл. 18 Приложения.

Как следует из представленных данных (табл. 18 Приложения), 3,5% материалов уголовных дел, в постановлениях по которым содержались вопросы о правильности оказания медицинской помощи и поступили в РЦСМЭ, были возбуждены не в отношении медицинских работников, то есть не являются собственно врачебными делами, но содержали вопросы касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи, которые ставились для уточнения квалификации деяния преступника, не являющегося медицинским работником. Таким образом, решение вопросов о правильности оказания медицинской помощи поможет правоохранительных органам правильно квалифицировать деяние не только медицинского работника, но и иных лиц, совершивших уголовные преступления, связанные с причинением телесных повреждений (Шмаров Л.А., 2021).

Выводы. Проведённым анализом, установлено, что:

- наибольшее количество уголовных дел в отношении медицинских работников возбуждаются по ч. 2 ст. 109 УК РФ, а также по ст. 238 УК РФ;
- решение вопросов о правильности оказания медицинской помощи имеют существенное значение в определении вины медицинского работника.

4.1.1.4 СТРУКТУРА МАТЕРИАЛОВ ПО РАЗМЕРАМ ИСКОВ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

Проведённым анализом установлено, что выполняется примерно равное количество СМЭ по материалам уголовных и гражданских дел.

Для выявления наиболее «рискованных» специальностей с точки зрения обращения в суды с исками, был проведен анализ материалов гражданских дел с точки зрения оценки размеров заявляемых исков, как в целом, так и по отдельным медицинским специальностям, регионам Российской Федерации и другим основаниям (Шмаров Л.А., 2018, 2019).

Было проанализировано 507 материалов гражданских дел, поступивших в РЦСМЭ в период с 2012 по 2019 год. Анализ материалов проводился по нескольким основаниям, таким как:

- медицинская специальность, помощь по которой послужила причиной обращения в суд;
- регионы, в которых слушалось гражданское дело;
- категория пациентов медицинской организации.

Анализируемые материалы гражданских дел поступали из многих регионов Российской Федерации.

Установлено, что иски к медицинским организациям касались очень многих медицинских специальностей, при этом наибольшее количество исков было связано с оказанием акушерско-гинекологической помощи (75 материалов – 14,8 % от всех поступивших) (табл. 19 Приложения).

Всего исследуемые иски были поданы в 67 регионах Российской Федерации. Анализ величин заявляемых исков показал отсутствие какой-либо системы в «географии» исков, то есть изучаемые явления не зависят от региона Российской Федерации.

Далее, был проведен анализ по медицинским специальностям. Наибольшая средняя сумма иска была отмечена при исках к лечебным учреждениям, оказывавшим пациентам медицинскую помощь по специальности «нейрохирургия» (4,79 млн. рублей), «педиатрия» (1,81 млн. рублей). Минимальные суммы иска были заявлены в связи с оказанием медицинской помощи по специальностям «фтизиатрия» и «скорая медицинская помощь» – 60 и 30 тыс. рублей соответственно.

Иски к организациям, оказывающим медицинскую помощь, не

связанную, как правило, с наступлением смерти (например, в области косметологии, стоматологии, лечебной физкультуры), будут ниже, чем иски к медицинским организациям, в которых смерть пациента не является редкостью, например, в области реаниматологии, нейрохирургии. Кроме того, имеется ряд специальностей, связанных с субъективными и завышенными ожиданиями от дорогой медицинской помощи, например, в области пластической хирургии, что приводит к ожидаемо высоким размерам исков.

Таким образом, заявляемые размеры исков отчасти могут быть объяснены медицинской специальностью, услугами которой недовольны истцы, то есть особенностями самой специальности, затратами на медицинские услуги, тяжестью возможных неблагоприятных последствий.

Далее были изучены величины заявляемых исков в зависимости от состояния подэкспертного и их количества (табл. 20 Приложения).

Проведённый анализ позволяет оценить общую тенденцию в подаваемых исках к медицинским организациям, показывает их значительный разброс и в дальнейшем сможет помочь провести анализ подаваемых исков вместе с рассмотренными гражданскими делами, оценить соотношение удовлетворенных и неудовлетворенных исков и помочь в объективизации величины компенсации морального вреда (Эрделевский А.М., 2004; Малеина М.Н., 2015; Белов В.А., 2016; Шмаров Л.А., 2020). Самое существенное в этом – помощь медицинским организациям в профилактике обращений в суды, так как понимание основы компенсации иска, будет одним из залогов его предотвращения.

Таким образом, вышеприведенные данные – это первый объективный анализ материалов гражданских дел по искам к лечебно-профилактическим учреждениям в связи с некачественно оказанной медицинской помощью.

Таким образом, установлено, что:

- размеры исков к медицинским организациям не зависят от территориальной принадлежности;
- общее количество и размеры исков отчасти зависят от врачебной

специальности, к которой возникла претензия у пациента или его родственника (родственников);

- выявлена зависимость величины заявленного иска от состояния пациентов (живой, умерший) и их количества;

- показано, что понимание рисков поможет в профилактике обращений граждан в суды с исками к медицинским организациям.

4.2 ПРИЧИНЫ РОСТА КОЛИЧЕСТВА ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

Проведённый анализ показал, что имеется отчётливый рост количества судебных дел, но откуда такие цифры? Ведь растёт средняя продолжительность жизни: по данным Росстата с 2004 по 2019 года средняя продолжительность жизни у мужчин увеличилась с 58,91 до 68,24 лет, женщин с 72,36 до 78,17 лет (Федеральная служба государственной статистики. Демография...), что невозможно при ухудшающейся медицинской помощи, также уменьшается материнская смертность за последние 10 лет (Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2020). Е.Х. Баринов соавт. (2012) и В.П. Новосёлов (2014) связывали такую тенденцию с тем, что повысилась юридическая грамотность населения, а также закономерно и требования к качеству оказания медицинской помощи.

Анализ поступающих в РЦСМЭ материалов судебных дел позволил выделить несколько групп причин обращения граждан в правоохранительные органы и суды и соответственно, назначения СМЭ. Указанные причины содержались в постановлениях или определениях о назначении СМЭ, а также в материалах дел, в том числе, выполненных СМЭ.

Анализ материалов судебных дел позволил выделить несколько групп причин их роста, для чего были проанализированы 344 материала, из которых 246 (71,5% от общего количества) составили материалы УД и МП, и 98 (28,5%) материалы ГД.

Как следует из аналитических данных, наибольшее количество материалов судебных дел было возбуждено в связи с ростом медицинской и

юридической псевдограмотности населения (58 материалов или 16,9% от общего количества анализируемых материалов) (табл. 21 Приложения).

На следующем этапе статистического анализа было предположено, что поводы возбуждения могут различаться по вилам судопроизводства, уголовное или гражданское. Как следует из аналитических данных (табл. 22 Приложения), наибольшее количество материалов УД и МП было возбуждено в связи с ростом медицинской и юридической псевдограмотности населения.

Наибольшее количество ГД слушалось в связи с таким явлением, как «потребительский терроризм» (табл. 23 Приложения).

Таким образом, статистический анализ показал, что имеются различия в структуре причины роста дел в зависимости от вида судопроизводства.

1. Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с гражданами:

- рост «медицинской и юридической псевдограмотности» населения, что связано с массовой рекламой лекарств и медицинских услуг по телевидению и в интернете, обилием «лечебных» передач, что привело к тому, что часто граждане считают, что они лучше знают, как надо им оказывать медицинскую помощь, и в случае расхождения их мнения с мнением медицинских работников, они обращаются в судебные и следственные органы, при этом часто полагая, что знают лучше судьи или следователя, как слушать, расследовать дело (Шмаров Л.А., Плетянова И.В., 2020);

- «потребительский терроризм», «потребительский экстремизм»: рост информированности, в основном посредством сети интернет, населения отчасти привёл к тому, что претензии к лечебно-профилактическим учреждениям стали восприниматься как возможный источник неплохих доходов, что во многом связано с ростом суммы удовлетворённых исков, доходящий до многих миллионов рублей.

И это явление не является чем-то особенным для Российской Федерации, на Украине подобных пациентов медицинских организаций стали

именовать «пациент-рэкетир» (Бобров О.Е., 2002).

Потребительский терроризм и является проявлением злоупотребления правом, то есть является одним из вариантов порока правосознания, которое запрещено ч. 3 ст. 17 Конституции РФ и ст. 10 ч. 1 ГК РФ, что не останавливает от обращения в суды.

Так, в июне 2014 года в одном из судов города Санкт-Петербурга был удовлетворён иск на сумму в 15 млн. рублей (Решение по гражданскому делу № 2-3/2014...).

Подобный размер удовлетворённого иска является исключением, тем не менее в последние несколько лет сумма удовлетворённых исков возрастает (Шмаров Л.А., 2020). При этом, суммы удовлетворённых исков, превышающие один миллион рублей уже не редкость, а практически правило, при существенно более низких уровнях доходов населения, и при «растиражированности» результатов многих исков, подвигают граждан обращаться в суды даже при отсутствии каких-либо оснований (Федеральная служба государственной статистики. Рынок труда, занятость и заработная плата...);

- психологическая подоплёка обращений в судебно-следственные органы: подсознательное желание переложить ответственность с себя на медицинских работников, то есть, не следуя рекомендациям врачей, не соблюдая кратность и объём профилактических, лечебных и диагностических мероприятий, не следуя по собственной воле и получив в итоге негативный результат, возникает подсознательное несогласие со своей виной и желание переложить вину на иных людей, медицинских работников.

Психическая подоплёка обращений в правоохранительные органы имеет тенденцию к росту, так как она органично связана с засильем медицинской и псевдомедицинской информации в интернете и телевиденье;

- эффект «побочного эффекта» (эффект Кноба): если действие человека (в данном случае, медицинского работника) вызывает ненамеренный положительный побочный эффект, ему за это не отдают должное, но, если

аналогичный ненамеренный эффект имеет негативную окраску, этот эффект объявляют умышленным и человека считают виновным (Клейнберг С., 2017). Развитие медицины привело к тому, что благоприятный исход воспринимается, как само собой разумеющееся, вне зависимости от тяжести заболевания или травмы. С другой стороны, исход неблагоприятный, или даже недостаточно благоприятный, несёт в себе ярко негативную окраску, которая экстраполируется прежде всего на медицинского работника. Всё это приводит к обращению граждан в судебные органы даже без каких-либо явных оснований, просто из-за отсутствия ожидаемого результата (Шмаров Л.А., Чекмарёв Г.Ф., 2016).

2. Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с медицинскими работниками:

- нарушения в медицинской деонтологии, являющейся совокупностью нравственных норм профессионального поведения медицинских работников (Билибин Д.Ф., 1979), т.е., взаимоотношение медицинского работника, больного, его близких. При этом, лишь невежливое, невнимательное с точки зрения больного или его родственников, поведение врача может стать поводом обращения в правоохранительные органы.

На важность деонтологических нарушений в росте количества судебных дел неоднократно обращали внимание учёные, занимающиеся анализом НОМП и их экспертной оценке (Громов А.П., 1969; Пашинян А.Г., 2005; Казарян В.М., 2008; Нехаев В.И., 2010).

- характеристика медицинскими работниками ранее оказанной медицинской помощи, как неверной, не показанной, то есть также нарушение норм деонтологии, но касающееся взаимоотношений медицинских работников между собой. Чаще всего подобное происходит при поступлении больного в вышестоящую медицинскую организацию и медицинские работники, осматривая больного, дают негативную характеристику ранее, на предыдущем этапе, как правило, в медицинской организации более низкого уровня, оказанной медицинской помощи. Анализ показал, что такие

высказывания медицинских работников часто допускаются с целью нивелировать собственные допущенные НОМП;

- недостаточная квалификация клинических специалистов для оказания медицинской помощи и предоставления медицинской услуги, что включает в себя также излишнюю самонадеянность медицинского работника.

3. Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суды, связанные с медицинскими организациями:

- рост числа коммерческих клиник, деятельность которых основана на предоставлении медицинских услуг за средства граждан и организаций. Так как коммерческая медицинская организация должна зарабатывать деньги для обеспечения своего существования, то нередко гражданам, которые обращаются к ним навязываются медицинские услуги. В ряде случаев выполняются не всегда необходимые оперативные вмешательства, без которых можно было вполне обойтись. «Лидеры» в этой группе – стоматология, пластическая хирургия и косметология;

- переход лечебно-профилактических учреждений на коммерческую основу, что вызвало необходимость проведения максимально дорогих операций, иногда при отсутствии на то показаний (пример – замена суставов на искусственные без достаточных оснований).

4. Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суды, связанные с медициной вообще:

- парадоксальная причина, а именно, стремительное развитие медицины, особенно в последнее время. Например, ещё недавно о выхаживании новорожденных 25-26 недель не было и речи, они не считались живорожденными, и соответствующая медицинская помощь при рождении подобным новорожденным не оказывалась вовсе (Сердюков М.Г., 1957). А уже в 2003 году Н.Н. Кучина и Е.М. Кильдюшов (2003) указали на признаки нежизнеспособности, а именно, срок беременности меньше 28 недель, длину тела менее 35 см, и массу тела меньше 1000 г. В настоящее время успешно выхаживают новорожденных от 22 недель и массой от 500 г [285]. Очевидно,

что смертность среди подобных новорожденных тем выше, чем меньше срок беременности и меньше масса при рождении.

При этом начиная примерно с 2015–2016 гг. стали регулярно возбуждаться уголовные дела в отношении сотрудников Перинатальных центров субъектов Российской Федерации в связи со смертью новорожденных именно с экстремально малой массой тела и глубоко недоношенных. При этом статистические данные однозначно указывают на кратное снижение как младенческой, так и материнской смертности (Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2020).

Уменьшение как младенческой, так и материнской смертности невозможно при ухудшающейся медицинской помощи, подобные показатели однозначно характеризуют её, как улучшающуюся. Данное явление связано с парадоксом Симпсона, который является эффектом в статистике, когда при объединении двух групп данных, в каждой из которых наблюдается одинаково направленная зависимость, направление зависимости меняется на противоположное (Клейнберг С., 2017; Cartwright Nancy, 1980; Bates D.W., 1995; Baker S.G., Kramer B.S., 2001). В преломлении вышеприведённого примера, высокая смертность новорожденных связана не собственно с большой смертностью, а именно с низкой массой и глубокой недоношенностью.

Подобная ситуация связана также с областями медицины, в которых в настоящее время наблюдается существенное развитие – это онкология, трансплантология, кардиохирургия и многие другие, появилась возможность сохранения жизни недавно обречённым больным, улучшения качества их жизни или её продления.

Выводы. Анализ поступающих в РЦСМЭ материалов уголовных дел и материалов проверок, а также гражданских дел выявил четыре группы причин обращения граждан в суды и следственные органы и последующего назначения СМЭ, которые в свою очередь являются причинами роста обращаемости граждан в судебные-следственные органы.

4.3 СТРУКТУРА ПОСТАВЛЕННЫХ ВОПРОСОВ

Выполнение СМЭ в конечном итоге имеет своей целью ответы на поставленные вопросы. Работ по оценке задаваемых судом и следствием вопросов мало и лишь в самое последнее время этому стало уделяться некоторое внимание.

В.М. Лебедев (2017) указал, что «объективная сторона преступления включает в себя деяние (в форме действия или бездействия), последствие в виде смерти потерпевшего и причинную связь между ними».

В преломлении темы настоящей работы, объектом преступления является здоровье и жизнь гражданина, объективная сторона преступления медицинского работника включает в себя допущенные НОМП, наличие последствия в виде смерти больного и наличие ПСС между выявленными НОМП и наступлением неблагоприятного исхода. Т.е., для установления всех элементов состава преступления, совершённого медицинским работником в связи с допущенными НОМП, достаточно получить ответы на несколько вопросов.

В «Методических рекомендациях» 2017 года предложены четыре вопроса, которые обязательно должна разрешать комиссия экспертов, выполняя судебно-медицинскую экспертизу по материалу врачебного дела (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017). Председатель Следственного комитета Российской Федерации А.И. Бастрыкин (2017, 2019) указал на такие же четыре вопроса.

В научных публикациях судебные медики высказывались об обязательных вопросах, на которые должен быть дан ответ (Плаксин В. О., 1994).

Также, при подаче гражданином иска к медицинской организации по факту допущенных при оказании ему или его родственнику медицинской помощи, он заявляет требование компенсации материального и морального вреда (Шмаров Л.А., 2019). Исследованием установлено, что суды учитывают

при определении величины компенсации морального вреда наличие ПСС между выявленными НОМП и последствиями, наличие вреда, причиненного здоровью человека допущенными НОМП и др. (Шмаров Л.А., 2020).

Таким образом, для принятия обоснованного решения о компенсации, суду достаточно при назначении СМЭ по материалам гражданского дела ставить те же вопросы, что и следователю при назначении СМЭ по уголовному делу в отношении медицинских работников.

Суммируя сказанное, комиссии экспертов, должны решать следующие вопросы:

- в чём выразился неблагоприятный исход, т.е. установить причину смерти или окончательный диагноз осложнения после проведённого лечения;
- какие недостатки в оказании медицинской помощи были допущены и возможно ли наступление благоприятного исхода при условии оказания надлежащей медицинской помощи;
- находятся ли выявленные НОМП в ППСС с неблагоприятным исходом;
- какова тяжесть вреда, причинённого здоровью человека допущенными НОМП.

Такой подход согласуется с подходом, существующем уже больше 100 лет (Штольц В., 1885).

При этом, понимание судебно-медицинским экспертом оптимально необходимого количества и качества вопросов, которые должны быть освещены при выполнении СМЭ, очень важно с точки зрения нескольких причин.

Во-первых, п. 29 Приказа 346н позволяет судебно-медицинскому эксперту объединить все поставленные вопросы в основные четыре группы, касающиеся выше перечисленных вопросов и дать на каждую из групп вопросов отдельный ответ.

Во-вторых, в ч. 2 ст. 204 УПК РФ и п. 29 Приказа 346н неоднократно указано на экспертную инициативу, которая поможет судебно-медицинскому

эксперту, знающему, на какие вопросы необходимо обязательно дать ответ, избежать назначения дополнительных и повторных СМЭ.

Таким образом, проведённым анализом установлено, что:

- при вынесении постановления, определения о назначении СМЭ по материалу врачебного дела целесообразно ставить четыре вопроса;
- судебному-медицинскому эксперту, выполняющему заключения по материалам врачебных дел, необходимо знать о вопросах, которые должны ставиться при назначении СМЭ по врачебному делу, что связано, с одной стороны, с оптимизацией выполнения СМЭ, с другой, с консультативной помощью правоприменителю.

4.3.1 АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА ПОСТАВЛЕННЫХ ВОПРОСОВ

Для оценки количества вопросов, которые ставят суды, следователи и дознаватели при назначении СМЭ по материалам врачебных дел, был проведён анализ 1642 постановлений и определений (табл. 24).

Таблица 24. Соотношение постановлений и определений по количеству вопросов в зависимости от вида судопроизводства

	постановлений, определений	%	вопросов	% вопросов	на 1 постановление, определение
УД	1023	62,3	28766	77,8	28,1
МП	196	11,9	3967	10,7	20,2
ГД	423	25,8	4264	11,5	10,1
всего	1642	100,0	36997	100,0	22,5

Установлено, что при вынесении постановлений по материалам УД ставиться значимо больше вопросов, чем при вынесении определений по материалам ГД.

Наибольшее количество процессуальных документов (определений) с

количеством вопросов меньше 20 вынесено по материалам ГД, наименьшее – по материалам УД (табл. 25).

Таблица 25. Соотношение постановлений и определений по количеству поставленных вопросов в зависимости от вида судопроизводства

	до 20 вопросов	%	21-50 вопросов	%	больше 50 вопросов	%	всего
уголовные дела	518	50,6	373	36,5	132	12,9	1023
материалы проверок	135	68,9	47	24,0	14	7,1	196
гражданские дела	381	90,1	38	9,0	4	0,9	423
всего	1034	63,0	458	27,9	150	9,1	1642

Далее были исследованы 50 заключений комиссионных СМЭ, которые поступили в РЦСМЭ в период 1957–1962 гг. (15 заключений), 1976–1978 гг. (15 заключений) и в период 1986–1991 гг. (20 заключений). В 50 заключениях содержалось 487 вопросов, то есть в среднем менее 10 на одно заключение (9,7 вопросов). Таким образом, в период до распада СССР следственными органами ставилось перед комиссиями экспертов меньше вопросов, чем в настоящее время.

Проведённым анализом установлено, что по материалам уголовных дел количество вопросов в среднем на одно постановление выросло с 19,6 в 2014 до 26,7 в 2020 году, что при среднем количестве вопросов в анализируемых материалах уголовных дел в 22,5 позволяет расценить рост, как достоверный. При этом в 2021–2022 гг. отмечено некоторое снижение количества формулируемых вопросов (табл. 26 Приложения).

Причина роста количества вопросов, которые следственные органы ставят в своих постановлениях по материалам УД и МП коррелирует с возросшей активностью пострадавших по такого рода делам. В свою очередь, анализ определений, вынесенных судами по материалам ГД, не показал сколько-нибудь значимого роста.

Для проверки влияния количества вопросов, которые судебно-следственные органы в своих постановлениях и определениях о назначении СМЭ по материалам врачебных дел, на длительность их выполнения, был проведён анализ 808 заключений, которые были выполнены в ГСМЭУ, некоммерческих организациях, а также в РЦСМЭ.

На первом этапе, был проведён корреляционный анализ с использованием пакета прикладных программ «StatSoft STATISTICA 10.0.1011 Enterprise». При этом соотносилось количество поставленных вопросов с длительностью выполнения СМЭ. Был получен коэффициент корреляции, равный 0,194, то есть имеется слабая положительная корреляционная связь между количеством вопросов и длительностью выполнения СМЭ.

Небольшое положительное значение коэффициентов корреляции между количеством поставленных вопросов и длительностью выполнения СМЭ объяснима положением ст. 29 Приказа 346н, то есть, в большинстве заключений СМЭ, комиссиями вопросы объединялись, что привело к тому, что фактически ответов даётся меньше.

Возможно, что большее влияние на длительность выполнения СМЭ оказывают количество предоставленных материалов, прежде всего, медицинских документов, количество привлекаемых внештатных специалистов, а также сложность самого клинического случая.

Для проверки этой гипотезы был проведён корреляционный анализ между длительностью выполнения СМЭ по материалам врачебных дел с одной стороны, и количеством поставленных вопросов и участвующих специалистов в производстве СМЭ, с другой.

Так как корреляционный анализ проводится с двумя массивами данных, для одновременного исследования указанных массивов, количество вопросов и количество привлекаемых клинических специалистов или всего участвующих экспертов, суммировались, но суммировались не фактические данные, а приведённые в соотношение друг к другу. Для получения адекватной исследованию суммы, на первом этапе были вычислены общие суммы

вопросов в 808 исследованных СМЭ (13874), далее, общее количество участвующих экспертов во всех СМЭ (3775) и всего участвующих клинических специалистов (1803). На втором этапе, были вычислены отношения общего количества вопросов к общему количеству участвующих экспертов во всех СМЭ (3,7, то есть $13874/3775$) и общему количеству участвующих клинических специалистов (7,7, то есть $13874/1803$). Далее, были отдельно суммированы количество вопросов в каждой отдельной СМЭ и общее количество участвующих экспертов в конкретной СМЭ, умноженное на полученный коэффициент (3,7), также был получен второй массив данных с суммой с общим количеством участвующих клинических специалистов в конкретной СМЭ, умноженным на полученный коэффициент (7,7). Пример полученных массивов данных (первые пять из 790 анализируемых) представлен в табл. 27.

Таблица 27. Массивы данных для проведения корреляционного анализа

длительность СМЭ, дней	всего клиницистов	всего экспертов	кол-во вопросов плюс всего экспертов x 3,7	кол-во вопросов плюс всего клиницистов x 7,7
148	1	4	22,8	15,7
35	2	6	37,2	30,4
124	3	6	43,2	44,1
63	2	5	44,5	41,4
33	1	4	19,8	12,7

На завершающем этапе проводился корреляционный анализ полученных массивов данных с длительностью выполнения каждой конкретной СМЭ. В итоге были получены средние положительные коэффициенты корреляции:

- 0,305 длительность выполнения СМЭ с количеством вопросов в каждой отдельной СМЭ и общим количеством участвующих экспертов в конкретной СМЭ;

- 0,318 длительность выполнения СМЭ с количеством вопросов в каждой отдельной СМЭ и общим количеством участвующих клинических специалистов в конкретной СМЭ.

Таким образом, постановка оптимального количества вопросов, а также привлечение оптимального количества специалистов к выполнению СМЭ будут способствовать сокращению сроков их выполнения.

Выводы. В результате проведённого статистического анализа установлено, что:

- при вынесении постановлений по материалам УД дел ставиться статистически значимо больше вопросов, чем при вынесении постановлений по МП и определений по материалам ГД;

- изучением архивных материалов РЦСМЭ показано, что в период с 1950-х до распада СССР судебными органами ставилось перед комиссиями экспертов в несколько раз меньше вопросов, чем в настоящее время;

- за период с 2014 по 2020 год выявлена тенденция роста количества вопросов на одно постановление, с некоторым снижением к 2022 году;

- проведённым статистическим анализом зависимости длительности выполнения СМЭ от количества поставленных вопросов, установлено, что имеется слабая положительная корреляционная связь;

- вычислено, что имеется средняя положительная корреляционная связь между длительностью выполнения СМЭ с одной стороны и количеством поставленных вопросов и участвующих специалистов (всего, или только клинических) с другой;

- на основании проведённых статистических расчётов обосновано, что постановка оптимального количества вопросов в постановлении или определении, а также привлечение оптимального количества специалистов к выполнению СМЭ будут способствовать сокращению сроков их выполнения.

4.3.2 АНАЛИЗ ПОСТАВЛЕННЫХ ВОПРОСОВ

Для оценки «качества» ставящихся перед комиссиями экспертов вопросов, была исследована частота постановки отдельно каждого из вопросов, по группам вопросов, а также частота постановки всех четырёх основных вопросов.

Полученные данные указывают на различную частоту постановки необходимых вопросов (табл. 28).

Таблица 28. Соотношение постановлений и определений по поставленным вопросам

вопросы	все (808)		УД и МП (651)		ГД (157)	
	все	в %	все	в %	все	в %
недостаток в оказании медпомощи	804	99,5	648	99,5	156	99,4
наличие причинно-следственной связи	706	87,4	571	87,7	135	86,0
тяжесть вреда здоровью	283	35,0	209	32,1	74	47,1
возможность наступления благоприятного исхода	363	44,9	329	50,5	34	21,7
недостаток в оказании медпомощи и наличие причинно-следственной связи	703	87,0	569	87,4	134	85,4
недостаток в оказании медпомощи, наличие причинно-следственной связи и тяжесть вреда здоровью	262	32,4	198	30,4	64	40,8
все четыре вопроса	131	16,2	117	18,0	14	8,9

В анализируемых постановлениях и определениях, кроме указанных четырёх вопросов, ответ на которые входит в компетенцию комиссии экспертов, ставились множество вопросов, ответ на которые не входит в их компетенцию (о персонализации, и оценки ранее проведённых экспертиз (табл. 29).

Установлено, что по материалам ГД вопросы о персонализации ставятся значительно реже, чем по материалам УД и МП. Отчасти, данный факт объясним с точки зрения особенностей гражданского и уголовного судопроизводства. Так, субъектом уголовного дела по факту допущенных НОМП всегда является физическое лицо (медицинский работник), а в гражданском, в соответствии с ч. 1 ст. 1068 ГК РФ, им может быть

юридическое лицо (медицинская организация).

Таблица 29. Частота постановки вопросов в определениях и постановлениях о назначении СМЭ по судебным делам

вопросы	все (808)		УД и МП (651)		ГД (157)	
	всего	в %	всего	в %	всего	в %
недостаток в оказании медпомощи	804	99,5	648	99,5	156	99,4
наличие причинно-следственной связи	706	87,4	571	87,7	135	86,0
тяжесть вреда здоровью	283	35,0	209	32,1	74	47,1
возможность наступления благоприятного исхода	363	44,9	329	50,5	34	21,7
персонализация	397	49,1	375	57,6	22	14,0
оценка выполненных СМЭ	32	4,0	27	4,1	5	3,2

Выводы. Статистическим исследованием показано, что:

- необходимые вопросы ставятся с различной частотой, при этом, все четыре необходимых вопроса были поставлены лишь в 16,2% постановлений и определений о назначении СМЭ;

- вопросы о персонализации ставятся значительно реже при вынесении определений материалам ГД, чем в постановлениях, выносимых по материалам УД и МП.

4.3.3 АНАЛИЗ ПОСТАНОВЛЕНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОРРЕКТНОСТИ ПОСТАВЛЕННЫХ ВОПРОСОВ

На следующем этапе, был проведён анализ постановлений и определений с точки зрения корректности содержащихся в них вопросах.

При проведении анализа были выявлены три основные группы некорректных вопросов (Шмаров Л.А., Ковалев А.В., Теньков А.А., 2015):

1. Не имеющие отношения к медицине:
 - требующие персонализации и оценки ответственности;
 - требующие оценки доказательств.
2. Теоретические вопросы.

3. Гипотетические вопросы.

О недопустимости ставить на разрешение комиссии экспертов не корректные, не входящие в их компетенцию, вопросы, высказывались многие как судебные медики, так и юристы (Спиридонов В.А., Анисимов А.А., 2020; Бастрыкин А.И., 2019).

Для изучения распространённости такого явления, как не корректные вопросы, были изучены вопросы, содержащиеся в 808 заключениях СМЭ, выполненных по материалам врачебных дел (табл. 30 Приложения).

Статистическим анализом было доказано, что доля не корректных вопросов составляет 23,3% от всех поставленных перед комиссиями экспертов вопросов (табл. 30 Приложения), схожие данные были получены В.М. Казаряном (2008) и И.В. Ившиным (2005).

Группа 1-я. Перед судебно-медицинским экспертом нередко ставятся вопросы, не имеющие отношение к медицине. Среди вопросов не по «профилю», преобладают юридические. На это негативное явление обращал внимание И.Г. Вермель (1979).

Юридические вопросы чаще всего касаются установления конкретных лиц, допустивших те или иные НОМП, установления их ответственности, а также вопросы, для ответа на которые не нужны специальные познания в медицине.

Подгруппа 1.1

Выявлено две группы вопросов, касающиеся оценки действий (бездействий) конкретных лиц.

Одна группа вопросов касается персонализации без указания фамилии конкретного медицинского работника.

В Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» в ст. 4 сказано, что «Вопросы, поставленные перед экспертом, и заключение по ним не могут выходить за пределы его специальных знаний». Большинство вопросов, касающихся

персонализации медицинских работников, без указания фамилии, формулируются с просьбой указать, кем именно допущены НОМП.

Вторая группа вопросов, касающихся персонализации, содержат просьбу оценить действие конкретного медицинского работника с указанием его фамилии.

Ответ на вопросы о персонализации медицинских работников не входит в компетенцию комиссии экспертов, так как функция поиска виновных лиц является исключительно прерогативой судебно-следственных органов.

Отдельно, во второй группе вопросов можно выделить подгруппу вопросов о персонализации медицинских работников, которые касаются установления ответственности и вины медицинских работников.

Таким образом, вторая группа некорректных вопросов касается установления конкретных лиц, а также их вины, ответственности.

Поиск конкретных лиц, в данном конкретном случае, допустивших те или иные НОМП, не входит в компетенцию комиссии экспертов, что закреплено ч. 1 ст. 57 УК РФ. При этом ни один судебно-медицинский эксперт не обладает специальными познаниями, которые могут позволить ему при выполнении СМЭ персонализировать того или иного медицинского работника. Определение медицинского работника не ограничивается лишь прочтением его подписи в медицинском документе, а включает в себя более широкий круг действий, определяемых УПК РФ, УК РФ, а также иными НПА [384].

Не требует какого-либо дополнительного обоснования, что состав преступления должен быть выявлен исключительно правоприменителем, но не судебно-медицинским экспертом, что следует из самого понятия вины (Рарог А.И., 2004). Таким образом, постановка таких вопросов не основана на действующем законодательстве, а положительные ответы на такие вопросы не верны.

Подгруппа 1.2

Второй подгруппой вопросов, носящих юридический характер, являются вопросы, касающиеся оценки выполненных по делу СМЭ. При этом, оценка доказательств, в соответствии с ч. 1, 2, 3 ст. 74, ст. 87, ст. 88 УПК РФ, является исключительной прерогативой судебно-следственных органов. Соответственно, оценка экспертиз не может быть проведена комиссией экспертов.

Подгруппа 1.3

На часть вопросов, которые ставятся перед комиссией экспертов, ответ может быть получен путём прочтения медицинского документа, то есть, для ответа на него не требуются какие-либо специальные познания.

Таким образом, в соответствии с ч. 1 ст. 57, ч. 1 ст. 79 УПК РФ, ст. 9 73-ФЗ, ч. 1 ст. 55 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации от 24 июля 2002 г. № 95-ФЗ, в ч. 1 ст. 25.9 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, в ч. 1 ст. 29 Федерального закона «О третейских судах в Российской Федерации» от 24.07.2002 № 102-ФЗ, ответ на такие вопросы не входит в компетенцию комиссии экспертов.

Таким образом, с точки зрения действующего законодательства, эксперт обладает специальными познаниями, и судебная экспертиза назначается в случаях необходимости наличия специальных познаний. Очевидно, что для ответа на вопросы, для которых специальные познания не нужны, нет необходимости привлекать эксперта и нет необходимости назначать судебную экспертизу, что однозначно указывает на отсутствие необходимости ответов на подобные вопросы при их постановке перед экспертом (комиссией экспертов).

Подгруппа 1.4

Часть вопросов, которые ставятся перед комиссией экспертов, касаются исключительно юридической оценки действий медицинских работников. Например, «Повлияло ли это деяние существенным нарушением прав и законных интересов граждан?» Изучение прав и законных интересов

граждан выходит за рамки компетенции комиссии экспертов и должен быть решён лицом, обладающим познаниями в области юриспруденции, что не требует дополнительного обоснования.

Подгруппа 1.5

К вопросам, ответы на которые не находятся в компетенции судебно-медицинского эксперта, относятся вопросы оценки деятельности медицинской организации в целом, а не в отношении конкретного больного.

Например, «Наличие и ведение учреждением при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации?» Для ответа на поставленный вопрос необходимо выполнить ряд следственных действий, которые никак не связаны с выполнением СМЭ, в этой связи эта группа вопросов отнесена к юридическим.

Группа 2. Второй большой группой вопросов, ответы на которые не входят в компетенцию комиссии экспертов, являются теоретические вопросы, то есть вопросы без ссылок на конкретный объект экспертизы.

Судебно-медицинская экспертиза является научно-практическим исследованием. (Пиголкин Ю.И., 2021). То есть на основании научных знаний судебно-медицинского эксперта и привлекаемых клинических специалистов, комиссия экспертов даёт ответы на вопросы, касающиеся именно практической части, то есть конкретного клинического случая, конкретного больного и конкретно оказанной ему медицинской помощи. Раскрытие теоретических основ оказания медицинской помощи является предметом изучения в высшем учебном заведении. При этом изучение предоставленных материалов дела (уголовного или гражданского), которое возбуждено по факту оказания медицинской помощи конкретному больному (пострадавшему) никак не может способствовать ответу на такой вопрос.

Таким образом, основные вопросы, являющиеся теоретическим, касаются как правило, применения тех или иных медицинских препаратов, оказания помощи при определённом заболевании, без привязки к конкретному подэкспертному, поиска всех действующих НПА, а также их

оценка.

При этом, ссылка на действующее законодательство (порядки оказания медицинской помощи и так далее), регламентирующее оказание медицинской помощи при конкретном заболевании, в конкретной клинической ситуации оказания медицинской помощи конкретному больному не будет выходом за пределы компетенции, так как в данном контексте, соблюдается один из главных подходов к формулированию выводов, а именно, их обоснованность, что закреплено в п. 10 ч. 1 ст. 204 УПК РФ. Таким образом, нельзя согласиться с мнением К.В. Ноздрякова (2005), который указывал, что к вопросам, ответ на которые не входят в компетенцию экспертов, относятся и вопросы, касающиеся соотнесения оказанной медицинской помощи с приказами и иными документами.

Группа 3. Третьей группой вопросов, ответ на которые не входит в компетенцию комиссии экспертов, являются гипотетически вопросы. При этом необходимо отличать вопросы, являющиеся истинно гипотетическими, то есть не привязанными к конкретной ситуации, от кажущимися гипотетическими, то есть условно гипотетическими.

К группе условно гипотетических можно отнести группу вопросов, касающихся оценки возможности предотвращения неблагоприятного исхода при условии отсутствия НОМП. Такие вопросы не являются истинно гипотетическими, так как решают вопрос, касающийся конкретного больного, имеющего конкретное заболевание или травму, при оказании определённого объёма медицинской помощи были допущены выявленные недостатки и имея всю перечисленную информацию можно предположить возможность наступления иного исхода заболевания или травмы, при отсутствии выявленных недостатков.

Истинные гипотетические вопросы не связаны с конкретной экспертной ситуацией, связанной с конкретным больным, конкретным имеющимся у него заболеванием или травмой, конкретными НОМП и конкретным неблагоприятным исходом (смерть, причинение вреда здоровью).

Ответы на истинно гипотетические вопросы в принципе невозможен, так как он не может быть сформулирован на основании изучения предоставленных материалов.

Ещё одной разновидностью гипотетических вопросов, на которые невозможен ответ и в этой связи, ответ на них не входит в компетенцию комиссии экспертов – это вопросы с predetermined посылом, в которых уже указывается на неправильность оказания медицинской помощи, т.е. вопрос подразумевает однозначное наличие НОМП. В одной из СМЭ комиссия экспертов правильно расценила поставленный вопрос, как не разрешимый и в этой связи воздержалась от ответа на него.

Выводы. Проведённым исследованием установлено, что:

- имеются три основные группы вопросов, ответ на которые не входит в компетенцию комиссии экспертов;

- юридические вопросы: касающиеся персонализации медицинских работников, как без указания их конкретных данных (фамилия), так и с указанием и просьбой оценить действия того или иного конкретного медицинского работника, вопросы для ответа на которые в принципе не нужны специальные познания в какой-либо области науки, вопросы, касающиеся юридической оценки действий медицинских работников, вопросы, касающиеся оценки деятельности медицинской организации в целом;

- ответ на вопрос о соответствии медицинской помощи, оказанной конкретному больному с конкретной патологией, НПА, регламентирующим оказание медицинской помощи с данной патологией, входит в компетенцию эксперта и соответствует действующему законодательству;

- гипотетические вопросы могут быть условно гипотетическими, ответ на которые возможен в предположительной форме и истинно гипотетическими, ответ на которые невозможен ни в какой форме, а также вопросы с predetermined посылом.

4.3.4 ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПОСТАНОВКИ КОРРЕКТНЫХ ВОПРОСОВ

Проведённый анализ ставящихся перед комиссиями экспертов вопросов позволяет сформулировать следующие предпосылки для избегания формулирования не корректных вопросов и соответственно, снижения вероятности ошибки при выполнении СМЭ и уменьшения срока её выполнения. Знание судебно-медицинским экспертом основ постановки корректных вопросов поможет ему в консультативной работе, оказываемой суду и следствию.

Вопрос – это «логическая форма, включающая исходную, или базисную, информацию с одновременным указанием на ее недостаточность с целью получения новой информации в виде ответа» (Гетманова А.Д., 2011).

Приведённое определение вопроса указывает и на основные признаки правильно поставленного вопроса – это, во-первых, следование правилам логики, во-вторых, наличие некой исходной информации, которая является недостаточной и в-третьих, понимание факта недостаточности информации. Такое принятие вопроса приводит к правилам построения корректного вопроса, на который возможен ответ в принципе.

Кроме исключения постановки трёх выше описанных групп вопросов, необходимо придерживаться общих правил при их постановке (Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2015).

Причиной некорректности вопроса, прежде всего, может быть его предпосылка.

Во-первых, предпосылка вопроса может быть не высказыванием, а выражением, содержащим переменные, вместо которых можно подставлять высказывания, получая при этом новые высказывания, что делает вопрос неоднозначным и не позволяющим дать однозначный и корректный ответ. Например, в вопросе «Где располагается опухоль?», предпосылкой является высказывание о том, что «Существует место расположения опухоли», и поскольку «опухоль» – это общее имя или переменная, данное выражение не

представляет суждение, оно не истинно и не ложно. То есть, подобный вопрос нельзя воспринять однозначно (по крайней мере, вне контекста), так как неизвестно о какой опухоли спрашивают и вообще имеются ли она, то есть в вопросе имеются переменные (опухоль, которой может и не быть).

Правильно сформулированный вопрос должен звучать несколько иначе, например, «Имеется ли у X опухоль, если да, то какова её локализация?» Данный вопрос подразумевает проведение судебно-медицинским экспертом исследования на предмет наличия опухоли и поиска её локализации.

Во-вторых, предпосылка вопроса может иметь форму высказывания, но это высказывание не имеет смысла. Например, предпосылкой вопроса «Где локализуется опухоль желудка?» является предположение, что «Существует место, где расположена опухоль желудка и оно может быть одновременно отличным от желудка» и это место, по замыслу задающего вопрос, может быть отлично от желудка. В такой ситуации, вопрос является синтаксически некорректным, то есть на него невозможно дать никакого ответа, так как он сам в себе уже содержит ответ, то есть, имеется опухоль, и она локализуется в желудке больного. Правильно сформулированный вопрос в данной экспертной ситуации должен звучать иначе, например, «Имелся ли у больного X рак желудка, если да, то где в желудке он локализован, какова его стадия?»

В-третьих, некорректность вопроса может заключаться в том, что его предпосылкой является ложное высказывание.

Например, вопрос «Может ли острый панкреатит развиваться посмертно?» содержит в себе посылку о том, что «Существует причина, по которой острый панкреатит не может быть посмертным», и она является ложной, так как острый панкреатит может развиваться только и исключительно при жизни, что является примером открытого семантически некорректного вопроса.

Например, вопрос «У больного X имеется сросшийся перелом бедренной кости давностью до одной недели?», содержит в себе предпосылку

о том, что «Имеется сросшийся перелом бедренной кости и его давность до одной недели», что является примером закрытого семантически некорректного вопроса.

Выводы. Таким образом, при постановке вопросов следует соблюдать следующие правила:

- вопросы должны быть правильно сформулированы по содержанию и по форме;
- в соответствии с корректно сформулированным вопросом следует предусмотреть альтернативные ответы (да или нет) на уточняющие вопросы;
- вопрос нужно формулировать кратко и ясно;
- необходимо избегать риторических вопросов, которые по своей сути являются суждениям и, в этой связи, ответ на них не требуется или не ожидается в силу его крайней очевидности, при этом обычные вопросы суждениями не являются;
- из вопроса должны быть ясны время, место и тот контекст, который необходимо учитывать при ответе.

Проблема правильности постановки вопросов является актуальной для судебно-медицинского эксперта, так как знание принципов правильного построения вопросов поможет отличить вопрос корректный, на который необходимо дать ответ, от вопроса некорректного, от ответа на который необходимо воздержаться.

Также понимание судебно-медицинским экспертом правил формулирования вопросов, поможет ему оказать содействие правоохранительным органам в формулировании вопросов.

4.4 ВЫВОДЫ

На основании анализа материалов врачебных дел, а также СМЭ, были выявлены определённые тенденции, касающиеся соотношения уголовных и гражданских дел, количества материалов в зависимости от претензии к медицинской специальности, от инкриминируемого состава преступления, а

также заявляемого иска при обращении в суд с иском к медицинской организации.

Анализ поступающих материалов позволил выделить четыре основные групп причин, которые лежат в основе увеличения количества врачебных дел.

Анализ поступающих материалов позволил выделить три группы с подгруппами некорректных вопросов, а также предложить ряд мер для урегулирования как количества, так и качества ставящихся вопросов, а также предложения по постановке корректных вопросов.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО ПОВОДУ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДЕЛА КОМПЕТЕНЦИИ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ВРАЧЕБНОМУ ДЕЛУ

Как показал проведённый анализ, необходимость привлечения соответствующих клинических специалистов не является очевидной даже для ГСМЭУ, а тем более, для коммерческих судебно-экспертных учреждений.

5.1.1 СООТНОШЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ И БЕЗ ПРИВЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Для оценки проблемы привлечения клинических специалистов к выполнению СМЭ по материалам врачебных дел, был проведён анализ 808 заключений СМЭ, которые были выполнены в ГСМЭУ, некоммерческих организациях, а также в РЦСМЭ.

Было установлено, что 77 (9,5% от всех анализируемых заключений) заключений выполнено без привлечения необходимых клинических специалистов, то есть исключительно силами судебно-медицинских экспертов, которые давали ответы на вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи и соответственно.

Анализ выполненных СМЭ по материалам врачебных дел комиссией без привлечения клинических специалистов, показал, что ответы на вопросы о правильности оказания медицинской помощи даются в двух вариантах:

- имеется полный ответ о правильности или не правильности оказания медицинской помощи;
- комиссия судебно-медицинских экспертов ссылается на

ведомственные проверки, а также на проверки территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС).

Первый вариант не соответствует действующему законодательству, так как комиссия судебно-медицинских экспертов без привлечения клинических специалистов не может самостоятельно решать вопросы о правильности оказания медицинской помощи.

При втором варианте ответа, комиссия судебно-медицинских экспертов фактически лишь дублирует заключение проверки ведомственной или ТФОМС. Такой ответ не отвечает требованиям действующего законодательства, так как в соответствии со ст.ст. 7, 9, 25 73-ФЗ он должен быть основан на результатах проведённых собственных исследований. Простое копирование в выводах результатов, проведённых кем-то проверок не является собственным исследованием и с этой точки зрения не является выводом, как таковым.

Таким образом, установлено, что:

- преобладающее количество СМЭ по материалам врачебных дел выполняются с привлечением необходимых клинических специалистов;
- при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел без привлечения соответствующих клинических специалистов, комиссии судебно-медицинских экспертов дают ответы в двух вариантах.

5.1.2 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИВЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

В соответствии с ч. 1 ст. 57 УПК РФ «Эксперт - лицо, обладающее специальными знаниями», и в соответствии с п. 4 ч. 3 ст. 57 УПК РФ «вправе ... давать заключение в пределах своей компетенции», что регламентировано также ст. 85 ГПК РФ.

Таким образом, два основных федерального закона указывают на то, что эксперт может давать ответы на вопросы, находящиеся в области его

специальных познаний и не выходить за эту область, что также указано в ст. 29 Приказа 346н.

В Приказе 700н выделено 104 специальности специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, в т.ч. судебно-медицинская экспертиза. Исходя из смысла положений 73-ФЗ и Приказа 700н судебно-медицинский эксперт не может давать заключение в области кардиологии, пластической хирургии и других медицинских специальностей.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации разработаны профессиональные стандарты, наделяющие всех специалистов обязанностью оказывать медицинскую помощь в экстренной форме. В соответствии с п. 1 ч. 4 ст. 32 323-ФЗ «экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента», то есть её должен оказывать любой медицинский работник вне зависимости от его специальной подготовки.

При этом, никакие иные основные виды деятельности, в том числе оказание не экстренной медицинской помощи, в профессиональном стандарте судебно-медицинского эксперта не указаны.

Таким образом, законодатель не наделяет правом судебно-медицинского эксперта, оказывать медицинскую помощь (не экстренную) больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы или по профилю пластическая хирургия, что не даёт ему возможность оценить правильность её оказания медицинской соответствующими специалистами.

О необходимости судебно-медицинскому эксперту строго следовать своей компетенции говорилось давно и неоднократно, например, в Циркулярном письме Главного судебно-медицинского эксперта Минздрава СССР 1956 года [394], в Инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР 1978 года [121].

Не привлечение в состав комиссии экспертов клинических специалистов необходимого профиля приводит к тому, что такие заключения

не принимаются правоприменителем.

Таким образом:

- анализом действующего законодательства доказано, что СМЭ по материалам врачебных дел должны выполняться исключительно с привлечением соответствующих клинических специалистов;
- не привлечение клинических специалистов может иметь юридически значимые последствия.

5.1.3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА КОМИССИЙ ЭКСПЕРТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

При анализе состава комиссий экспертов, учитывалось количество участвующих специалистов, отдельно по наличию или отсутствию научного звания с учётом стажа работы по специальности «судебно-медицинская экспертиза».

Анализом состава комиссии экспертов с точки зрения наличия или отсутствия научных званий, установлено, что, например, наибольшее количество клинических специалистов, принимающих участие в выполнении СМЭ по материалам врачебных дел имеют научное звание доктор медицинских наук, со средним стажем работы по соответствующей специальности 33,3 года (табл. 31 Приложения).

Таким образом, СМЭ по материалам врачебных дел выполняются наиболее квалифицированными специалистами, имеющими научные звания и значительный опыт работы.

Для анализа комиссий экспертов по различным видам судопроизводства, было отдельно оценено количество участвующих специалистов в выполнении СМЭ отдельно по материалам ГД и отдельно по материалам УД и МП.

Проведённым анализом установлено, что в СМЭ по материалам ГД, всего приняли участие 326 судебно-медицинских эксперта (в среднем 2,1 на

одно заключение) и 343 клинических специалиста (в среднем, 2,2 на одно заключение).

В анализируемых заключениях экспертов, выполненных по материалам УД и МП, всего приняли участие 1646 судебно-медицинских экспертов (в среднем 2,5 на одно заключение) и 1460 клинических специалистов (в среднем, 2,3 на одно заключение).

Таким образом, при выполнении СМЭ по материалам ГД участвует несколько меньшее количество специалистов. Данный факт может быть объяснён платностью выполнения СМЭ по материалам ГД, что подвигает формировать более «компактные» комиссии. Также, возможно, такие данные связаны с большей ответственностью для медицинских работников по УД.

На следующем этапе был проведён анализ комиссий экспертов, которые принимали участие в выполнении СМЭ по материалам врачебных дел отдельно в ГСМЭУ (их среди анализируемых заключений 728) и негосударственных экспертных организациях (80).

В 728 заключениях экспертов, выполненных в ГСМЭУ принимали участие всего 3584 специалистов (4,9 специалиста на одно заключение), из них 1873 были судебно-медицинскими экспертами (2,6 на одно заключение) и 1711 клинических специалистов (2,3 на одно заключение).

В 80 заключениях экспертов, которые были выполнены в негосударственных экспертных организациях, принял участие 191 специалист (2,4 на одно заключение), из них, 99 судебно-медицинских экспертов (1,2 на одно заключение) и 92 клинических специалиста (1,1 на одно заключение).

Выявленная тенденция объяснима с точки зрения основных задач коммерческих организаций – получение прибыли, что подвигает минимизировать комиссии экспертов.

Для оценки достоверности разницы в выборках по количеству специалистов в заключениях экспертов, выполненных в ГСМЭУ и негосударственных экспертных организациях, был использован t-критерий

Стьюдента (табл. 32).

Расчёты t-критерия Стьюдента проводились с использованием программы «StatSoft STATISTICA 10.0.1011 Enterprise», в расчётах было принято, что имеется двустороннее распределение и выборка состоит из независимых величин с неравным отклонением. Полученные величины t-критерия Стьюдента подтверждают достоверность разницы в выборках, то есть, различие в количестве специалистов, принимающих участие в выполнении СМЭ в ГСМЭУ и негосударственных экспертных организациях, является статистически достоверным (табл. 32).

Таблица 32. Т-критерий Стьюдента для выборок количества участвующих специалистов

t-критерий всего специалистов	t-критерий СМЭ	t-критерий клиницисты
0,000000000000000037713	0,00000000000000003337	0,00000004898057500452

Таблица 33. Распределение количества специалистов, принимавших участие в 808 анализируемых заключениях

специалист	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
СМЭ	10	128	307	255	86	17	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
клиницист	77	225	204	156	83	35	17	6	1	2	0	0	1	1	0	0	0
всего специалистов	0	32	79	132	162	141	125	73	34	18	4	4	0	2	0	1	1

В каждом из 808 анализируемых заключениях экспертов, выполненных по материалам врачебных дел, принимало участие самое различное количество специалистов (табл. 33).

Представленные данные (рис. 1) иллюстрируют количественные характеристики комиссий экспертов и «пики» общих значений приходится на комиссию экспертов, состоящую всего из четырёх специалистов, а также отдельно включающих двух судебно-медицинских экспертов и отдельно одного клинического специалиста.

С клиническим специалистом заключается или гражданско-правовой договор на разовое участие в выполнении судебно-медицинской экспертизы, или трудовой, который накладывает на работодателя ряд ограничений и обязанностей.

При этом, привлечение клинических специалистов за оплату раньше, во времена СССР, воспринималось не столь однозначно, в том числе, в зарубежных странах (Сыщанко Г.А., 1958).

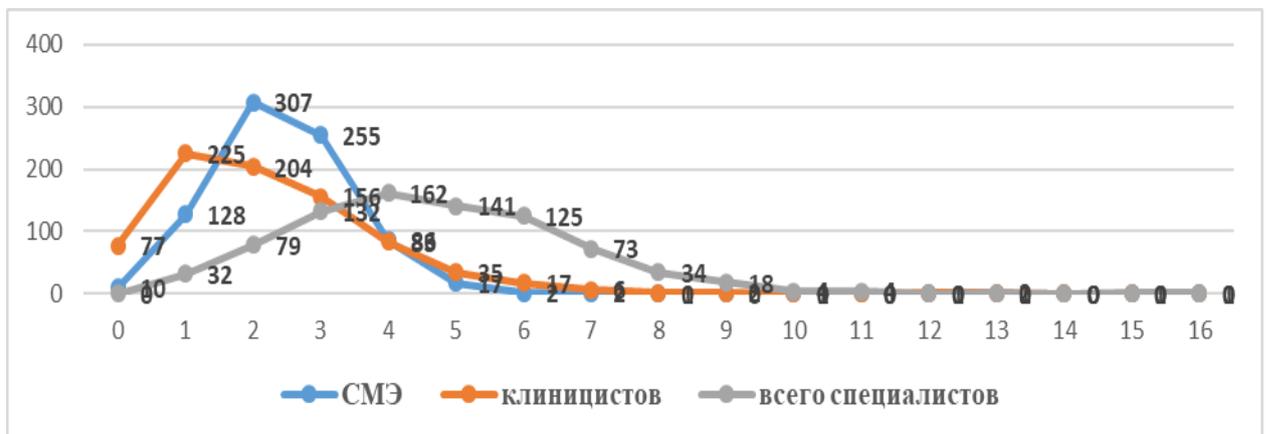


Рис. 1. Количество специалистов, принимавших участие в 808 анализируемых заключениях (по вертикали – количество заключений, по горизонтали – количество специалистов)

Таким образом, привлечение наиболее квалифицированных специалистов в различных областях медицины, с точки зрения, прежде всего, максимально объективных ответов на поставленные вопросы, касающиеся оценки оказанной медицинской помощи, несмотря на существенные финансовые затраты, является оправданным.

Выводы. Проведённым анализом выполняемых по материалам врачебных дел СМЭ с точки зрения участвующих в их производстве комиссий экспертов, показано, что:

- чаще всего в выполнении СМЭ участвуют судебно-медицинские эксперты без научных званий, клинические специалисты, имеющие научное звание доктора медицинских наук, со средним стажем больше двадцати лет;

- показано, что при выполнении СМЭ по материалам ГД привлекалось меньше клинических специалистов, чем при выполнении СМЭ по материалам УД и МП;

- показано, что при выполнении СМЭ в негосударственных экспертных организациях привлекалось статистически значимо меньше клинических специалистов, чем при их выполнении в ГСМЭУ.

5.1.4 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ВРАЧЕБНОМУ ДЕЛУ

Количество привлекаемых клинических специалистов имеет большой разброс значений, но имеется ли некий оптимум количества привлекаемых специалистов?

Очевидно, что как минимум один клинический специалист должен быть в комиссии экспертов и он должен соответствовать медицинской специальности, к которой имеется основная претензия.

Привлечение клинических специалистов зависит от предоставленных материалов (рентгенограмм и т.д.), которые необходимо изучить и оценить правильность их трактовки при оказании медицинской помощи.

Обязательность изучения всех предоставленных материалов обоснована необходимостью всестороннего и объективного ответа на поставленные вопросы.

Как правило, кроме основной специальности, к представителю которой имеется претензия, у судебно-следственных органов возникают вопросы к иным специалистам, оказывавшим помощь больному, так как практически не бывают ситуации, при которых медицинскую помощь оказывает лишь один медицинский работник. И практически всегда вопросы, ставящиеся судебно-следственными органами, касаются всех этапов оказания медицинской помощи, что влечёт за собой необходимость привлечения соответствующих клинических специалистов.

Положения ч. 2 ст. 204 УПК РФ и ст. 29 Приказа 364н наделяют судебно-медицинского эксперта правом отвечать на не поставленные судебно-следственными органами вопросы, но которые с его точки зрения являются существенными для разрешения дела. Т.е., комиссия экспертов может ответить на вопросы о недостатках, допущенных клиническими специалистами, в отношении которых вопросы поставлены не были. Таким образом, количество привлекаемых к участию в выполнении СМЭ клинических специалистов может быть больше, чем изначально вытекает из смысла поставленных вопросов и данный факт закреплён законодательно.

Ст. 7 73-ФЗ, закреплена независимость эксперта, в том числе, судебно-медицинского. Очевидно, что независимость эксперта касается не только формулирования выводов, но и в целом всего процесса производства СМЭ, в том числе, с точки зрения формирования комиссии экспертов и привлечения необходимых клинических специалистов.

По смыслу норм, закреплённых в ст. 7 73-ФЗ и в п. 15 Приказа 346н именно эксперт организатор определяет круг клинических специалистов, участие которых целесообразно в назначенной СМЭ, при этом судебно-следственные органы имеют возможность изменения данного круга лиц, что при этом не нарушает независимость эксперта.

Таким образом, судебно-медицинский эксперт не может быть принужден к привлечению строго определённого круга специалистов, его он определяет самостоятельно, исходя из сути дела и смысла поставленных вопросов, а также исходя возможных новых обстоятельств, которые были установлены при выполнении СМЭ, судебно-следственными органами могут быть рекомендованы к привлечению те или иные специалисты, без ограничения привлечения иных.

Выводы. Таким образом, проведённым исследованием установлено, что:

- количество привлекаемых клинических специалистов зависит от ряда факторов;

- количество и состав привлекаемых к участию в выполнении судебно-медицинской экспертизы клинических специалистов зависит также и от того, к какой именно медицинской специальности предъявляется претензия и какая медицинская помощь была оказана;

- судебно-медицинский эксперт независим в формировании комиссии экспертов.

5.2 АНАЛИЗ ВЫПОЛНЯЕМЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОТВЕТОВ НА ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

Показано, что для ГД, МП и УД, существенными являются четыре вопроса, и каждый из поставленных вопросов подразумевает наличие ответа на него. В связи с чем было проведено исследование ответов, которые были даны комиссиями экспертов на поставленные вопросы.

Были дополнительно изучены ответы на вопросы, которые являются не корректными (о персонализации, касающиеся оценки ранее проведённых исследований (экспертиз)).

Все 808 анализируемых заключений экспертов по исследуемым недостаткам в оказании медицинской помощи, были условно разделены на три группы:

- касающиеся в основном бездействия медицинских работников, то есть, не выполнения тех или иных лечебно-диагностических мероприятий, а также не своевременного их выполнения (517 заключений, 64,0% от всех анализируемых);

- касающиеся в основном ошибочного действия медицинских работников, то есть, назначения противопоказанных медицинских препаратов, назначения в неправильной дозировке, осложнения медицинских вмешательств (манипуляций) (207 заключений, 25,6% от всех анализируемых);

- сочетания действия и бездействия, чаще всего, несвоевременная

диагностика и лечение осложнений медицинских вмешательств (84 заключения, 10,4% от всех анализируемых).

5.2.1 АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ О НАЛИЧИИ НЕДОСТАТКОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

На первом этапе были изучены ответы на вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи.

Как следует из представленных данных, более, чем в 70% заключений были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи и лишь в одной четверти заключений экспертов, недостатков выявлено не было (табл. 34).

Таблица 34. Частота ответов на вопросы о наличии недостатков в оказании медицинской помощи

ответы о недостатках в оказании медпомощи	всего	в %
да	578	71,5
нет	208	25,7
не представилось возможным	17	2,1
нет ответа	3	0,4
не спрашивают	2	0,2
всего	808	100,0

Положительные ответы на вопросы о наличии НОМП:

- касающихся бездействия медицинских работников в 388 заключениях из 517 (75,0%);

- касающиеся ошибочного действия медицинских работников в 125 заключениях из 207 (60,4%);

- касающиеся сочетания действия и бездействия медицинских работников в 65 заключениях из 84 (77,4%).

Такое распределение ответов на вопросы о правильности оказания медицинской помощи, возможно, связано с осторожностью в оценке осложнений медицинских вмешательств, в связи с чем, этому будет

посвящена глава.

Некоторое относительное превышение количества положительных ответов на вопросы о наличии НОМП в СМЭ, выполняемых по материалам УД и МП, чем по материалам ГД, возможно связано с тем, что граждане обращаются в следственные органы лишь при наличии явных НОМП.

При исследовании частоты выявления НОМП комиссиями государственных и негосударственных экспертных организаций, были получены следующие данные:

а) из 728 заключений, выполненных в ГСМЭУ, в 517 (71,0%) были выявлены недостатки в оказании медицинской помощи, из них:

1) из 25-ти, выполненных в ФГКУ «СЭЦ» СК РФ, в 23-х (92,0%) были выявлены НОМП,

2) из 703 заключений, выполненных только в ГСМЭУ (без учёта ФГКУ «СЭЦ» СК РФ), в 494 (70,3%) были выявлены НОМП;

б) из 80 заключений, выполненных в коммерческих экспертных организациях, в 61 (76,3%) были выявлены НОМП.

Можно констатировать, что существенных различий в частоте выявления НОМП при выполнении СМЭ в ГСМЭУ и негосударственных экспертных организациях, нет.

При всей очевидности необходимости ответов на вопросы о правильности оказания медицинской помощи, в некоторых, их крайне мало, СМЭ, выполненных по материалам врачебных дел, имеются ответы, указывающие на отсутствие единого понимания сущности понятий «недостаток в оказании медицинской помощи», «дефект оказания медицинской помощи», когда оценивались лишь недостатки, состоящие в ППСС с исходом.

Таким образом, даже в решении такого очевидного вопроса, как наличие НОМП, могут быть разночтения.

Таким образом, установлено, что:

- большинство заключений СМЭ по материалам врачебных дел содержат положительные ответы о выявленных НОМП;

- частота выявления НОМП существенно не зависит от сущности недостатка, от вида процесса, а также от принадлежности экспертного учреждения;

- при ответе на вопросы о наличии или отсутствии НОМП, следует придерживаться медицинских знаний о диагностике и лечении той или иной патологии, которые содержатся в положениях об организации оказания медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, а также общепризнанных положениях медицинской науки, отражённых в соответствующих монографиях, научных статьях, в том числе, международных.

5.2.2 АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ О НАЛИЧИИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ВЫЯВЛЕННЫМИ НЕДОСТАТКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НАСТУПЛЕНИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Вопрос о наличии ПСС между выявленными НОМП и наступившими неблагоприятными последствиями (смерть, причинения вреда здоровью, инвалидизация), был поставлен в 706 из 808 анализируемых заключений (87,4%), при этом ответ об оценке причинно-следственной связи содержится в 702 заключениях (86,9% от всех анализируемых заключений).

При этом, вопросы о причинности не являются принадлежностью СМЭ, выполненных в настоящее время. Так, ещё в 1957 году (самые ранние судебно-медицинские экспертизы, изученные из архива РЦСМЭ) комиссии экспертов давали оценку оказанной медицинской помощи и связи неблагоприятного исхода с НОМП.

Таким образом, постановка вопросов, касающихся установления влияния выявленных НОМП на наступление неблагоприятного исхода, то есть, в итоге о наличии ПСС, не является чем-то современным, а повсеместно ставились перед комиссиями экспертов как минимум с 50-ых годов прошлого века.

Таблица 35. Частота ответов на вопросы о наличии ПСС

ответы о причинно-следственной связи	всего	в %
да	188	25,7
нет	377	51,6
косвенная (непрямая) причинно-следственная связь	50	6,8
установить не представилось возможным	83	11,4
нет ответа	29	4,0
не входит в компетенцию	4	0,5
всего	731	100,0

Как следует из полученных в результате анализа данных, спектр ответов на вопрос о наличии или отсутствии ПСС между выявленными НОМП и наступившим неблагоприятным исходом, очень широк (табл. 35).

Так как отсутствие НОМП влечёт за собой безусловный и однозначный ответ об отсутствии ПСС медицинской помощи и наступившего исхода, были изучены ответы на вопросы о ПСС в заключениях, в которых были выявлены НОМП, таких заключений СМЭ в анализе было 541 (табл. 36).

Таблица 36. Частота ответов на вопросы о ПСС между выявленными НОМП и наступлением неблагоприятного исхода

ответы о причинно-следственной связи	всего	в %
есть прямая причинно-следственная связь	188	34,8
прямая причинно-следственная связь отсутствует	219	40,5
установлена косвенная причинно-следственная связь	50	9,2
установить не представилось возможным	66	12,2
нет ответа	16	3,0
не входит в компетенцию	2	0,4
всего	541	100,0

Анализ заключений экспертов показал, что установить наличие или отсутствие ПСС при производстве СМЭ не удалось по нескольким

причинам:

- сочетание тяжести имевшегося у больного заболевания (травмы) и осложнений, с «серьёзностью» допущенных медицинскими работниками НОМП;

- недостатки медицинской документации, которые не позволили в полной мере оценить оказанную медицинскую помощь и однозначно высказаться о наличии (отсутствии) ППСС;

- невозможность однозначно установить исход, чаще всего, причину смерти, по причине не исследования трупа или наличия дефектов в исследовании, а также по причине не предоставления судебно-следственными органами гистологических препаратов внутренних органов умершего.

Далее, была выдвинута гипотеза о разной частоте установления ПСС отдельно для каждого из видов НОМП.

Таблица 37. Частота ответов на вопросы о ПСС между выявленными НОМП и наступлением неблагоприятного исхода (по видам НОМП)

ответы о причинно-следственной связи (отдельно по каждой группе НОМП)	всего	в % от группы	в % от подгруппы
бездействие, прямая ПСС	101	26,0	74,8
бездействие, косвенная ПСС	34	8,8	25,2
действие, прямая ПСС	64	51,2	88,9
действие, косвенная ПСС	8	6,4	11,1
действие-бездействие, прямая ПСС	23	35,4	74,2
действие-бездействие, косвенная ПСС	8	12,3	25,8

Как следует из представленных данных, выдвинутая гипотеза о разной частоте установления ПСС в зависимости от вида НОМП, нашла своё статистическое подтверждение (табл. 37).

Выявленная частота установления ППСС при действии несколько выше средней по всей выборке и почти в два раза выше, чем при выявленных

недостатках в оказании медицинской помощи, относящихся к бездействию, что может быть объяснено отсутствием единого подхода у судебно-медицинских экспертов к решению вопроса о возможности причинения бездействием.

Таким образом, установлено, что:

- вопросы о наличии ППСС между НОМП и наступившим исходом и соответственные им ответы, ставились как минимум с 50-х годов прошлого века;
- ответы на вопросы о наличии ППСС даются в заключениях СМЭ в очень широком диапазоне;
- выявлены причины, по которым комиссиям экспертов не удаётся установить наличие ППСС;
- показано, что чаще всего ППСС устанавливаются с НОМП, которые можно охарактеризовать, как действие.

5.2.3. АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ О ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЁННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ВЫЯВЛЕННЫМИ НЕДОСТАТКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Одним из квалифицирующих признаков преступлений, является причинений вреда здоровью человека, но как показал анализ, лишь 35,0% постановлений и определений содержали вопросы о тяжести вреда, причинённого здоровью человека, выявленными НОМП.

Как следует из представленных данных, спектр ответов на вопросы о тяжести вреда здоровью очень широк (табл. 38).

Для оценки возможного наличия различий в установлении тяжести вреда, причинённого здоровью человека, были отдельно оценены частоты установления вреда здоровью человека (все виды тяжести) и не установление вреда здоровью отдельно для каждого вида недостатков.

Таблица 38. Частота ответов на вопросы о тяжести вреда, причинённого здоровью человека выявленными НОМП

ответы о тяжести вреда здоровью	всего	в %
вред здоровью не причинён	161	53,0
не причинившие вреда здоровью (п. 9 Правил 2008)	1	0,3
лёгкий вред здоровью	5	1,6
средней тяжести вред здоровью	14	4,6
тяжкий вред здоровью	79	26,0
установить не представилось возможным	27	8,9
нет ответа	17	5,6
всего	304	100,0

На следующем этапе исследования была проверена гипотеза о разной частоте установления тяжести вреда, причинённого здоровью человека выявленными НОМП, характеризующимися отдельно бездействием, действием и сочетанием действия и бездействия.

Таблица 39. Частота установления вреда здоровью (по видам НОМП)

ответы о наличии вреда здоровью (отдельно по каждой группе)	всего	в % от группы
бездействие, нет вреда здоровью	90	72,0
бездействие, вред здоровью установлен	35	28,0
действие, нет вреда здоровью	57	55,9
действие, вред здоровью установлен	45	44,1
действие-бездействие, нет вреда здоровью	14	42,4
действие-бездействие, вред здоровью установлен	19	57,6

Как следует из представленных данных, чаще вред здоровью той или иной степени тяжести был установлен комиссиями экспертов при выявленных недостатках в оказании медицинской помощи, которые можно охарактеризовать, как сочетание действия и бездействия (57,6%), а также действием (44,1% от анализируемой группы), в наименьшем относительном

количестве случаев – при бездействии (28,0% от анализируемой группы) (табл. 39).

Данный факт связан, как минимум, с двумя причинами:

- является закономерным продолжением проблемы, причиняет ли бездействие, так как вред здоровью НОМП устанавливается лишь при наличии ППСС с исходом, и именно, с бездействием её установить наиболее сложно;

- в п. 5 Правил 2008 бездействие не упоминается и бездействие медицинского работника не попадает под какой-нибудь фактор внешней среды, с другой стороны в соответствии с п. 25 Правил 2008 возможно установить вред здоровью НОМП вне зависимости от их особенностей.

Выдвинутая выше гипотеза о разной частоте установления тяжести вреда, причинённого здоровью человека выявленными НОМП, в зависимости от их особенностей, нашла своё подтверждение и объяснение.

Таким образом, существующая неопределённость приводит к трудности в оценке вреда, причинённого здоровью человека в результате НОМП.

Таким образом, установлено, что:

- имеется большой спектр ответов на вопросы о тяжести вреда, причинённого здоровью человека НОМП;

- чаще всего вред здоровью человека устанавливается при недостатках в оказании медицинской помощи, которые можно охарактеризовать, как «действие» медицинского работника, что, в том числе, связано с неопределённостью в оценке причинения бездействием.

5.2.4 АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ

О ВОЗМОЖНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Одним из вопросов, которые целесообразно ставить перед комиссией экспертов, является вопрос о возможности наступления благоприятного исхода.

Из 808 заключений, по которым был проведён анализ, в 401 содержались ответы о возможности наступления благоприятного исхода.

Представленные данные указывают на то, что большинство судебно-медицинских экспертов придерживаются мнения, что ответ на вопрос о возможности благоприятного исхода возможен (табл. 40).

Выявленные данные указывают, что комиссиями экспертов возможность наступления благоприятного исхода оценивается примерно в соразмерных пропорциях, вне зависимости от особенностей выявленных НОМП (табл. 41).

Таблица 40. Частота ответов на вопрос о возможности наступления благоприятного исхода

	всего	в %
да	157	39,2
маловероятно	69	17,2
установить не представилось возможным	46	11,5
нет	64	16,0
не входит в компетенцию	30	7,5
нет ответа	35	8,7
всего	401	100,0

Таблица 41 Частота установления и не установления возможности наступления благоприятного (по видам НОМП)

ответы о возможности (отдельно по каждой группе)	всего	в %
бездействие, есть возможность	174	78,4
бездействие, нет возможности	48	21,6
действие, есть возможность	30	75,0
действие, нет возможности	10	25,0
действие-бездействие, есть возможность	22	78,6
действие-бездействие, нет возможности	6	21,4

Таким образом, установлено, что частота установления или не

установления возможности наступления благоприятного исхода не зависит от особенностей (то есть вида) НОМП.

5.2.5 АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ О ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ

Как следует из анализа, в постановлениях и определениях о назначении СМЭ по врачебным делам ставятся в том числе не корректные вопросы, к которым относятся вопросы, касающиеся оценки действия конкретного медицинского работника, необходимости установить конкретного медицинского работника, допустившего НОМП.

В 430 (53,2% от 808 анализируемых) заключениях содержались ответы о действии (бездействии) конкретных медицинских работников, их ответственности (табл. 42).

Некоторые исследователи считают, что комиссия экспертов должна указывать на конкретных медицинских работников, допустивших те или иные НОМП (Ившин И.В., 2005).

Таблица 42. Частота ответов на вопрос о персонализации

ответы о персонализации	всего	в %
да (с фамилией)	101	23,5
да (без фамилии)	56	13,0
установить не представилось возможным	2	0,5
не входит в компетенцию	143	33,3
нет ответа	128	29,8
всего	430	100,0

С точки зрения 1 ст. 58 323-ФЗ, поиск конкретных лиц не входит в область целей медицинской экспертизы, к которой относится и судебно-медицинская. В соответствии с ч. 1 ст. 62 323-ФЗ судебно-медицинская экспертиза проводится в целях установления обстоятельств, к которым относятся в том числе и НОМП, которые и должна выявить комиссия

экспертов при выполнении СМЭ, а поиск лиц, их допустивших, а тем более, определение ответственности и вины – задача правоприменителя.

При наличии в определении или постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы подобных вопросов, комиссии экспертов следует дать на них краткий ответ «Поиск конкретных лиц, а также оценка их действий не входит в компетенцию комиссии экспертов».

Таким образом, установлено, что:

- имеется большой спектр ответов на вопросы о персонализации;
- предложен краткий ответ на подобные вопросы, который согласуется с нормами действующего законодательства.

5.2.6 АНАЛИЗ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОВЕДЁННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

В соответствии с ч. 1 ст. 17. ч. 1 ст. 74, п. 3 ч. 2 ст. 74, ч. 1 ст. 80, ст. 85, ч. 1 ст. 88 УПК РФ, ст. 67, ч. 2 ст. 187 ГПК РФ заключение эксперта относится к доказательствам, которые оценивают суд, прокурор, следователь, дознаватель, оценка доказательств, в том числе, заключений экспертов, экспертами не предусмотрено.

При анализе 808 заключений СМЭ, выполненных по материалам врачебных дел, в 35 из них (4,3% от всех анализируемых) содержались ответы, касающиеся оценки ранее проведённых СМЭ (табл. 43).

Таблица 43. Частота ответов на вопрос об оценке ранее проведённых СМЭ

ответы об оценке СМЭ	всего	в %
оценка дана	21	60,0
не входит в компетенцию	10	28,6
нет ответа	4	11,4
всего	35	100,0

При этом, из 21 заключения, в которых содержится оценка ранее проведённых СМЭ, 16 выполнены негосударственными организациями, и лишь 5 ГСМЭУ. С другой стороны, из 10 заключений экспертов, в выводах которых сообщено, что оценка ранее проведённых СМЭ не входит в их компетенцию, все – государственные экспертные учреждения.

Таким образом, доказано, что:

- оценка выполненных ранее по делу СМЭ не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта;
- чаще всего оценивают ранее данные заключения эксперты негосударственных экспертных организаций.

ГЛАВА 6. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ФАКТУ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ

Рост количества выполняемых СМЭ с одной стороны, с другой, рост количества так называемых социально-значимых уголовных дел в отношении медицинских работников, неизбежно порождают множество проблем на всех этапах выполнения СМЭ.

Большое количество СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел, кроме проблем, влечёт за собой и возникновения различного рода недостатков, которые также присутствуют на всех этапах их производства.

6.1 ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫПОЛНЕНИЕМ СМЭ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Анализ поступающих материалов и выполненных по ним СМЭ, позволил выделить несколько групп проблем, с которыми сталкиваются как судебно-медицинские эксперты, их выполняющие, так и правоприменители. Эти группы связаны как с самим процессом выполнения СМЭ, так и несовершенством современного законодательства:

- законодательные (несовершенство действующего законодательства, регламентирующего, в том числе, выполнение СМЭ);
- организационно-административные: отсутствие действенного контроля за назначаемыми экспертизами в ГСМЭУ, недостаточно полный объём предоставляемых объектов исследования и качество материалов, не удовлетворение ходатайств;
- производственные (организационно-технические): сложность формирования комиссии экспертов, отсутствие единого подхода к решению

ряда ключевых и многообъектность (Шмаров Л.А., 2020).

6.1.1 ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В Российской Федерации ежегодно принимается значительное количество НПА и это как новые, так и поправки к уже действующим, что иногда затрудняет их корректное использование (Макутина М., 2019).

6.1.1.1 КОМИССИОННЫЕ И КОМПЛЕКСНЫЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ

СМЭ должны выполняться с привлечением клинических специалистов, и они выполняются или как комиссионные, или как комплексные. В общем виде – это простое дихотомическое деление, закреплённое в УПК РФ и ГПК РФ, и как всякая классификация, она должна придерживаться определённых правил (Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2014).

Так в ст. 82 и 83 ГПК РФ законодателем использованы несколько оснований для классификации экспертиз, область знания и научное направление. Введение данного основания вносит неопределённость в классификацию экспертиз, то есть, комплексная экспертиза может выполняться экспертами одной области знания, если они принадлежат к разным научным направлениям, а также экспертами различных областей знаний. Таким образом, экспертами одной области знания могут быть выполнены как комиссионная, так и комплексная экспертиза. В данном конкретном случае, нарушено правило разграниченности, т.е. допущена ошибка «нечёткое деление».

Не добавляет ясности в классификацию экспертиз применение другого основания классификации, а именно, оформление заключения эксперта. Так как, с точки зрения ч. 2 ст. 82 ГПК РФ, при оформлении как комплексной, так и комиссионной экспертизы все эксперты подписывают общие выводы, что также является нарушением логического правила разграниченности. Ремарка в ч. 2 ст. 82 ГПК РФ также не добавляет ясности в понимание, в чём состоит

различие комплексных и комиссионных экспертиз.

Вводя в качестве основания для классификации понятия «область знания» и «научное направление», законодатель никак их не расшифровывает. Очевидно, что в законодательстве должны использоваться понятия, которые являются определёнными, то есть имеющие ясное содержание и резкий объём (Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2015). Именно с точки зрения определённости, понятия «область знания» и «научное направление» таковыми не являются.

Не ставит точку в однозначном понимании различия комиссионных и комплексных экспертиз в гражданском праве «Обзор судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам» [217]. В данном случае, Верховный суд фактически поставил знак равенства между понятием «специальность» и «научное направление в пределах одной области знания», никак не обосновывая свою точку зрения, просто констатируя её.

Основанием деления экспертиз на комиссионные и комплексные с точки зрения ст. 200 и 201 УПК РФ является специальность эксперта. Подобная классификация не содержит в себе каких-либо логических ошибок, в отличие от классификации в ГПК РФ, так как основанием классификации является специальность (Шмаров Л.А., 2021).

Оформление заключения комиссионной или комплексной экспертизы с точки зрения положений ст. 200 и 201 УПК РФ также не противоречиво.

Существенным плюсом классификации в УПК РФ является использование более определённого понятия «специальность», которое можно встретить в Приказе 700н. Принятие к действию указанного документа должно привести к необходимости выполнения по материалам врачебных дел комплексных СМЭ, а не комиссионных. В итоге правоприменитель получит некое «лоскутное одеяло» не всегда связанных друг с другом суждений или умозаключений, а не единый процессуальный документ, которым и должна являться СМЭ.

Как показывает анализ выполняемых, по материалам врачебных дел СМЭ, они оформляются, и как комиссионные и как комплексные. То есть, комиссионная судебно-медицинская экспертиза выполняется экспертами имеющими базовое медицинское (лечебное дело, педиатрия, стоматология и т.д.) образование. Комплексный характер экспертиза начинает носить при участии в её выполнении помимо эксперта с базовым медицинским образованием, эксперта с иным базовым образованием.

Неоднозначную классификацию экспертиз с точки зрения комиссионных и комплексных содержит 73-ФЗ. В ст. 21, 22 и 23 73-ФЗ смешаны понятия комиссионной и комплексной экспертизы. Можно лишь предположить, что по смыслу этих статей 73-ФЗ все судебные экспертизы, выполняемые двумя и более экспертами, являются комиссионными.

С позиций, содержащихся в 73-ФЗ можно было изменить классификацию, сделав её соответствующей логическим правилам построения классификаций, например, экспертизы делятся на единоличные и не единоличные, которые в свою очередь на комиссионные и комплексные.

Из п. 93 Приказа 346н следует, что он допускает выполнение по врачебным делам как комиссионных, так и комплексных СМЭ, что порождает закономерный вопрос, когда какую выполнять.

Исторически принято по материалам врачебных дел выполнять комиссионные судебно-медицинские экспертизы (Прозоровский В.И., 1968).

В научной литературе предпринимаются попытки к осмыслению ясного деления экспертиз на комиссионные и комплексные.

В словаре С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой (2006) указано, что специалист – работник в области какой-либо определённой специальности, в свою очередь специальность – отдельная отрасль науки, техники, мастерства или искусства.

В научных публикациях анализ понятия специальность и специалист в действующем законодательстве содержится в работах И.Е. Лобана, Г.И. Заславского и В.Л. Попова (2003). В этих работах авторы предлагают

комиссионными именовать все экспертизы, в которых участвуют лица с базовым медицинским образованием.

Для оценки такого подхода к определению комиссионного или комплексного характера СМЭ по материалам врачебным делам был проведён анализ публикаций в журналах. Так, например, вышли статьи «Анализ комиссионной СМЭ процесса оказания медицинской помощи детям» (Купрюшин А.С., Галеева Р.Т., 2017) и многие другие (Тягунов Д.В., Самойличенко А.Н., 2008; Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., 2012; Пиголкин Ю.И., Мурзова Т.В., Жаров В.В., Зайцев В.В., Мирзоев Х.М., 2012;).

С другой стороны, статьи, обсуждающие выполнение экспертиз с привлечением не медицинских работников, например, автотехников, посвящены выполнению комплексных экспертиз (Васильев А.Ю., 2008).

Меньшая часть исследователей считает, что по материалам врачебным делам необходимо выполнять комплексные экспертизы (Тимерзянов М.И., Оладошкина О.Ю., Селиванова Д.Р., Дементьева М.В., 2015).

Таким образом, в научной судебно-медицинской литературе в большинстве принято, что СМЭ с привлечением различных клинических специалистов являются комиссионными.

Этот тезис согласуется и с положениями Постановления 522, в частности, со ст. 11 и 12, где сказано о необходимости выполнения комиссионных СМЭ при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, повлекшего определённые последствия.

О необходимости выполнения по врачебным делам именно комиссионных СМЭ также указывает объём профессиональных знаний. Объём знаний начинает несколько отличаться у различных медицинских работников лишь на стадии обучения в клинической ординатуре. При этом, объём профессиональных знаний, полученный, например, автотехником, никак не пересекается с объёмом профессиональных знаний медицинского работника, что напрямую указывает на необходимость выполнения в таких

случаях уже комплексных экспертиз (Шмаров Л.А., 2021).

Е.Х. Баринов и Р.Э. Калинин (2019), указывали, что разграничить компетенции специалистов в области медицины очень затруднительно.

Попытки найти более чёткое понимание отличия комиссионных от комплексных экспертиз в иных областях права, не приближают нас к единому пониманию поднятого вопроса, и другие НПА практически повторяют положения УПК РФ [16, 348, 382].

Сказанное привело к тому, что по врачебным делам назначаются как комиссионные, так и комплексные экспертизы, а также «комиссионные комплексные», что противоречит логике, так как экспертиза не может быть одновременно комиссионной и комплексной. Отсутствие единого подхода к особенностям комиссионных и комплексных экспертиз среди юристов, закономерно приводит к этому же и среди экспертов.

В табл. 44 Приложения приведены результаты анализа СМЭ, выполненных по материалам врачебных дел, с точки зрения назначения и выполнения.

Так как соотношение количества назначенных и выполненных комиссионных и комплексных СМЭ не совпадает, на следующем этапе было проанализировано соотношение назначенных комиссионных и комплексных и соответственно им выполненных (табл. 45 Приложения).

Проведённым анализом было установлено, что отсутствие единого понимания у правоприменителей того, какие необходимо назначать СМЭ, а у судебно-медицинских экспертов какие необходимо выполнять, привело к тому, что при назначении, например, комиссионных СМЭ, выполняются и комиссионные, и комплексные, и так далее (табл. 45 Приложения).

Объём специальных познаний у экспертов с базовым медицинским образованием совпадает и лишь в узкоспециальных вопросах он может различаться и порой не количественно, а лишь качественно, на уровне «больше/меньше знаю», «лучше/хуже разбираюсь», т.е. разделение специалистов не дискретное, с чёткой границей между объёмами

специальных знаний, а размытое, с пересекающимися объёмами знаний.

С утверждением о необходимости выполнения по материалам врачебных дел именно комиссионных СМЭ, в которых участвуют специалисты, имеющие базовое медицинское образование («Лечебное дело», «Педиатрия, «Стоматология» и так далее) согласуются положения Приказа 541н [283]. С точки зрения Приказа № 541н понятие специальность шире понятия врач, практически совпадает с предлагаемым в настоящей работе и согласуется с необходимостью выполнения по материалам врачебных дел комиссионные СМЭ с участием специалистов, имеющих базовое медицинское образование.

Таким образом, проведённым анализом действующего законодательства, а также судебно-медицинской экспертной практики было установлено, что по материалам врачебных дел, должны выполняться комиссионные СМЭ.

6.1.1.2 ИНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Анализ позволил выделить ещё несколько проблем:

- оценка степени достижения запланированного результата в заключениях СМЭ по врачебным делам;
- отсутствие ясного понимания, должна ли медицинская услуга быть безопасной;
- насколько применимо понятие «медицинская услуга» в медицине;
- возможность присутствия сторон на различных этапах выполнения СМЭ.

Доказано, что медицинская услуга, а, следовательно, и медицинская помощь, не характеризуются степенью достижения, запланированного результата и понимание этого имеет практическое значение с точки зрения формулирования выводов при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел.

Судебно-медицинскому эксперту при наличии вопроса о достижении запланированного результата оказанной медицинской помощи, следует воздержаться от ответа, сославшись на отсутствие законодательно закреплённых соответствующих медицинских критериев.

Анализом действующего законодательства доказано, что отсутствует необходимость медицинской услуге быть безопасной и при постановке такого вопроса, необходимо воздерживаться от ответа на него.

Применимость понятия «медицинская услуга» для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз

Медицинская услуга является гражданско-правовой категорией, тем не менее, имеющая отношение к практической работе судебно-медицинского эксперта.

Основными противниками исследуемого понятия, являются сами медицинские работники, считающие медицинскую помощь искусством (Давидян Л., 2016).

При этом, при подаче иска в суд, где ответчиком является медицинская организация, суть иска, как правило, сводится к оценке предоставленных медицинских услуг. Так же, при возбуждении уголовных дел в отношении медицинских работников по ст. 238 УК РФ, предметом исследования следственных органов являются предоставленные медицинские услуги.

При этом не всеми признаётся понятие «медицинская услуга», с обоснованием этого тем, что, во-первых, услуга оказывается только за оплату, во-вторых, врачевание – это искусство и никак не может быть услугой.

Подобное отношение к понятию медицинской услуги привело к тому, что в выводах некоторые комиссии экспертов воздерживаются от оценки медицинских услуг, оценивая лишь оказанную медицинскую помощь (которая является более широким понятием, чем медицинская услуга).

Так, при выполнении СМЭ по материалам уголовного дела, возбуждённого по ч. 2 ст. 109 УК РФ комиссия экспертов ответила: «Понятие

«медицинская услуга» является юридическим, определяющим правовые взаимоотношения между медицинской организацией и пациентом. Медицинский персонал оказывает медицинскую помощь». Подход, который применила комиссия экспертов, не соответствует действующему законодательству, и подобный ответ рождает закономерный вопрос, если медицинские работники оказывают только медицинскую помощь, то кто тогда предоставляет медицинскую услугу?

Приведённый пример указывает на то, что судебно-медицинские эксперты должны иметь представление об этой правовой категории для обоснованного ответа на соответствующие вопросы.

В ст. 128 ГК РФ сказано, что «К объектам гражданских прав относятся ... результаты работ и оказание услуг». Сопоставляя положения ст. 779 ГК РФ и ст. 2 323-ФЗ можно заключить, что в медицинской услуге существенным является процесс её предоставления, желаемый эффект лишь предполагается, но не является законодательно закреплённым, при этом, в ст. 2 323-ФЗ сказано о степени достижения запланированного результата, что не является эквивалентом желаемого эффекта.

В отменённом Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и действующем в настоящее время Приказе Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в ст. 3 определены именно медицинские услуги.

Таким образом, проведённым анализом доказано, что судебно-медицинские эксперты должны иметь представление об этой правовой категории для обоснованного ответа на соответствующие вопросы и при выполнении СМЭ необходимо оценивать, в том числе, правильность предоставления медицинских услуг.

Возможность присутствия сторон на различных этапах выполнения судебно-

медицинских экспертиз, а также участия в производстве судебно-
медицинских экспертиз

При выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, от суда и следствия поступают запросы о необходимости присутствия сторон при производстве СМЭ, в том числе, на стадии совещания комиссии экспертов.

Возможность присутствия сторон при производстве СМЭ регламентирована ч. 1 ст. 198 УПК РФ, п. 8 ч. 1 ст. 204 УПК РФ, ст. 24 73-ФЗ, ч. 3 ст. 84 ГПК РФ.

При этом, подразумевая наличие единого правового поля в Российской Федерации, ограничения, накладываемые на присутствие сторон при производстве СМЭ, в уголовном и гражданском праве различаются. Так, в УПК РФ императивно запрещено присутствие сторон при совещании комиссии экспертов и при составлении заключения экспертов. С другой стороны, в ГПК РФ присутствие сторон при составлении заключения и при совещании комиссии экспертов императивно не запрещено.

Очевидно, что подобная ситуация не способствует единообразному восприятию судебно-медицинским экспертом возможности присутствия сторон при производстве СМЭ.

В соответствии с ч. 6 ст. 57 УПК РФ и ч. 2 ст. 85 ГПК РФ эксперт не вправе разглашать сведения, которые стали ему известны. Очевидно, что при присутствии сторон во время обсуждения выводов, при совещании комиссии экспертов – это невозможно. Таким образом, положения гражданского закона, отражённые в ст. 84 и 85, в части касающейся возможности присутствия сторон при совещании экспертов и не разглашении сведений, противоречат друг другу. В силу наличия уголовной статьи (ст. 310 УК РФ), карающей за разглашение данных, ставших известными в том числе, при производстве СМЭ, необходимым является не допущение присутствия сторон при совещании комиссии экспертов и обсуждении выводов.

Несмотря на законодательно закреплённую невозможность присутствия сторон при обсуждении ответов на поставленные вопросы, в некоторых

СМЭ, выполненных по материалам врачебных дел, зафиксирован факт такого присутствия.

Таким образом, проведенным исследованием иных законодательных проблем, установлено, что судебно-медицинский эксперт должен знать, что присутствие сторон при совещании комиссии экспертов недопустимо, даже при наличии на то разрешения суда или следователя.

6.1.2 ОРГАНИЗАЦИОННО-АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В Российской Федерации имеется 91 региональное ГСМЭУ, почти каждое из которых имеет в своём составе отделы (отделения), основная задача которых выполнение СМЭ по материалам дел. В настоящее время нет единого подхода к решению вопроса, может ли региональное ГСМЭУ выполнять за счёт бюджетных средств СМЭ, в том числе, по врачебным делам для суда и следствия из иного региона. Наличие такой возможности позволило бы перенаправить потоки назначаемых СМЭ по врачебным делам в менее загруженные ГСМЭУ.

Оптимизации выполнения СМЭ по врачебным делам и преодоления организационно-административных проблем, может послужить создание несколько уровневой системы судебно-медицинской службы.

При этом, о необходимости создания «региональных центров по выполнению первичных комиссионных СМЭ по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников» высказывались ещё В.О. Плаксин, Б.Л. Гуртовой и В.Б. Обоймаков (1994), а ещё ранее в приложении 1 Инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР 1978 [121]. То есть организационно-административная проблема, касающаяся целесообразного перенаправления потоков назначаемых СМЭ по материалам врачебных дел, насчитывает уже не одно десятилетие.

О существовании организационно-административных проблем высказываются и сами правоприменители (Пискарев В.В., 2015).

О.О. Салагай, И.Ю. Макаров и соавт. (2021) сообщили о создании многоуровневой модели судебно-медицинской службы, в том числе, касающейся выполнения экспертиз по материалам врачебных дел, которая соответствует положениям Распоряжения Правительства РФ от 27.12.2019 г., в котором предусмотрена «Разработка современной модели организации и производства судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз в Российской Федерации» [295]. Возможно, что такая система в виде различных уровней в судебно-медицинской экспертной службе, может войти в некоторое противоречие с положениями, например, ст. 8.1, п. 3 ч. 2 ст. 38 УПК РФ о независимости следователя и суда. Однако, положения действующего законодательства, касающиеся разумного срока расследования уголовных дел и рассмотрения дел в суде, а именно, ст. 6.1 РФ и 6.1 ГПК РФ, корреспондируют к необходимости здравому следованию новой модели судебно-медицинской службы. При этом, ни следователь, ни суд, не ограничены в выборе ГСМЭУ в рамках описанной модели, следуя лишь делению на уровни и назначая судебно-медицинскую экспертизу в любое ГСМЭУ из соответствующего уровня.

Негативным явлением, затрудняющим выполнение СМЭ по врачебным делам в оптимальные сроки, является описанное выше отсутствие обоснования назначения СМЭ в конкретное ГСМЭУ, что неразрывно связано с оптимизацией потоков назначения.

Другим явлением, негативно сказывающемся на длительности выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, является не предоставление необходимого объёма документов, что было выявлено в 94,4% поступивших материалов.

Как было выше доказано, СМЭ по материалам врачебных дел должны выполняться комиссионно, с обязательным привлечением соответствующих клинических специалистов. При этом законодатель обязывает экспертное учреждение согласовывать с лицом, вынесшем постановление или определение о назначении СМЭ по врачебному делу, возможность их

привлечения, и законодательно не запрещено правоприменителю при назначении СМЭ в резолютивной части постановления (определения) наделять руководителя ГСМЭУ правом самостоятельно определять круг клинических специалистов, которые примут участие в производстве СМЭ.

При этом, с подобными проблемами сталкиваются практически все ГСМЭУ (Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков В.Д., 2018).

Таким образом, к оптимизации выполнения СМЭ приведут следующие шаги:

- создание несколько уровневой системы судебно-медицинской службы;
- добиваться предоставления всех необходимых для ответов на поставленные вопросы материалов, в т.ч. направлением соответствующих запросов и ходатайств;
- при оказании консультативной помощи рекомендовать описывать повод назначения СМЭ, а также ставить оптимальное количество вопросов, ответ на которые входит в компетенцию комиссии экспертов.

6.1.3 Производственные (организационно-технические) проблемы, связанные с выполнением судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам

Наибольшее значение для выполнения СМЭ по врачебным делам имеют проблемы, возникающие на различных стадиях выполнения СМЭ.

Все производственные, или организационно-технические, проблемы можно разделить на стадии, связанные с производством СМЭ:

- формирования комиссии экспертов;
- составления исследовательской части заключения;
- формулирования выводов.

Проблемы на стадии изучения предоставленных материалов были подробно освещены в главе, посвящённой недостаткам выполнения СМЭ.

6.1.3.1 ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Доказано, что СМЭ по материалам врачебных дел должны выполняться

с привлечением соответствующих клинических специалистов, при этом, количество привлекаемых специалистов может быть очень вариабельным (Быховская О.А., 1998; Веницкая И.М., 1999; Сергеев В.В., Захаров С.О., 2000; Сергеев Ю.Д., 1998; Томилин В.В., Соседко Ю.И., 2000).

Анализ поступающих материалов, а также выполняемых СМЭ позволил выделить несколько проблем, связанных с участием клинических специалистов:

- участие в экспертизах не входит в трудовую обязанность клинического специалиста;
- не желание клинических специалистов участвовать в экспертизах, особенно, на фоне громких врачебных дел;
- «формализм» в помощи клинических специалистов, а также «корпоративность» среди клинических специалистов;
- трудность в достижении единого мнения среди клинических специалистов, а также судебно-медицинских экспертов.

Участие в производстве СМЭ не входит в трудовую функцию клинического специалиста, и обязывает его участвовать лишь в свободное от основной работы время. Очевидно, что полноценная занятость по основному месту работы затрудняет полноценное участие в выполнении СМЭ, что регламентировано ст. 22 и 60 ТК РФ.

Решений данной проблемы может быть несколько.

Во-первых, в соответствии со ст. 60.1 ТК РФ клинический специалист может быть принят в штат ГСМЭУ и с ним может быть заключён трудовой договор, в т.ч. на долю ставки, в зависимости от востребованности.

Оптимальный перечень необходимых клинических специалистов может быть получен путём изучения статистики выполнения СМЭ в конкретном ГСМЭУ, с определением следующих параметров:

- количество СМЭ, выполненных по материалам врачебных дел в зависимости от основной специальности, к которой имеется претензия;
- количество привлекаемых специалистов каждой из специальностей;

- количество исследованных рентгенограмм, КТ-грамм, ЭКГ-грамм и прочих материалов, потребовавших привлечение сторонних специалистов.

Проведение подобного анализа поможет ГСМЭУ решить задачу оптимального количества клинических специалистов, с которыми возможно заключить трудовой договор и определить долю ставки.

Указанный подход к решению проблемы привлечения к участию в выполнении СМЭ клинических специалистов, имеет свои плюсы и минусы:

а) положительные стороны:

- 1) отсутствует необходимость поиска клинического специалиста,
- 2) клинический специалист, после участия в нескольких СМЭ, имеет полное представление о своих задачах, правах и обязанностях, как эксперта,
- 3) лёгкость достижения единого мнения среди привлекаемых клинических специалистов, что отчасти может быть связано с постоянным участием в выполнении СМЭ по материалам врачебных дел;

б) отрицательные стороны:

- 1) невозможность заключения трудовых договоров со всеми представителями клинических специальностей,
- 2) необходимость поиска другого клинического специалиста, если претензия судебно-следственных органов направлена к медицинским работникам медицинской организации, где он имеет основное место работы.

Другим возможным путём решения данной проблемы является заключение с клиническими специалистами разового гражданско-правового договора на оказание услуг, связанных с производством СМЭ в соответствии со ст. 779 и 780 ГК РФ:

а) положительные стороны:

- 1) возможность привлечения клинических специалистов по любой из специальностей,
- 2) возможность выбора клинического специалиста, наиболее сведущего в конкретной клинической проблеме, что может быть реализовано, например, созданием единой информационной базы в ГСМЭУ по привлекаемым

клиническим специалистам, или привлечением путём соответствующего запроса в региональный Минздрав или в Минздрав России;

б) отрицательные стороны:

1) разовое участие клинического специалиста, ранее не принимавшего участие в производстве СМЭ, сопровождается необходимостью разъяснения ему особенностей этого участия, а также разъяснения всех законодательно закреплённых ограничений на участие,

2) отказы клинических специалистов от участия в производстве СМЭ после предварительного изучения материалов, связанное с личным негативным отношением к сути уголовного или гражданского дела,

3) иногда значительное время на поиск соответствующего клинического специалиста.

Таким образом, привлечение клинических специалистов к участию в производстве СМЭ по врачебным делам возможно несколькими путями, и, возможно, что наиболее оптимальным путём является сочетание одного и другого способа.

К частично схожим выводам пришли С.В. Ерофеев и Н.С. Эделев соавт. (2017), которые предложили три варианта привлечения клинических специалистов, а именно, заинтересовать материально, морально и принудительно.

Для преодоления формализма в помощи клинических специалистов и достижения единого мнения, целесообразно учитывать следующее.

В ч. 1 ст. 37 323-ФЗ перечислены документы, в соответствии с которыми должна оказываться медицинская помощь, и которыми целесообразно пользоваться комиссии экспертов. Также целесообразно использовать информацию, отражённую в соответствующих монографиях, научных статьях, в том числе, международных. Используя информацию, содержащуюся в указанных документах и соотнеся её с мнением привлекаемого клинического специалиста и с оказанной подэкспертному

медицинской помощью, возможно минимизировать вышеуказанные проблемы, возникающие при привлечении клинических специалистов.

Таким образом, показано, что:

- привлечение к участию в производстве СМЭ по материалам врачебных дел связано с несколькими проблемами;
- привлечение клинических специалистов к участию в производстве СМЭ по врачебным делам возможно несколькими путями;
- при обсуждении и формулировании выводов судебно-медицинской экспертизы необходимо использовать документы, указанные в ч. 1 ст. 37 323-ФЗ, а также монографии, научные статьи, в том числе, международные.

6.1.3.2 ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫПОЛНЕНИЕМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НА СТАДИИ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ВЫВОДОВ

Проведённый анализ ответов на поставленные вопросы, показал большой разброс в подходе к ответам на них.

6.1.3.2.1 ПРОБЛЕМЫ В ФОРМУЛИРОВАНИИ ОТВЕТОВ О ПРАВИЛЬНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При ответе на вопросы, касающиеся оценки оказанной медицинской помощи, возникали проблемы, связанные с оценкой конкретной клинической ситуации, то есть не связанные с судебной медициной, а связанные с другими факторами, такими, как, наличие нескольких школ, по-разному трактующих подходы к оказанию медицинской помощи при определённых заболеваниях и травмах, личным опытом привлекаемых клинических специалистов, не всегда совпадающим с положениями, изложенными, в том числе в Национальных руководствах и Клинических рекомендациях, что приводит к тому, что, оценивая одну и ту же клиническую ситуацию, комиссии экспертов приходят к диаметрально противоположным выводам.

На необходимость использования действующих на момент оказания медицинской помощи, НПА, высказывались А.В. Ковалев, И.В. Плетянова, В.А. Фетисов (2014), И.В. Ившин (2005), Ю.Е. Кузнецова (2015).

Обоснование в выводах СМЭ собственных суждений о правильности оказания медицинской помощи, ссылками на действующие НПА, поможет, в том числе, преодолеть имеющиеся различные подходы к диагностике и лечению заболеваний, отражённые в медицинской литературе.

Однако, необходимость ссылки на НПА при оценке правильности оказания медицинской помощи порождает правовую неопределённость, в частности, касающуюся необходимости оценки медицинской помощи с точки зрения её соответствия стандартам оказания медицинской помощи, о чём высказывались уже много лет назад (Гогин Е.Е., 1981).

Установление соответствия оказанной медицинской помощи стандартам медицинской помощи, является медико-экономическим контролем качества оказания медицинской помощи и осуществляется в рамках экспертизы качества медицинской помощи, на что указывают следующие положения НПА:

- в соответствии со ст.ст. 37, 58 62 и 64 323-ФЗ есть восемь видов медицинских экспертиз;

- в ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также в ст. 27 и 28 Приказа Минздрава России № 36н, указано кем и с какой целью проводится экспертиза качества медицинской помощи [278, 381];

- в соответствии с Письмом Министерства здравоохранения РФ № 13-2/10/2-3113, согласно которому стандарты медицинской помощи являются основой для установления размера страхового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования [246].

То есть, стандарты оказания медицинской помощи могут иметь для судебно-медицинского эксперта лишь ориентирующее значение, но никак не обязательное и определяющее.

При этом, вопросы касающиеся оценки оказанной медицинской помощи с точки зрения её соответствия или не соответствия имеющимся Стандартам оказания медицинской помощи, в настоящее время ставятся, как при назначении СМЭ по материалам ГД, так и УД.

Отсутствие среди судебно-медицинских экспертов единого понимания о необходимости ответов на вопросы, касающиеся оценки оказанной медицинской помощи с точки зрения её соответствия стандартам, возможно, является отражением подобного отсутствия и среди юристов.

В некоторых диссертационных исследованиях авторы призывают использовать именно стандарты оказания медицинской помощи для оценки её правильности (Пашинян А.Г., 2005; Арутюнян Г.Б., 2011).

Таким образом, при ответах на вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи, необходимо использовать:

- положения действующих на момент оказания медицинской помощи, НПА, регламентирующих оказание медицинской помощи при соответствующей патологии, Клинические рекомендации, специальную литературу, в том числе, зарубежную, личный опыт клинических специалистов, привлекаемых к участию в выполнении судебно-медицинской экспертизы по врачебному делу, в части, не противоречащей перечисленным выше документам;

- при оценке правильности оказания медицинской помощи не следует её оценивать с точки зрения соответствия Стандартам оказания медицинской помощи.

6.1.3.2.2 ПРОБЛЕМЫ В ФОРМУЛИРОВАНИИ ОТВЕТОВ О НАЛИЧИИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ВЫЯВЛЕННЫМИ НЕДОСТАТКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НАСТУПИВШИМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Проведённый анализ заключений СМЭ по врачебным делам выявил несколько групп проблем в установлении ППСС недостатков в оказании

медицинской помощи и наступивших последствий, по которым имеются различные мнения в выводах заключений экспертов:

- кто устанавливает наличие ПСС (судебно-медицинский эксперт, комиссия экспертов, правоприменитель (дознаватель, следователь, суд));
- следует ли с точки зрения наличия или отсутствия ПСС оценивать оказанную медицинскую помощь в совокупности или, при наличии таких вопросов в постановлении или определении, оценивать каждый из выявленных НОМП отдельно;
- должна ли быть только прямая ПСС, или могут быть косвенные, опосредованные и иные причинные связи;
- может ли быть ППСС между неоказанием (полным или частичным) медицинской помощи и неблагоприятным исходом;
- возможно ли наличие несколько ППСС в выводах экспертов, или может быть только одна (Шмаров Л.А., 2021).

Проблема оценки наличия или отсутствия ПСС насчитывает уже не менее двух веков (Сергеевский Н.Д., 1880).

Кто устанавливает наличие причинно-следственной связи

При анализе СМЭ были выявлены три группы ответов:

- решение вопроса не входит в компетенцию комиссии экспертов;
- решение вопроса возможно в рамках выполнения СМЭ, спектр субъектов, решающих этот вопрос широк, от всей комиссии экспертов, до судебно-медицинского эксперта единолично;
- промежуточный вариант: комиссия экспертов устанавливает признаки ПСС, а правоприменитель собственно ПСС.

В наименьшем количестве заключений экспертов, в данном анализе лишь в четырёх из 808-и анализируемых, сказано, что установление ПСС не входит в компетенцию комиссии экспертов, так как, она является объективной стороной преступления, которую должен устанавливать правоприменитель. Однако, подобная точка зрения не основана на

действующем законодательстве.

В ст. 58 323-ФЗ законодатель закрепил одной из задач медицинской экспертизы – установление ПСС с событием, к которому можно отнести НОМП. При этом, п. 4. ч. 2. ст. 58 323-ФЗ СМЭ отнесена к медицинским экспертизам.

Вопросы о причинности разрешаются во многих видах медицинских экспертиз, например, при выполнении военно-врачебной экспертизы [270], экспертизы связи заболевания с профессией [278].

Таким образом, законодательно закреплена необходимость решать вопросы о ПСС состояния здоровья и события (к которому можно отнести и НОМП) в рамках выполнения СМЭ.

Такая аргументация совпадает с точкой зрения Верховного суда Российской Федерации, который в своих определениях от 14 октября 2019 года № 80-КГ19-13 и от 18 февраля 2019 года № 71-КГ18-12 сообщил, что «Вопрос о наличии ПСС дефектов оказания медицинской помощи с наступлением смерти пациента требует специальных знаний в области медицины».

Таким образом, с точки зрения действующего законодательства, а также правоприменительных актов, ПСС устанавливается при выполнении СМЭ.

Отсутствие единого подхода у судебно-медицинских экспертов в данном вопросе является своеобразным отражением отсутствия единого решения данного вопроса у юристов.

Часть юристов считает, что установление ПСС прерогатива правоприменителя (Малинин В.Б., 1999; Ревин В.П., 2016). Другие считают, что формулировании выводов комиссия экспертов устанавливает признаки причинности, а правоприменитель саму ПСС между выявленными НОМП и неблагоприятным исходом (Захаров С.О., 2005; Кузнецова Ю.Е., 2015).

Таким образом, с точки зрения некоторых авторов, правоприменитель, должны устанавливать наличие ПСС, но нигде не сказано, что он не может

воспользоваться уже установленным комиссией экспертов фактом наличия этой связи.

С другой стороны, М.И. Тимерзянов с соавт. (2015) наделяют судебно-медицинского эксперта исключительной компетенцией установления ПСС, без участия клинического специалиста.

С положением о необходимости именно комиссии экспертов отвечать на вопросы о ПСС, согласуются мнения некоторых юристов, занимающихся преступлениями, связанными с НОМП (Петрова Т.Н., 2017; Сухарникова Л.В., 2006).

А.Г. Пашинян (2005), Е.Х. Баринов (2014) пришли к выводу, что именно комиссия экспертов устанавливает ПСС оказанной в целом медицинской помощью и исходом.

Таким образом, никто из юристов не утверждает, что комиссия экспертов, не может устанавливать наличие или отсутствие ПСС между НОМП и наступившими последствиями.

На основе проведённого анализа действующего законодательства и научных работ судебных медиков и юристов доказано, что именно комиссия экспертов при выполнении СМЭ должна устанавливать наличие ПСС, а правоприменитель может воспользоваться ПСС уже установленной экспертами и дать ей собственную оценку.

Следует ли с точки зрения наличия или отсутствия причинно-следственной связи оценивать оказанную медицинскую помощь в совокупности

Анализ показал, что часть постановлений и определений содержит вопросы, касающиеся оценки с точки зрения причинности и вреда здоровью, отдельно каждого этапа оказания медицинской помощи, каждой медицинской манипуляции. Часть комиссий экспертов оценивает медицинскую помощь в точности с поставленными вопросами, то есть оценивает ПСС и вред, причинённый здоровью человека с каждым из выявленных НОМП, другая часть объединяет поставленные вопросы и оценивает медицинскую помощь в

совокупности. Подобная ситуация порождает закономерный вопрос, а как в данном случае поступать?

Действующее законодательство напрямую ничего не говорит о такой ситуации. При наличии пробела в законе возможно воспользоваться аналогией закона (Лазарев В.В., 1974). В данном конкретном случае, положения Правил 2008 позволяют это сделать, так как применяемая в данном случае аналогия закона регулирует похожие правовые нормы, то есть аналогия закона – это применение в «пробельной» ситуации сходной конкретной нормы права. Так, в соответствии с п. 13 и п. 25 Правил 2008 можно расценить НОМП в совокупности, применив аналогию, т.е. восприняв их, как отдельные повреждения, усугубляющие друг друга, что позволяет оценивать выявленные НОМП в совокупности, как по наличию или отсутствию ППСС с неблагоприятным исходом, так и по тяжести вреда.

Возможность объединения ответов на поставленные вопросы, в данном случае, ответы о наличии или отсутствии ППСС выявленных НОМП с неблагоприятным исходом, предусмотрена п. 29 Правил 2008.

Об этой проблеме высказывалась А.Г. Пашиян (2005), которая указывала, что медицинская помощь при выполнении СМЭ должна оцениваться в целом.

Таким образом, при наличии вопросов, касающихся установления ППСС между выявленными НОМП на различных этапах и при различных медицинских манипуляциях и неблагоприятным исходом, возможно и целесообразно объединять такие вопросы и давать один ответ, при этом такое объединение не противоречит действующему законодательству.

Должна ли быть только прямая причинно-следственная связь, или может
быть косвенная (опосредованная, непрямая)

В основных НПА, регламентирующих в том числе назначение экспертиз и их оценку, в УПК РФ, УК РФ, ГПК РФ, ГК РФ, словосочетания прямая или косвенная причинно-следственная связь отсутствуют.

Тем не менее, словосочетание «прямая причинно-следственная связь» встречается в ст. 10 Федерального закона от 28.03.1998 № 52-ФЗ.

С другой стороны, ни в одном НПА ничего не сказано о косвенной (опосредованной, не прямой) связи.

С необходимостью установления именно ППСС согласуется судебная практика Высших судов, которая нашла своё отражение в определениях Верховного суда Российской Федерации и постановлениях Арбитражного суда Российской Федерации [224, 225, 264].

В правоприменительных документах Высших судов Российской Федерации встречается только ППСС. При этом, в решениях судов первой, а также апелляционной инстанций по гражданским делам иногда можно встретить упоминание косвенной ПСС. При этом, иногда, суд самостоятельно устанавливает наличие косвенной ПСС между выявленными НОМП и наступлением неблагоприятного исхода. Судом косвенная связь устанавливалась лишь при разрешении ГД, и при изучении судебной практики, ни разу при рассмотрении судом УД.

Таким образом, наличие косвенной ПСС может иметь некоторое значение лишь при рассмотрении ГД, когда её наличие может послужить основанием для частичного удовлетворения иска гражданина к медицинской организации, но в объёме меньшем, чем если бы имела место ППСС. Очевидно, что такой подход не приемлем при рассмотрении УД в отношении медицинского работника.

Установление ПСС НОМП и неблагоприятного исхода напрямую связано с оценкой тяжести вреда, причинённого здоровью человека. Квалификация вреда здоровью регламентируется Правилами определения тяжести вреда, причинённого здоровью, которые выходили в РСФСР, СССР и Российской Федерации в разное время.

Так, в Правилах 1922, 1928, 1961 отсутствует упоминание о необходимости установления каких бы то ни было причинных связей. И лишь в Правилах 1978 в п. 31 впервые появляется упоминание о

необходимости судебно-медицинским экспертам высказываться о ПСС. Подобная норма перешла без каких-либо изменений и в п. 19 Правил 1996. Цитируемые НПА никак не раскрывают суть проблемы, то есть, что именно имеется в виду под словосочетанием «в какой причинной связи» - следует ли судебно-медицинскому эксперту высказаться о наличии или отсутствии прямой ПСС или он должен высказываться и об иных связях (косвенные, опосредованные, не прямые).

В Правилах 2008 также не указано, стоит ли устанавливать именно ППСС или можно устанавливать и иные связи, так, в п. 25 сказано про обусловленность.

В первых Методических рекомендациях 1993 года, посвящённых выполнению СМЭ по судебным делам, сказано, что «Эта связь может быть прямой ... либо косвенной» (Плаксин В.О., Кинле А.Ф., Вермель И.Г., Горощеня Ю.Б., 1993). Хотя Методические рекомендации 1993 года и предполагают установление и прямой, и косвенной ПСС, при этом они никак не помогают в решении вопроса, когда какую связь ставить?

В следующих Методических рекомендациях Минздрава России, которые были подготовлены в 2015 и в 2017 годах указан возможный путь решения вопроса установления прямой ПСС между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017).

Положения Методических рекомендаций 2015 и 2017 годов соответствуют некоторым учебникам по юриспруденции. Так, в учебнике по гражданскому праву сказано, что «наличие же косвенной (опосредованной) связи ... лежит за пределами конкретного случая, а стало быть, и за пределами юридически значимой причинной связи» (Сергеев А.П., 2005).

Проблеме причинности посвящено множество публикаций и научных работ. В монографиях чаще говорится просто о ПСС, однако она употребляется в смысле, совпадающем с прямой связью (Малинин В. Б., Парфенов А.Ф., 2004).

Н.В. Мирошниченко (2007) указывает, что «между неблагоприятными последствиями и действиями медицинского работника отсутствует прямая причинная связь, смерть или вред здоровью является результатом вмешательства иных факторов (поступков, событий)».

С другой стороны, В.Л. Попов и О.А. Егорова (2013) указывали на необходимость установления опосредованной связи, при наличии НОМП, выражающихся бездействием, т.к. они сами по себе причиной не являются, но являются неблагоприятным фактором.

А.П. Божченко (2020) фактически пришёл к выводу о важности именно ППСС, особенно в уголовном судопроизводстве, указывая на необходимость использования и косвенной ПСС, что имеет своё применение в гражданском судопроизводстве.

И.М. Лузанова (2007) для разделения прямой и косвенной связи использовала среднюю сумму «количества значимых дефектов, которые обусловили исход (прямая связь) или могли ему способствовать (косвенная связь)».

Приведённые данные указывают на повсеместную применимость понятия «прямая причинно-следственная связь» и в большинстве случаев не применимостью понятия «косвенная (непрямая, опосредованная) причинно-следственная связь» (табл. 46).

Таблица 46. Использование понятий прямая и косвенная связь

Источник	ППСС	КосПСС
Кодексы (УПК РФ, ГПК РФ, УК РФ, ГК РФ)	-	-
Федеральные законы	+	-
Определения ВС РФ, Постановления ВАС РФ	+	-
Решения судов по материалам ГД	+	±
Правила определения тяжести вреда, причинённого здоровью человека	+	±/-
Методические рекомендации	+	±
Научные работы	+	+

Таким образом, в выводах СМЭ необходимо обосновать наличие или отсутствие прямой ПСС, или высказаться, что комиссия экспертов не смогла установить ни её наличие, ни отсутствие по тем или иным причинам.

Может ли быть прямая причинно-следственная связь между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом

В части анализируемых заключений отрицательный ответ о причинности был обоснован тем, что НОМП в виде невыполнения тех или иных лечебно-диагностических мероприятий не могут состоять в причинной связи с исходом, так как не обладают признаками причины, то есть не существуют в объективном мире.

Проведённый анализ заключений показал наличие диаметрально противоположных подходов к возможности установления ПСС между НОМП в виде бездействия и наступившими неблагоприятными последствиями.

Оценка бездействия не является исключительным предметом настоящего времени и именно проблемой Российской Федерации. В УК ФРГ совершение преступления в виде бездействия прописано очень детально и многие положения УК ФРГ могут быть использованы при оценке бездействия при выполнении СМЭ по врачебным делам.

Так, в параграфе 8 УК ФРГ, регламентирующем время деяния сказано, что оно «является совершенным в то время, в которое исполнитель или соучастник действовал, или в случае бездействия должен был бы действовать. Время наступления последствий значения не имеет» [373]. Одним из аргументов противников каузальности бездействия, является тот, что бездействие не имеет начала и не имеет своего завершения, то есть неоказание медицинской помощи не может быть начато и закончено. Т.е., бездействие медицинского работника начинается, когда он должен был начать оказывать медицинскую помощь, а именно, в момент, например, поступления больного в медицинскую организацию, прибытия медицинского работника по

вызову к больному и так далее.

С подобным положением согласуются работы советских юристов (Кудрявцев В.Н., 1960, 1967; Церетели Т.В., 1963).

Таким образом, сказанное может быть использовано и при выполнении СМЭ по врачебным делам при экспертной оценке НОМП в виде неоказания.

В СССР после Октябрьской революции на волне всплеска количества врачебных дел, судебно-медицинские эксперты подразумевали возможность оценки именно бездействия медицинских работников (Заявление Акушерско-Гинекологического Общества..., 1926).

В настоящее время бездействие является составной частью законодательства Российской Федерации. Из смысла ч. 1 и ч. 2 ст. 14 УК РФ следует, что преступление – это деяние, которое может быть, как в виде действия, так и в виде бездействия (Лебедев В.М., 2017).

Действующее в Российской Федерации законодательство, в частности, ст. 124 УК РФ, посвящено неоказанию помощи больному, то есть бездействию, должно повлечь неблагоприятные для него последствия.

Таким образом, современное Российское законодательство подразумевает совершение деяния путём неоказания медицинской помощи, являющееся одним из вариантов бездействия, должно оцениваться при выполнении СМЭ. При этом мнения как судебных медиков, так и юристов по данному вопросу разнятся.

Квинтэссенцией невозможности установления ППС с бездействием является умозаключение И.Г. Вермеля (1988): «Причиной какого-то явления не может быть то, чего в действительности не было. Поэтому отсутствие оперативного лечения не должно считаться причиной смерти».

В цитируемом высказывании И.Г. Вермель исследует лишь один из аспектов причинности, в данном случае, биологический. И очевидно, что если установлено, что причиной смерти явился острый аппендицит, то, например, пневмония ею уже быть не может. Зато с точки зрения множественности причин и следствий, о чём высказывался, например, Джон

Маки (1974), со смертью от острого аппендицита может состоять в ПСС множество явлений и каждое из множества этих явлений может характеризоваться, как действие, часть, как бездействие, например, не выполнение абсолютно показанного оперативного вмешательства.

С другой стороны, В.А. Клевно (2009) указывает, что НОМП может быть, как в виде действия, так и бездействия, а дефект – это тот НОМП, который находится в ППСС с исходом. Т.е. НОМП в виде бездействия, по мнению В.А. Клевно, может находиться в ППСС с неблагоприятным исходом.

В «Руководстве по судебной медицине», вышедшем под редакцией проф. В.В. Томилина (2001), был приведён пример, правильной, по мнению авторов, оценки бездействия медицинских работников, когда комиссией экспертов была обоснованно установлена ППСС неблагоприятного исхода (смерть от пневмонии) с отказом от госпитализации, т.е. с бездействием.

Г.А. Пашинян и И.В. Ившин (2006) неизменным условием ППСС исхода с бездействием указали предотвратимость неблагоприятного исхода. Однако, авторы никак не раскрыли, должна ли быть эта предотвратимость абсолютной, то есть наступать всегда, в 100% случаев, или лишь в какой-то части случаев. Этой проблемы коснулась Е.В. Островская (2002), которая пришла к выводу, о том, что ППСС НОМП в виде бездействия и исходом может быть установлена лишь при условии практически 100% гарантии благоприятного исхода при отсутствии НОМП, например, при не проведении противошоковых мероприятий при анафилактическом шоке, при кровотечении, внутричерепном кровоизлиянии. При этом, не раскрывая, насколько близко к 100%, с её точки зрения, лежит область «практически», 99%, 95%, 80% или иное значение. И вряд ли возможность наступления благоприятного исхода при массивном кровотечении, при субдуральной гематоме, потребовавшей проведения декомпрессионной трепанации, при развитии тяжёлого анафилактического шока, лежат совсем рядом со 100%. Так, например, по данным зарубежных авторов, смертность от анафилаксии

составляет до 0,0001% (Panesar S, Javad S, de Silva D et al., 2013), а летальность - до 1% (Mehr S, Liew W, Tey D, Tang M., 2009; Simons F, Arduoso L, Bilò M et al., 2011). Однако такая статистика касается всех видов анафилактического шока, очевидно, что при развитии анафилактического шока 4 степени, со злокачественным течением, летальность будет существенно выше (Смагин А.Ю., Кулябина О.В., 2019; Клинические рекомендации «Анафилактический шок»..., 2021). И возникает вопрос, стоит ли устанавливать ППСС с неблагоприятным исходом при неоказании медицинской помощи больному только с анафилактическим шоком первой степени тяжести, или со второй и так далее.

Ю.И. Соседко с соавт. (2010) пришли к выводу, что «позднее проведение операции по поводу подкапсульных разрывов селезёнки приводит к развитию осложнений в послеоперационном периоде с летальным исходом». Авторы фактически поставили не выполнение операции (позднее выполнение, то есть не выполнение в необходимый промежуток времени) в ПСС с наступлением летального исхода.

А.В. Березников (2011), изучая недостатки оказания терапевтической помощи, выделил несколько групп клинических случаев, вторая группа «где не оказание помощи или оказание ненадлежащей помощи в подавляющем большинстве приводит к негативным исходам, тогда как оказание надлежащей помощи в какой-то степени позволяет спасти жизнь и здоровье» и третья группа «при которых ненадлежащая медицинская помощь усиливает активность патологического процесса, что приводит к негативным исходам», характеризуют недостатки оказания медицинской помощи, состоящие в том числе и в неоказании, как состоящие в ППСС с неблагоприятным исходом.

Н.А. Савич и соавт. (2012), изучая возможность причинной оценки бездействия медицинского работника, в своей работе указали на возможность причинения тяжких последствий больному неоказанием медицинской помощи и необходимости медицинскому работнику иметь представление о необходимости их предупреждения.

А.В. Максимов (2015) подошёл к возможности установления ППСС бездействия (недооценка, не выявление, недостаточное лечение) с неблагоприятным исходом, при выявлении таких недостатков, которые привели к более значимым.

Ю.В. Сидорович (2017), изучая НОМП инфекционным больным и их последствия, пришла к выводу, что несмотря на большой процент установления наличия НОМП, ППСС по её точке зрения, устанавливается только при действии (инфицирование младенца), но это одно из мнений противника каузальности бездействия.

И подобных примеров от сторонников и противников каузальности бездействия среди судебно-медицинских экспертов можно привести много.

Среди юристов также нет единства в данном вопросе, так советский учёный-юрист М.Д. Шаргородский (1956) указал, что «Дом не может сгореть и смерть не может наступить от бездействия», что практически согласуется с высказанным позднее мнением И.Г. Вермеля.

С другой стороны, Н.А. Бабий (2009) отмечал, что «создающее опасность бездействие или поставленное в опасность является волевым изменением причинно-следственных взаимосвязей, ... и позволяет называть такое бездействие бездействием, приравненным к действию, и утверждать о наличии причинной связи между таким бездействием и последствием».

Специалисты в области философии также признавали возможность наличия ППСС бездействия со следствием. Так, Ю.А. Кузьмин (2020) указывал, что причинная связь может быть определена и через закономерность. И именно закономерность может привести к установлению причинной связи бездействия со следствием, неблагоприятным исходом.

Таким образом, никто не привёл неопровержимых доказательств акаузальности бездействия, что позволяет рассматривать возможность установления ППСС между неоказанием медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом (Шмаров Л.А., 2021).

Таким образом, показано, что действующее законодательство

Российской Федерации и ряда стран, подразумевают каузальность бездействия, и отсутствуют явные препятствия для установления ППСС между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

Возможно ли наличие нескольких прямых причинно-следственных связей

Принятие возможности установления ППСС между НОМП, которые характеризуются бездействием и наступлением неблагоприятного исхода, порождает ещё одну проблему, которая практически всегда встаёт перед комиссиями экспертов в исследуемой ситуации. Не требует какого-либо обоснования, что при допущении НОМП в виде бездействия, смерть больного (пострадавшего) наступает от заболевания (травмы) и их осложнений. И очевидным в такой ситуации является установление ППСС между имевшимся заболеванием (травмой) и наступлением неблагоприятного исхода (смерть, инвалидизация и так далее), что порождает закономерный вопрос, а насколько правильно установить ещё одну ППСС, уже между бездействием медицинского работника и неблагоприятным исходом? В анализируемых заключениях экспертов имелись следующие варианты решения данного вопроса:

- наличие ППСС заболевания (травмы) со смертью исключает её наличие с бездействием медицинского работника;
- наличие ППСС заболевания (травмы) со смертью, в связи с чем бездействие медицинского работника находится в косвенной причинной связи с исходом;
- наличие ППСС бездействия медицинского работника с исходом, влечёт установление косвенной связи или её отсутствие между заболеванием (травмой) и смертью;
- наличие ППСС заболевания (травмы) со смертью, а также её наличие с бездействием медицинского работника (Шмаров Л.А., 2021).

Как было обосновано, установление косвенной связи не отвечает запросам, которые должна решать СМЭ, она лежит вне юридически значимой

связи, в связи с чем следует избегать её установления в заключениях экспертов.

В контексте рассматриваемой проблемы необходимо в самом начале её изучения определиться, в чём же именно состоит множественность причин и следствий, а также множественность причинно-следственных связей.

С точки зрения Ф. Энгельса, причина и следствие лишь некие условности, отношение к которым могут меняться в зависимости от точки зрения и эти условности лишь часть всеобщей паутины причинно-следственных взаимоотношений (Энгельс Ф., 1941; Маркс К., Энгельс Ф., 1961). Очевидно, что такая паутина содержит бесконечное число причинных связей и ничто не мешает одновременно существовать бесконечно большому их числу.

И.Г. Вермель (1988), отрицал возможность установления нескольких ППСС. Критикуя заключение экспертов, в котором было установлено, что причиной смерти больной стало маточное кровотечение, потом высказались и о влиянии на наступление смерти НОМП, указал, что «такое заключение вместо внесения ясности способно лишь запутать дело».

Цитируемая позиция И.Г. Вермеля не является бесспорной, так как исследование возможности наступления смерти вследствие допущенных НОМП, не будет исследованием в плоскости биологии или патофизиологии – это будет исследованием в плоскости судебной медицины, в данном конкретном случае, изучающем влияние именно НОМП на наступление неблагоприятного исхода.

М.И. Авдеев (1957) высказывался о том, что с его точки зрения, с одной стороны существует социально опасное деяние (причинение телесных повреждений), которое привело к неблагоприятному исходу (наступлению смерти) и оно состоит в ПСС с этим исходом. С другой стороны, имеются НОМП, которые также могут состоять в причинной связи с неблагоприятным исходом, но это никак не должно отражаться на установлении причинной связи с фактом причинения повреждений, что и характеризует согласие с

возможностью установления нескольких ППСС с одним исходом, но установлением с различных точек зрения.

С мнением М.И. Авдеева совпадает подход, высказанный советским юристом В.Н. Кудрявцевым (1960), который по схожей проблеме высказывался, что «бездействие врача в современных условиях не может изменять юридическую оценку совершенных первым лицом преступных действий».

О проблеме множественности причинных связей, множественности причин неоднократно высказывался исследователь причинности в судебной медицине В.Т. Воронов (2014), который указывал на возможность порождения разными причинами одного следствия, т.е. одно и то же следствие, смерть больного (пострадавшего), могут быть порождены заболеванием (травмой) с одной стороны, НОМП с другой.

Ю.М. Хрусталева (2005), изучая эту проблему указывал, на существование многопричинности. Признание многопричинности, даже если в ряде случаев объяснение этого явления затруднено, не исключает его наличия.

Требование Методических рекомендаций 2017 о необходимости установления ППСС каждого недостатка оказания медицинской помощи, подразумевает возможность наличия двух и большего их количества (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017).

С точки зрения логики следует выяснить, могут ли одновременно иметь место два суждения «между имевшимся у больного заболеванием и наступлением его смерти имеется ППСС» и «между НОМП больному в виде невыполнения необходимых диагностических и лечебных мероприятий и наступлением его смерти имеется ППСС».

Суждения, касающиеся установления ПСС заболевания (повреждения) со смертью и отдельно, касающиеся причинной оценки НОМП являются несравнимыми, так как несравнимыми являются суждения, имеющие разные субъекты или предикаты, в данном случае, разными являются субъекты

(заболевание (повреждение) в одном случае и недостаток оказания медицинской помощи в другом) (Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008).

В свою очередь, сравнимыми являются суждения с одинаковыми субъектами и предикатами и различающиеся связкой или квантором, как вышеприведённые пары суждений о наличии или отсутствии ППСС между заболеванием и смертью и отдельно между оказанной медицинской помощью и смертью. Таким образом, исходя из определений сравнимости суждений, пара суждений о ПСС заболевания со смертью и НОМП со смертью являются не сравнимыми, что указывает на возможность их одновременного существования с точки зрения логики.

Милль считал, что, «Неверно, что... одно следствие должно быть связано только с одной причиной или одним набором условий... Многие причины могут порождать механическое движение, ... многие причины могут порождать смерть» (Mill, J.S., 1843). То есть, следствие в виде неблагоприятного исхода (смерти) не обязательно следует только из заболевания или повреждения и их осложнений. Она также может следовать и от других причин, например, НОМП или каких-либо иных причин, в зависимости от точки зрения исследователя и стоящих перед ним задач.

Подобного мнения придерживается Джозеф О'Коннор и Иан Макдермотт (2020), пришедшие к выводу, что «не существует ошибочных углов зрения, есть такие, которые кажутся нам полезными, и другие, в которых мы не видим толку. А полезность – это личное, оценочное суждение, основанное на прежнем опыте». Следует учитывать, что установление ППСС заболевания со смертью – это один из возможных ракурсов, которых, при всём их богатстве, может быть много.

Вильям Минто (2002) пришёл к выводу, что из множества возможных причин, для исключения запутанности, сбивчивости, следует искусственно выделять одну.

Джон Маки, модифицируя многопричинность, разработал концепцию, согласно которой «причина есть компонент группы факторов, которые вместе

оказываются достаточным условием возникновения следствия», при этом, такая группа может не быть необходимой, поскольку их способно оказаться множество (Клейнберг С., 2017). Джон Маки описывал причины как INUS (недостаточные, но необходимые компоненты не-необходимых, но достаточных условий) (Maskie, J.L., 1974).

Например, существование двух недостаточных, но необходимых условий, а именно, заболевания, не имеющего потенциал наступления смерти, и НОМП в условиях стационара, позволяют, с точки зрения INUS-причин, охарактеризовать их как состоящие, каждая из них, в ППСС с неблагоприятным исходом. Так как в противном случае, например, при заболевании (повреждении), которое само по себе должно привести к наступлению неблагоприятного исхода с большой долей вероятности, является и достаточным, и необходимым и с этой точки зрения, формирующим единственную причинно-следственную связь, без необходимости привнесения иных, например, НОМП.

И в таком случае, множество практически разнозначных причин (заболевание и НОМП, допущенные в условиях стационара) приводят к тому, что «проблематично не найти вообще никаких причин, но чисто теоретически мы никак не можем выделить одну особую. И кажется логичным, что каждая отдельная причина вносит в следствие свой вклад» (Клейнберг С., 2017). И нет, как показал вышеприведённый анализ, неопровержимых препятствий расценить каждую из причин, которые являются несравнимыми, рассмотреть изолированно, то есть, по сути, сформулировать не два суждения о ПСС, а два по одному отдельных суждения о ПСС.

И в таком принятии возможности формулирования двух отдельных, несравнимых, суждений о ПСС, могут быть осмыслены при помощи неких альтернативных вариантов, когда «причина — это некий фактор, присутствие которого изменило ход событий: если бы его не было, итог мог оказаться другим» (Клейнберг С., 2017). И именно в таком ключе, рассматривая

раздельно два события, заболевание и НОМП, мы получим несколько таких рассуждений:

- если бы у больного не было заболевания, то неблагоприятный исход не наступил бы;

- если бы медицинская помощь при нахождении больного в стационаре была оказана правильно неблагоприятный исход, наиболее вероятно, не наступил бы.

Рассмотрение перечисленных альтернативных вариантов, позволяет установить две раздельные причинные связи. При этом, несравнимость суждений, позволяет рассматривать их раздельно друг от друга.

Таким образом, с точки зрения логического анализа суждений о причинности заболевания (повреждения) со смертью и оказанной медицинской помощи со смертью, их одновременное наличие не будет нарушением ни одного из законов формальной логики.

Со сказанным, согласуются публикации в научной литературе. Так, З.Б. Соктоев и В.А. Спиридонов (2021) указывали на возможность установления нескольких ППСС по одному делу, в зависимости от целей исследователя. Другие судебно-медицинские эксперты, изучающие вопросы причинности, отрицают такую возможность. А.П. Божченко (2021), указывал, что именно заболевание приводит к неблагоприятному исходу, а НОМП по своей сути являются лишь условиями. Такой подход интуитивно понятен судебно-медицинскому эксперту, то есть морфологу, но является ли подход морфолога единственно верным? Автор справедливо указывает, что можно решить вопрос о прерывании патологического процесса при ином течении событий, то есть, при правильно оказанной медицинской помощи. И в таком случае ничто не мешает рассмотреть ситуацию с оказанием медицинской помощи и рассматривать медицинскую помощь, как причину, которая действовала в условиях имевшейся патологии и именно медицинская помощь являлась определяющей в течении патологического процесса, что наделяет её свойствами причины.

Граничит с проблемой полипричинности, избыточная причинность, то есть одновременное существование нескольких причин, каждая из которых могла вызвать следствие (Клейнберг С., 2017).

С точки зрения наличия проблемы избыточной причинности, она встречается в случаях, когда у больного имеется заведомо смертельное заболевание или травма, но и медицинская помощь оказана в объёме, полностью не адекватном имевшейся у больного патологии и развившихся осложнений. На первый взгляд, такая ситуация схожа, с изученной выше, касающейся установления нескольких ПСС. Однако, существенным в данном случае будет наличие заболевания или повреждения уже в момент начала оказания медицинской помощи, имеющие потенциал для развития неблагоприятного исхода (наступления смерти), в том числе, закреплённый в п. 6.1 и п. 6.2 Правил 2008.

В исследуемом варианте, избыточная причинность не связана с необходимостью установления нескольких ПСС. Существенным отличием необходимости установления нескольких ПСС от избыточной причинности, будут:

- при отсутствии у заболевания или повреждения в момент начала оказания медицинской помощи потенциала наступления неблагоприятного исхода, имеется возможность установления нескольких причинных связей (при наличии соответствующих НОМП);

- при наличии у заболевания (повреждения) или их осложнений потенциала наступления неблагоприятного исхода, закреплённого, например, в соответствующих пунктах Правил 2008, установление ПСС с неблагоприятным исходом возможно лишь у заболевания (повреждения), так как правильно оказанная медицинская помощь не несёт в себе потенциала сохранения жизни.

Таким образом, при решении вопроса об установления одной или нескольких ПСС, следует выполнить несколько взаимосвязанных шагов:

- оценить наличие потенциала наступления неблагоприятного исхода заболевания или травмы, и развывшихся к моменту начала оказания медицинской помощи осложнений, например, соотнеся их с пунктами Правил 2008;

- в случае наличия у заболевания, травмы, возникших осложнений, потенциала наступления неблагоприятного исхода, установить наличие ППСС между ними и неблагоприятным исходом, с другой стороны, оценивая оказанную медицинскую помощь, либо воздержаться от вынесения однозначного суждения (при наличии серьёзных НОМП), либо констатировать отсутствие ППСС (при незначительности допущенных НОМП);

- при наличии у больного (пострадавшего) заболеваний (повреждений) и их осложнений, которые не относятся к имеющим потенциал наступления смерти, рассмотреть возможность наступления смерти при правильно оказанной медицинской помощи, а также оценить возможность наступления благоприятного исхода при правильно оказанной медицинской помощи;

- при наличии возможности наступления благоприятного исхода при правильно оказанной медицинской помощи рассмотреть возможность установления двух ПСС, с одной стороны, между заболеванием (повреждением), возникшими осложнениями и наступлением неблагоприятного исхода (смерть), с другой стороны, между НОМП и неблагоприятным исходом (смерть).

Исследованием вопроса возможности наличия нескольких причинных связей, установлено, что:

- отсутствуют явные препятствия для установления нескольких ПСС;
- при оценке возможности установления одной или нескольких ПСС, необходимо использовать предложенный алгоритм.

Таким образом, доказано, что:

- наличие ПСС должна устанавливать комиссия экспертов;
- высказываясь о наличии или отсутствии ПСС следует иметь в виду

только наличие или отсутствие прямой связи;

- отсутствуют явные препятствия для установления ППСС между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом;

- отсутствуют явные препятствия для установления двух или большего количества ППСС.

6.1.3.2.3 ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРЯМОЙ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ВЫЯВЛЕННЫМИ НЕДОСТАТКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НАСТУПИВШИМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Принимая возможность того, что НОМП в виде бездействия могут состоять в ППСС с наступлением неблагоприятного исхода, возможно предложить несколько подходов к этой проблеме. Так как целью данной работы не является решение проблемы каузальности бездействия, а лишь показана эта возможность, то будут показаны именно подходы, которые могут быть использованы в практической деятельности судебно-медицинского эксперта. Некоторыми авторами предлагается при формулировании выводов указывать, какой концепцией причинности они при этом пользуются (Халиков А. Галимов А., А.Р., Агзамов В.В., Кузнецов К.О., 2022).

Отнесение недостатков в оказании медицинской помощи исключительно к условиям, не совсем соотносится с представлениями о данной категории. Так, ещё в начале 20-го века С.В. Позднышев (1923) выделял так называемые условия-причины, которые могут привести к некоему результату и к этим «условиям-причинам» могут быть отнесены и НОМП в виде бездействия.

Вообще, причины исследуются со времён Платона, Сократа и Аристотеля (Ryding E., 1965; Silburn L., 1995; Wallgren T., 1996; Baggini J., Stangroom J., 2003; Mackie J.L., 1974; Robert M.H., 1989; Vlastos G., 1995;

McTaggart J.E., 1996) и получившее дальнейшее развитие в настоящее время (Heise D.R., 1975; Honer S.M., 1982).

В связи со сказанным, можно условно выделить несколько групп возможных подходов к данной проблеме для практических целей.

Медико-юридический подход

Среди учёных, принимающих возможность установления ППСС с бездействием, разработана триада условий, наличие которых позволяет решить данный вопрос (Кудрявцев В.Н., 1960; Церетели Т.В., 1963):

- у медицинского работника существовала обязанность и возможность выполнить необходимые диагностические, лечебные мероприятия;
- существовала возможность наступления как благоприятного, так и неблагоприятного исхода;
- правильно оказанная медицинская помощь могла привести к благоприятному исходу.

Подобная триада также фигурирует и в Методических рекомендациях 2017 года, что указывает на возможность её использования в практической деятельности судебно-медицинских экспертов (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017).

Наличие указанных трёх условий, которые позволяют установить ППСС с бездействием, тем не менее не дают ответ на следующий вопрос – всегда ли при наличии этих условий связь имеется, или условия должны иметь некую силу выражения, которая может, например, быть измерена в частоте наступления благоприятного исхода при оказании медицинской помощи.

Во-первых, медицинская помощь в лечебном учреждении основана на том, что «у медицинского работника существует обязанность выполнить необходимые диагностические и/или лечебные мероприятия». При выполнении СМЭ комиссия экспертов не оценивает служебные обязанности конкретных медицинских работников, но должна в выводах указать, какие

именно НОМП были допущены, какие лечебно-диагностические мероприятия следовало провести конкретному больному и какие проведены не были. Таким образом, с точки зрения оценки первого условия из триады, комиссия экспертов должна высказаться о допущенных НОМП.

Во-вторых, при течении любого заболевания или травмы «существует возможность как положительного, так и отрицательного исхода». Комиссия экспертов оценивает возможность наступления благоприятного исхода. Именно такая оценка позволяет комиссии экспертов оценить отдельно «вклад» допущенных НОМП и отдельно заболевания (травмы) в наступивший исход. При этом от комиссии экспертов не требуется числовое выражение имеющейся возможности, так как это в принципе невозможно из-за индивидуального течения заболевания у отдельно взятого больного. Такое понимание подготавливает комиссию экспертов к оценке третьего условия.

В-третьих, конечной целью оказания медицинской помощи является стремление «к положительному исходу». С точки зрения выполняемой по врачебному делу СМЭ комиссия экспертов в конечном итоге, высказывавшись о допущенных НОМП и о том, что необходимо было совершить, должны высказаться о том, что совершение перечисленных диагностических и лечебных мероприятий могло привести к благоприятному исходу, его не гарантируя или неблагоприятный исход был в принципе не предотвратим.

Тщательное изучение предоставленных материалов комиссией экспертов с привлечением необходимых клинических специалистов поможет в полном объёме оценить влияние допущенных недостатков в оказании медицинской помощи на неблагоприятный исход. При установлении, что именно НОМП определили неблагоприятный исход, когда благоприятный исход был с большой долей уверенности возможен, можно установить наличие ППСС, подходы к чему будут предложены дальше.

При этом следует учитывать, что «нет никакого чек-листа причинности и набора критериев, которые должны или удовлетворяются в любых случаях»

(Клейнберг С., 2017). То есть, при выполнении каждой СМЭ, будет необходимо оценивать соотношения допущенных НОМП, тяжести заболевания, а также возможности наступления благоприятного исхода, при том, что никто не даст однозначных к тому критериев, работающих всегда и во всех случаях.

Тем не менее при наличии таких условий, именно комиссии экспертов, необходимо устанавливать наличие или отсутствие ППСС.

Контрфактуальный подход

Оценка возможности наступления благоприятного исхода при условии отсутствия НОМП является научным рассуждением, на такой вопрос ответ возможен, так как для ответа на подобные вопросы существует определённый логический метод, то есть, «...нас интересует: «если бы не» чьи-то действия (или не совершение каких-либо действий), имело бы место следствие?» (Клейнберг С., 2017).

Основы контрфактуальных рассуждений заложил Юм, который считал, что задача контрфактуального подхода – дать определение причины, исходя из того, насколько иными могли бы стать следствия, если бы причина не имела место. Дэвид Льюис считал, «чтобы А стало причиной В, две вещи должны быть истинными: если бы А не произошло, В не случилось бы, и если случилось А, то должно случиться и В», то есть, если бы не было НОМП (А), пациент не умер бы (В), если НОМП были, пациент умер (В) (Lewis D, 2000).

Контрфактуальное рассуждение в контексте настоящего исследования должно звучать следующим образом: если бы отсутствовало невыполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий, т. е. они были бы выполнены, мог наступить иной, т. е. благоприятный, исход. Таким образом, раскрытие третьего условия установления ПСС, то есть установление возможности благоприятного исхода, является примером фактической причинности, которыми могут пользоваться комиссии экспертов при ответе на соответствующие вопросы.

Источниками ответов на вопросы о возможности благоприятного исхода будут:

- наличие конкретного заболевания (травмы), сопутствующих заболеваний, а также их осложнений у конкретного больного;
- соотношение правильно и неправильно оказанной медицинской помощи (Березников А.В., 2011);
- оценка осложнений, которые возможно не развились бы при отсутствии недостатков в оказании медицинской помощи;
- данные специальной литературы об особенностях течения конкретного заболевания, смертности и выживаемости, а также личный опыт клинического специалиста.

Следует учитывать, что «контрфактуальные высказывания относятся именно к единичным событиям, а не к обобщённым свойствам», то есть выполняя СМЭ каждый раз решается строго индивидуальная проблема, касающаяся конкретного больного, с конкретным набором патологий, оценивая конкретный объём оказанной и не оказанной медицинской помощи, то есть, оценивая именно единичное событие (Клейнберг С., 2017). При этом, пользуясь обобщёнными данными о диагностике и лечении конкретной патологии и оценивая возможный исход оказания медицинской помощи, фактически осмысление таких единичных случаев происходит, в том числе, через представление альтернативных вариантов.

С фактической причинностью или контрфактуальными высказываниями, схожи многие иные теории, например, интервенционистская. Согласно такой теории, «правильное изменение причины приводит к перемене следствия... Любое воздействие на следствие проходит только через причину» (Woodward J., 2005). То есть, правильное изменение причины (наличие НОМП изменяется на правильное оказание медицинской помощи), приводит к перемене следствия (неблагоприятный исход закономерно изменяется на благоприятный).

В контексте контрфактуальных рассуждений может быть рассмотрено и внутреннее убеждение специалиста, основанное на всестороннем изучении предоставленных материалов, литературных источников, на основании собственного опыта и внутреннего убеждения эксперта.

Логический подход (индуктивный)

Контрфактуальные рассуждения, могут быть использованы в индуктивной логике, которая была предложена Миллем (Mill, J.S., 1843).

Комиссия экспертов может воспользоваться одним из индуктивных методов единственного различия (Грядовой Д.И., 2013).

В контексте настоящей работы имеется неоказание медицинской помощи в условиях стационара (фактор F) и при этом наступает смерть больного (следствие X);

– имеет место фактор (неоказание медицинской помощи в условиях стационара) F, наступает неблагоприятный исход X;

– фактор неоказания отсутствует (медицинская помощь надлежаще оказывается, фактор F отсутствует), при этом смерть (явление, или следствие X) не наступает (для вынесения данного суждения возможно использовать контрфактуальное рассуждение);

– таким образом, можно заключить, что неоказание медицинской помощи является причиной наступления неблагоприятного исхода.

Основное возражение в данном случае следующее: больной умер от заболевания или травмы, причиной которых медицинские работники не являлись, но понятие «причинно-следственная связь» более широкое и может отражать не только биологический, но иные аспекты.

К смерти в условиях стационара может привести и отсутствие адекватной медицинской помощи, при этом болезнь начнет развиваться не типично в условиях нахождения больного в медицинской организации (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017). При правильно оказанной медицинской помощи в условиях медицинской

организации естественным течением болезни или травмы будут выздоровление или по крайней мере улучшение, стабилизация состояния больного.

В контексте рассматриваемой проблемы, мысленный эксперимент, предложенный В.Б. Малининым (1999), можно предложить в следующей редакции: исключив НОМП, допущенные в условиях медицинской организации, можно предположить, что неблагоприятный исход или не наступит, или наступит в другое время, что и характеризует возможность установления ППСС с неоказанием медицинской помощи.

Логический подход (импликативный)

Для установления ППСС между НОМП и неблагоприятным исходом можно воспользоваться импликативным суждением, которое в общем виде является суждением вида «если... то...» (Грядовой, Д.И., 2013). Импликативное суждение является разновидностью контрфактуального, т. е. суждения типа: если А, то В, из А следует В и так далее, т. е. если «недостатки в оказании медицинской помощи», то «неблагоприятный исход».

Импликация ложна лишь тогда, когда посылка истинна, а следствие ложно. Например, А – медицинская помощь оказана неправильно, В – наступил неблагоприятный исход. Если принять два этих утверждения, то возможны варианты их сочетания и связь между ними (табл. 47 Приложения), что имеет также интуитивную истинность, очевидно, что при правильно оказанной медицинской помощи благоприятный исход закономерен, а при неправильно оказанной медицинской помощи благоприятный исход не является закономерным и поэтому данное утверждение ложь.

Таким образом, суждение, передаваемое импликацией, выражается следующими способами:

– посылка, а именно наличие НОМП в условиях стационара, является достаточным основанием для наступления неблагоприятного исхода;

– наступление неблагоприятного исхода характеризует факт того, что имелись недостатки в оказании медицинской помощи.

При этом, ясно, что не всякие НОМП могут быть достаточными для наступления неблагоприятного исхода, т.е. в имплицативном подходе имеется та же проблема, что и в медико-юридическом.

Таким образом, импликация допускает установление ППСС между НОМП и наступлением неблагоприятного исхода, но и является возможным инструментом её установления путём анализа соотношения тяжести заболевания (травмы) и допущенными НОМП.

Семантический подход

Другим способом анализа причинности является семантический, при котором всё сводится к анализу самих понятий, действий (оказание медицинской помощи) и бездействия (неоказание медицинской помощи), а также к анализу последствий указанных событий (Врублевский Е., 1971).

С точки зрения семантического подхода, действие и бездействие, которое можно обозначить как воздержание, являются взаимосвязанными понятиями, при этом одно является противоположностью другого, а именно: $V = \sim D$ – воздержание (В) от действия (Д) равно недействию, т. е. В отрицает Д – В (не-Д), неоказание медицинской помощи, или воздержание, бездействие – отрицание оказания медицинской помощи, действия.

Ввиду того, что эти явления мы обозначаем негативно (недействие, которое должно быть), то их причинные последствия мы определяем, как последствия, которые не наступили бы в случае, если бы воздержания не было. В данном подходе также используются элементы фактической причинности.

Из этого следует, что можно вынести следующее суждение:

– НЕоказание медицинской помощи находится в причинной связи с НЕсохранением жизни, и далее, модифицируя это суждение, получаем следующее: отсутствие НЕоказания медицинской помощи привело бы к

отсутствию Несохранения жизни.

Такое суждение может быть трансформировано в следующее: НОМП в виде не проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий находятся в ППСС с наступлением смерти больного, то есть, с не сохранением его жизни.

Семантическому близок подход Н.А. Бабия (2009), который определяет бездействие через действие, что позволяет отнести его подход именно к семантическому.

Таким образом, показано, что существует несколько подходов, которые дают определённый инструмент для установления ППСС между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

Таким образом, проведённым исследованием:

- показана теоретическая и практическая возможность установления ППСС с бездействием;
- предложено несколько подходов к оценке наличия ППСС между неоказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

6.1.3.2.4 ПРОБЛЕМЫ В ФОРМУЛИРОВАНИИ ОТВЕТОВ О ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЁННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА ДОПУЩЕННЫМИ НЕДОСТАТКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основные проблемы при определении тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными НОМП, связаны с его оценкой при бездействии медицинского работника, а также при оценке осложнений медицинских вмешательств (манипуляций).

Установление тяжести вреда, причинённого здоровью человека недостатками оказания медицинской помощи в виде бездействия

При возбуждении УД в отношении медицинских работников, в частности, по составу преступления, предусмотренному ст. 124, 124.1 и 293

УК РФ, квалифицирующим признаком является причинение вреда здоровью человека. При этом, следует согласиться с мнением А. В. Ковалева соавт. (2015), о необходимости унификации оценки бездействия, в том числе, медицинского работника.

Однако, в ст. 2 Постановления 522, в ст. 5 Правил 2008 бездействие не упоминается, и оно не попадает под какой-нибудь фактор внешней среды. То есть цитируемые статьи Постановления 522 и Правил 2008 в этой части противоречат УК РФ.

В ст. 2 Постановления 522 упомянут также психический фактор внешней среды, который в Правилах 2008 уже трансформирован в психогенный.

Можно утверждать, что психический (психогенный) фактор внешней среды находится в некотором противостоянии с остальными тремя факторами:

- психический (психогенной) фактор не приносит нарушения анатомической целостности, лишь нарушение физиологической функции;
- психический (психогенной) фактор невозможно измерить количественно, с другой стороны, остальные возможно;
- психический (психогенной) фактор далеко не всегда имеет чётко определяемое начало и конец, с другой стороны, остальные три фактора имеют в своём воздействии чёткое начало и окончание воздействия;
- психический (психогенной) фактор может быть выражен в виде активного действия (психического воздействия речью, активными поступками и пр.), так и бездействия (игнорирование и пр.).

Т.В. Церетели (1963) справедливо отмечает, что «если бы бездействие не имело никакого причиняющего характера, то оно не могло бы проявиться и как психически действующая причина».

Западные юристы признавали, что «там, где закон причинности принимает форму мотивации человеческих действий, опущение может действовать каузально» (Dohna-Schlodien Alexander, 1936). Т.е. бездействие

может воздействовать через психологический фактор, что приравнивает его к активному действию и позволяет оценивать по тяжести вреда, причинённого здоровью человека.

Таким образом, можно утверждать, что и в Постановлении 522, и в Правилах 2008 в определении вреда здоровью заложено понятие бездействия.

Ст. 25 Правил 2008 регламентирует установление вреда здоровью допущенным дефектом в оказании медицинской помощи, при этом никак не ограничивая сути этого дефекта, должен ли он быть только в виде действия, или может быть в виде бездействия. Так как недопустимо сужать действие НПА, следует считать, что ст. 25 Правил 2008 касается любого дефекта в оказании медицинской помощи, в том числе, в виде бездействия.

В законодательстве зарубежных стран также упоминается вред здоровью и телесные повреждения.

Так, в Уголовном Кодексе Канады используется понятие «bodily harm», которое с английского языка дословно переводится, как «телесные повреждения» и определено, как «любое повреждение или травма человеку, которые связаны со здоровьем, причиняют вред здоровью или комфорту личности больше, чем просто временное или незначительное по своей природе» [372]. И бездействие, которое приносит дискомфорт, то есть вред комфорту, попадает под определение вреда здоровью в соответствии.

По смыслу похожее отношение к вреду здоровью содержится в УК Австралии (Галюкова М.И., 2008), в котором подразумевается причинение вреда в результате, в том числе, неприменения какой-либо силы или воздействия.

Таким образом, цитируемые выдержки из в том числе и зарубежного законодательства не исключают, а иногда даже подтверждают, возможность причинения вреда здоровью бездействием.

Анализом 808 заключений установлено, что в 35 из них (в 23,7% от всех анализируемых) был установлен вред здоровью вследствие бездействия медицинских работников (табл. 48 Приложения).

Решение проблемы квалификации вреда, причинённого здоровью человека НОМП в виде бездействия, возможно несколькими путями:

- законодательный (закрепление бездействия в дефиниции вреда здоровью);
- практический (логический, семантический).

Законодательное решение проблемы квалификации вреда здоровью бездействием

Вариант 1.

Правилами 2008 определено, что вред здоровью причиняется воздействием факторов, что затрудняет квалификацию бездействием. Во-первых, оно не упомянуто в указанном определении, во-вторых, оно не может быть фактором окружающей среды в обычном его понимании.

В Методических рекомендациях 2017 года было предложено дополнить определение вреда здоровью «либо в результате неоказания помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, либо вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» (Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы..., 2017). Однако, Правила 2008 регламентируют вред здоровью, причинённый не только медицинским работником, а любым лицом. При этом, не важно, кому вред причинён, больному, здоровому, и не важно, кем причинён.

Но лишь в одной статье УК РФ из трёх, которыми предусмотрено причинение вреда здоровью бездействием, субъектом является именно медицинский работник, в двух других он им может и не быть (Лебедев В.М., 2017). Таким образом, упоминание в исследуемой дефиниции вреда здоровью только лица, обязанного оказывать медицинскую помощь несколько сужает действие Правил 2008.

Предпринимаются и другие попытки модифицирования дефиниции

вреда здоровью, попытки адаптировать её под потребности современного судопроизводства. Так, А.П. Божченко (2020) предложил понимать под вредом здоровью «изменения объективной действительности, возникшие вследствие совершения общественно опасного или полезного (социально допустимого) деяния». Общественно опасное деяние может проявляться в форме действия и в форме бездействия (Кудрявцев В.Н., 1967), что позволяет с помощью цитируемого определения оценить вред здоровью в том числе и от бездействия, например, медицинского работника.

Определения вреда здоровью содержится не только в Постановлении 522 и Правилах 2008, но и в УК РФ упоминается о составляющих частях вреда здоровью. С точки зрения ч. 1 ст. 111 УК РФ тяжкий вред здоровью может наступить и при утрате органов его функции, без нарушения его анатомической целостности. Подобное уточнение целесообразно закрепить и в определении вреда здоровью в подзаконных актах, для единого восприятия этого важного понятия, заменив союз «и» на «или».

Таким образом, установлено, что:

- в определении вреда здоровью упоминание субъекта, а также необходимости правоприменителю устанавливать юридический факт неоказания медицинской помощи, являются излишними;
- бездействие может способствовать воздействию негативных внешних факторов путём не ограничивая их действия;
- бездействие, как один из вариантов действия, не приводя напрямую к нарушению анатомической целостности, может приводить к нарушению физиологической функции.

Проведённый анализ позволяет предложить следующую дефиницию вреда здоровью, являющуюся лишь небольшой модификацией дефиниции Правил 2008 и упрощением дефиниции Методических рекомендаций: «Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов или тканей человека в результате действия физических, химических, биологических или

психогенных факторов внешней среды, или в результате бездействия».

Вариант 2.

В Правилах разных лет имеются различные понятия, характеризующие связи факторов и последствий, а именно:

- в Правилах 1922 и 1928 сказано о «вызванных» нарушениях;
- в Правилах 1961, 1978, 1996, 2008 сказано о «воздействии», которое должно вызвать те или иные нарушения.

Таким образом, ни в одних Правилах, как действовавших ранее, так и действующих сейчас, понятия «действие» и «бездействие» не упоминаются, а использовалось понятие «вызванных» и «воздействие».

В современном законодательстве понятия «действие», «бездействие» и «воздействие» не раскрыты, что порождает правовую неопределённость, которую можно охарактеризовать, как пробел. При пробеле имеется несколько юридических техник, которые позволяют его преодолеть, аналогия закона и аналогия права (Момотов В.В., Улетова Г.Д., Маркова-Мурашова С.А., 2011) [269].

Таким образом, отсутствие законодательно закреплённых определений понятий «действие», «бездействие» и «воздействие», может быть разрешено, например, использованием аналогии закона. Так, в соответствии со ст. 14 УК РФ преступное деяние может быть в виде как действия, так и бездействия. Применив аналогию закона, можно предположить, что деяние может быть аналогично воздействию и тогда воздействие в свою очередь, может быть, как в виде действия, так и в виде бездействия.

И такой подход может быть, как и в цитируемой статье УК РФ, закреплён законодательно в дефиниции вреда здоровью, например, «Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов или тканей человека в результате воздействия (в виде действия или бездействия) физических, химических, биологических или психогенных факторов

внешней среды».

При этом, не закрепление такого дополнения в действующем законодательстве не может помешать судебно-медицинскому эксперту, самостоятельно применить аналогию закона, и тем самым оценить причинённый вред здоровью с точки зрения допущенных НОМП, характеризующихся бездействием.

Практическое решение проблемы квалификации вреда здоровью бездействием

Выше были предложены несколько подходов к преодолению проблемы установления ППСС бездействия с исходом.

В Правилах 2008 вред здоровью определён через воздействие тех или иных факторов. Таким образом, принятие того факта, что воздействие и не воздействие, действие и не действие (бездействие) являются семантически взаимосвязанными понятиями, возможно с этой точки зрения расценивать вред здоровью в Правилах 2008.

Например, больной X поступает в медицинскую организацию с левосторонней нижнедолевой пневмонией. Вследствие несвоевременной диагностики, имевшейся у него пневмонии, неадекватной антибиотикотерапии, развилась острая дыхательная недостаточность тяжёлой степени, и как итог, наступление смерти в результате уже двусторонней пневмонии. Было установлено наличие ППСС между выявленными НОМП и наступлением неблагоприятного исхода в виде смерти больного X. Оценивая тяжесть вреда, причинённого здоровью больного X, можно исходить из следующих предпосылок:

- больной X поступил в медицинскую организацию с левосторонней нижнедолевой пневмонией, но без острой дыхательной недостаточности;
- острая дыхательная недостаточность развилась, как исход течения пневмонии, вызванной бактериальным агентом (пневмококком), который можно отнести к биологическим факторам внешней среды;

- биологический фактор внешней среды (пневмококк) действовал на организм больного X в условиях медицинской организации при отсутствии полноценного лечения;

- в данном случае, аналог воздействия, а именно, не воздействие привело к продолжению действия биологического фактора в условиях медицинской организации и развитию острой дыхательной недостаточности тяжёлой степени, что является, в соответствии с п. 6.2.6. Правил 2008, квалифицирующим признаком тяжкого вреда здоровью.

Таким образом, восприятие бездействия (не воздействия), как связанного с воздействием (действием) позволяет подходить к решению проблемы квалификации вреда здоровью, причинённого бездействием, которое позволило воздействовать фактору внешней среды и привести к исследуемым последствиям.

Таким образом, при отсутствии упоминания в Правилах 2008 бездействия, можно воспринять его как аналог упомянутого в этом приказе воздействия и именно с этой точки зрения отвечать на вопрос о тяжести вреда, причинённого здоровью человека бездействием.

Таким образом, проведённым исследованием:

- предложены скорректированные определения вреда здоровью;
- предложены пути решения проблемы квалификации тяжести вреда, причинённого бездействием.

6.1.3.2.5 ПРОБЛЕМЫ В ФОРМУЛИРОВАНИИ ОТВЕТОВ О ВОЗМОЖНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Ответ на вопрос о возможности наступления благоприятного исхода, который не наступил, но теоретически мог наступить при отсутствии НОМП, не является не научным, он лежит, в том числе, в поле изучения логики. Моррис Коэн и Эрнст Нагель (2015) констатировали, что «логику можно рассматривать, как науку о наиболее общих, наиболее проникающих свойствах всего, что существует, равно как и всего, что может существовать».

При ответе на вопрос о возможности наступления благоприятного исхода можно выделить несколько проблем:

- входит ли ответ на него в компетенцию комиссии экспертов;
- стоит ли выражать возможность наступления благоприятного исхода в понятиях вероятности, то есть выражать численно (в процентах, долях) или просто констатировать такую возможность (лишь обозначив её качественно);
- что служит «маркером», позволяющим предположить или исключить возможность наступления благоприятного исхода.

Входит ли ответ на вопрос о возможности благоприятного исхода в компетенцию комиссии экспертов

Вопрос о возможности наступления благоприятного исхода относится группе условно гипотетических. На необходимость именно комиссии экспертов отвечать на такой вопрос сказано и в Методических рекомендациях 1993 года: «Нередко необходимо решать вопрос о возможностях спасения жизни больного (пострадавшего)» (Плаксин В.О., Кинле А.Ф., Вермель И.Г., Горощеня Ю.Б., 1993).

А.В. Капустин (1985) отмечал, что суждения судебно-медицинских экспертов можно разделить на суждения возможности и вероятные суждения. При этом вероятные суждения – это предположение о том, что какой-либо факт имел место, хотя его могло и не быть, что «отражает незавершенность, неполноту имеющегося у эксперта знания об исследуемом факте».

А.А. Солохин соавт. (1984), исследуя проблему установления ПСС, предлагал оценить возможность не наступления события (смерти) при условии не причинения травмы, то есть решить вопрос о возможности наступления благоприятного исхода.

А.А. Альшевский (2005) высказывался о необходимости оценки состояния здоровья, которое могло быть при правильно оказанной медицинской помощи.

А.В. Ковалев и И.В. Плетянова (2015) указали на многочисленные НОМП, допущенные в отношении А. и отметили, что при правильно оказанной медицинской помощи был возможен благоприятный исход, и указали, что этот ответ является составной частью оценки наличия ППСС.

Таким образом, при выполнении СМЭ, комиссии экспертов следует отвечать на вопрос о возможности наступления благоприятного исхода.

Стоит ли возможность наступления благоприятного исхода выражать численно (в процентах, долях) или качественно

Принятие того факта, что следует оценивать возможность наступления благоприятного исхода, влечёт за собой необходимость решения следующего вопроса, как именно выражать данную возможность, в числовом выражении (в долях, процентах, то есть оценивать её уже как вероятность) или в качественном, оценочном («не исключено, что», «возможно», «маловероятно» и так далее).

Возможность качественной оценки возможности события, в данном случае, наступления благоприятного исхода, согласуется с положениями формальной логики (Моррис Коэн, Эрнст Нагель, 2015). Не имея достаточных оснований для вынесения суждения о вероятности наступления благоприятного исхода в процентах, мы можем, с точки зрения формальной логики, высказаться в «ненумерических», то есть, качественных величинах.

Специалисты в области теории вероятности указывают, что «Возможность события ... ориентирована на относительную оценку истинности данного события, его предпочтительности в сравнении с любым другим. То есть содержательно могут быть истолкованы лишь отношения «больше», «меньше» или «равно»» (Dubois Didier, Prade Henri, 2001). Т.е., представляя информативные подходы к теории вероятности и возможности, «в базе знаний будет содержаться информация, которая в общем случае не сведется ни к точной, ни к полностью согласованной информации. Вероятность, с одной стороны, и пара «возможность - необходимость» - с

другой, соответствуют двум крайним, а значит, идеальным ситуациям» (Дюбуа Д., Прад А., 1990). То есть, комиссия экспертов представляет в любом случае не точную информацию о не наступившем благоприятном исходе, но от неё всё-таки информацию о возможности такого исхода ждут, и эта информация может быть выражена в понятиях возможности.

Джозеф О'Коннор и Иан Макдермотт (2020) указывали, что «в обычной логике на вопрос, как правило, отвечают «да» или «нет», а в нечёткой – «может быть», «возможно». Нечёткая логика более соответствует сложным системам». Важным замечанием является то, что именно сложные системы, к которым относятся и биологические, более подвержены оценке в категориях возможности.

Вообще, вероятность можно оценивать и в словесных выражениях от утверждения невозможности, до достоверного установления факта (Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2016).

А.Д. Гетманова (2011) предлагает выражать меру субъективной вероятности «очень вероятно», «маловероятно», «невероятно», «неправдоподобно» и др., то есть модальными суждениями.

Д.П. Поташник (1971) пришёл к выводу о необходимости использования понятия возможности наступления благоприятного исхода (который в реальности не наступил), которая является достоверной с точки зрения использованных для того посылок.

Таким образом, выражение вероятности наступления благоприятного исхода в процентах, не целесообразно, ввиду их обобщённости и невозможности в полной мере экстраполировать на конкретного пациента.

Таким образом, решая вопрос о возможности наступления благоприятного исхода, целесообразно ограничиться констатацией возможности, характеризуя её, как высокая, маловероятная и так далее, то есть, категориями модальной логики.

Что служит «маркером», позволяющим предположить или исключить

возможность наступления благоприятного исхода

Наиболее сложная проблема, которая возникает при решении вопроса о возможности наступления благоприятного исхода, когда можно такую возможность однозначно исключить, даже при условии правильно оказанной медицинской помощи, была исключена.

Вопрос об оценке возможности благоприятного исхода лежит так же и в плоскости международного права. Так в Постановлении Европейского Суда по правам человека, судья Дмитрий Дедов в своём особом мнении указал, что «...Данный вывод превращает рецензию в очень ценный документ для музея тоталитаризма: даже там, где есть 20% шансов на выживание, тоталитарная система не приложит усилия, чтобы спасти жизнь, поскольку жизнь не имеет значения...» [267]. Таким образом, оценка возможности наступления благоприятного исхода требует очень большой осторожности.

Решение вопроса о возможности наступления благоприятного исхода в гражданских делах по искам к медицинским организациям, которые слушаются в судах зарубежных стран также получает свою правовую оценку. Так в 2000 г. Верховный Суд Японии указал, что для возложения ответственности на врача достаточно доказать, что в случае правильного лечения пациент имел бы определенные шансы на выздоровление, даже не обязательно с высокой долей вероятности (Leflar, Robert B., 2012).

Решение данного вопроса возможно в последовательных действиях:

- установить, возможно ли продление жизни на месте происшествия, на месте развития острого заболевания, для чего оценить наличие или отсутствие заболеваний, или повреждений, безусловно приводящих к неблагоприятному исходу в связи с повреждением жизненно важных органов (обширный инфаркт, инсульт, травматическое повреждение головного мозга, крупных сосудов и т.д.), при малой возможности её продления за пределами оказания медицинской помощи;

- установить, можно ли в принципе говорить о возможности иного исхода в перспективе, то есть, при условии оказания полноценной

медицинской помощи в соответствующих условиях медицинской организации.

Решению первого вопроса может помочь уяснение имевшегося объёма травмы, наличие или отсутствие повреждения жизненно важных органов (головного мозга, сердца), исключающие сохранение жизни. Решив отрицательно первый вопрос и соответственно отрицательно второй, можно однозначно констатировать невозможность благоприятного исхода даже при правильно оказанной медицинской помощи.

При этом, для такой оценки целесообразно воспользоваться данными специальной литературы о смертности, например, при множественной травме таза (до 55-80 %) (Rowe S.A., 2004), в том числе, с массивными кровотечениями (Schmal H. et al., 2005), при повреждении и последующем удалении селезёнки (Pate J. W., Peters T.G., Andrews C.P., 1985), при повреждениях крупных вен (до 50-100 %) (Menegaux F., Langlois P., Chigot J. P., 1993), при травме печени (до 27,6-60 %) (Safi F. et al., 1999).

Далее, решив положительно первый вопрос, и отрицательно второй – можно констатировать маловероятность наступления благоприятного исхода.

И наконец, положительно решив первый и второй вопросы можно констатировать возможность благоприятного исхода.

В любом случае, решение такого вопроса находится в плоскости субъективных представлений членов комиссии экспертов, которое может быть подкреплено объективными статическим данными из общепризнанной медицинской литературы о смертности от той или иной патологии, а также личным опытом оказания медицинской помощи при исследуемой нозологии, то есть, на своего рода личном, внутреннем, убеждении, а также объективными данными, характеризующими состояние здоровья пациента.

Рассуждение, от общего, к частному, соответствует предложенному алгоритму оценки возможности наступления благоприятного исхода при условии правильно оказанной медицинской помощи.

Таким образом:

- при выполнении СМЭ, именно комиссии экспертов следует отвечать на вопрос о возможности наступления благоприятного исхода;
- при ответе на такой вопрос следует ограничиться констатацией возможности, характеризуя её, как высокая, маловероятная;
- предложен алгоритм, который может помочь предположить возможность благоприятного исхода;
- доказана практическая важность ответа на вопрос о возможности наступления благоприятного исхода.

6.1.3.2.6 ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (МАНИПУЛЯЦИЙ)

НОМП могут выражаться не только в бездействии (не выполнение необходимых диагностических и лечебных мероприятий), но и в действии (осложнения проведения оперативных вмешательств, реанимационных мероприятий, приёма родов и так далее), а также сочетания действия и бездействия (возникновение осложнений, сопровождающееся их несвоевременной диагностикой и лечением).

Из 808 анализируемых заключений СМЭ, в 207 (25,6%) допущенные (или предполагаемо допущенные) НОМП характеризуются, как действия, а в 84 (10,4%), как сочетание действия и бездействия.

Любая оказываемая медицинская помощь имеет какой-то процент тех или иных осложнений. Так, И.Ф. Огарков (1959) привёл пример осложнения анестезии брюшной стенки, когда было повреждено сердце. Е.З. Бронштейн и Б.Г. Гольдина (1958) анализировали случаи наступления смерти после введения противостолбнячной сыворотки.

На неоднозначность трактовки возникающих осложнений указывали В.В. Томилин и Ю.И. Соседко (2000), когда «перфорацию стенки матки при медицинском аборте одни комиссии экспертов квалифицировали как тяжкий вред здоровью, другие же отказывались определять тяжесть вреда здоровью, полагая, что подобные осложнения не являются редкостью и сама методика

аборта не исключает возможности осложнений».

При этом, в литературных источниках различные осложнения, например, оперативных вмешательств, трактуются по-разному, в некоторых, как проявление нарушения техники выполнения манипуляции, в некоторых, как осложнение, которое возможно и при правильно проведённом вмешательстве.

А.В. Демина (2003) одним из положений, выносимых на защиту, обозначила анализ ошибок и осложнений при оказании стоматологической помощи, то есть автор обоснованно разграничивала ошибки и осложнения, то есть, не каждое осложнение является следствием ошибки.

В.М. Унгурян (2014) изучая вопрос оценки интраоперационных осложнений, указывал, что «в большинстве случаев сам факт их причинения при СМЭ должен расцениваться как тяжкий вред здоровью», но такой вывод является спорным, что будет доказано дальше.

Более определённо о судебно-медицинской оценке осложнений медицинских манипуляций высказалась В.А. Корякина (2016), придя к выводу, что, выявив осложнение медицинской манипуляции, необходимо определить, является ли оно проявлением НОМП или осложнением правильно проведённой манипуляции.

О том, что не всякое осложнение медицинской манипуляции является НОМП, указывал С.А. Повзун (2017), который привёл пример, когда пострадавшему с тяжёлой травмой дренаж установили в ткань лёгкого. Однако, как показывает анализ научной литературы и заключений экспертов, не всеми принимается такое суждение, что приводит, по словам С.А. Повзуна, к поиску «очередного врача-вредителя».

При описании любого оперативного вмешательства в соответствующих руководствах практически всегда имеется перечисление возможных осложнений и какие следует принять меры для минимизации их развития. При этом, практически нигде не сказано, что выполнение тех или иных мероприятий полностью исключает развитие осложнений.

Так, например, при выполнении хирургических операций были повреждены стенки кишок (при разделении спаек), аорта (при выполнении лапароскопической холецистэктомии), желудок при холецистэктомии и др.

Во всех 291 анализируемом заключении, которые были назначены в связи с осложнениями медицинских манипуляций, был поставлен вопрос о наличии НОМП (табл. 49).

Если какое-либо осложнение медицинской манипуляции обозначается, как недостаток её оказания, что автоматически влечёт за собой необходимость установления наличия причинной связи и тяжести вреда, причинённого здоровью.

Таблица 49. Соотношение ответов на вопросы о наличии недостатков в оказании медицинской помощи

	всего	в %
недостатки выявлены	190	65,3
недостатки не выявлены	89	30,6
не представилось возможным ответить	11	3,8
нет ответа	1	0,3
всего	291	100,0

Осложнения медицинских манипуляций можно классифицировать по многим основаниям, самая явная основана на Приказе 700н, то есть на медицинской специальности:

- а) осложнения анестезиологических и реанимационных манипуляций;
- б) осложнения при проведении акушерских и гинекологических манипуляций:
 - 1) при родовспоможении,
 - 2) при проведении гинекологических операций (экстирпация матки и пр.),
 - 3) при проведении гинекологических манипуляций (установка

внутриматочной спирали, выскабливания стенки матки и т.д.);

в) осложнения при проведении нейрохирургических операций;

г) осложнения при проведении хирургических операций:

1) при проведении операций на органах грудной полости,

2) при проведении операций на органах брюшной полости, органах забрюшинного пространства;

д) осложнения при проведении сердечно-сосудистых операций и манипуляций;

е) осложнения при проведении урологических операций и манипуляций:

1) при проведении урологических операций,

2) при проведении урологических манипуляций (установка мочевого катетера и т.д.);

ж) осложнения при проведении диагностических манипуляций:

1) осложнения при проведении бронхоскопии,

2) осложнения при проведении эзофагогастродуоденоскопии,

3) осложнения при проведении колоноскопии, и др.;

и) осложнения оказания терапевтической помощи:

1) назначение противопоказанных лекарственных препаратов,

2) передозировка назначенных лекарственных препаратов,

3) назначение не сочетаемых лекарственных препаратов.

По «сложности» оценки осложнения медицинских манипуляций, можно разделить на три группы:

- явные (наименее сложные в оценке): при явном характере НОМП, когда лишь необходимо обосновать их наличие (не диагностирование заболевания, которое является противопоказанием для применения лекарственных препаратов и так далее);

- относительно явные (менее сложные): осложнения проведённых медицинских манипуляций, которые возникнуть не должны были при их проведении в соответствии с описанием в медицинских документах;

- не явные (имеющие наибольшую сложность): при отсутствии явных признаков неправильно оказанной медицинской помощи.

Оценка осложнений медицинских манипуляций, при явном их соответствии недостаткам оказания медицинской помощи

Оценка осложнений медицинских манипуляций, входящих в данную группу, сводится к выявлению неправильности применения медицинских препаратов, выявлению противопоказанности оперативного вмешательства, акушерского пособия, выполнение медицинских манипуляций (пункций) в не правильном месте и так далее.

А.П. Божченко соавт. (2020) привели пример, который относится к явным недостаткам оказания медицинской помощи в виде осложнения проведённой плевральной пункции в неположенном месте. В данном случае были выявлены нарушения выполнения медицинской манипуляции (плевральной пункции в неположенном месте), которые закономерно привели к развитию осложнения (повреждения артерии) и наступлению смерти, что указывает на необходимость отнесения подобных случаев к явным.

В контексте данной ситуации можно высказаться, что всякое осложнение медицинской манипуляции является недостатком оказания медицинской помощи.

Оценка осложнений медицинских манипуляций, при относительно явном их соответствии недостаткам оказания медицинской помощи

В данную группу осложнений медицинских манипуляций входят те, при которых невозможно выявить НОМП лишь при простом изучении медицинских и иных документов. Недостатки, выходящие в данную группу, возможно выявить лишь по косвенным признакам, главным из которых является однозначное отсутствие определённых осложнений при технически правильно проведённой манипуляции, и выполнении необходимых действий по предотвращению возникновения осложнений. В силу чего, при

возникновении осложнений манипуляций можно утверждать о допущенных НОМП, носящих не явный характер. Не явный характер выявленных НОМП характеризуется тем, что комиссия экспертов очень часто не может его конкретизировать, то есть указать, что именно было сделано неправильно, можно лишь констатировать, что что-то было сделано неправильно, а что именно, установить не представляется возможным. Тем не менее, при выявлении не явных НОМП возможно установление ПСС с неблагоприятным исходом и оценка тяжести вреда, причинённого здоровью человека.

То есть, наличие описания правильно проведённой медицинской манипуляции, при наличии её осложнений, не является аналогом отсутствия НОМП, так как осложнения могут быть проявлением не явного недостатка. Поэтому необходимо тщательно соотносить понятия «осложнение медицинской манипуляции» и «недостаток оказания медицинской помощи» и при наличии уверенности в их эквивалентности выносить суждение о ПСС и тяжести вреда, причинённого здоровью человека.

Информация о возможных осложнениях и способах, которые однозначно помогут их избежать можно почерпнуть из Национальных руководств, Клинических рекомендаций и иных общепринятых источников.

Необходимость использования наиболее «авторитетных» источников обусловлена тем, что в разных учебниках, пособиях, руководствах, одни и те же осложнения трактуются по-разному.

Так, например, в Руководстве «Оперативная гинекология», вышедшем в 1975, описана техника выполнения тотальной экстирпации матки, сказано, как избежать повреждения мочевого пузыря и мочеточников (Персианинов Л.С., 1975).

С другой стороны, в Национальном руководстве «Гинекология», выпущенном в 2013, в разделе «Тотальная гистерэктомия» сказано, что «при вхождении в брюшную полость часто повреждают верхушку мочевого пузыря» (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., 2013). Какой-либо

информации, которая позволила бы поставить знак равенства между повреждением мочевого пузыря и НОМП в Национальном руководстве нет, что не позволяет однозначно расценивать эти понятия, как эквивалентные.

При наличии подобных разночтений в нескольких литературных источниках, следует воздержаться от однозначной трактовки возникшего осложнения проведённой медицинской манипуляции, как НОМП. То есть, используя своего рода юридический принцип «все сомнения трактуются в пользу обвиняемого», в данном случае наиболее адекватным будет вывод о невозможности высказаться о наличии или отсутствии недостатков выполненной медицинской манипуляции.

В контексте данной ситуации можно высказаться, что не всякое (некоторое) осложнение медицинской манипуляции является недостатком оказания медицинской помощи.

Оценка осложнений медицинских манипуляций, при не явном их соответствии недостаткам оказания медицинской помощи

Наибольшую сложность имеет оценка осложнений медицинских манипуляций, которые могут возникнуть и при правильном их выполнении, при этом медицинские манипуляции выполнены по показаниям и их описание в медицинских документах соответствует технически правильному.

Основных подходов к решению вопроса, относится ли выявленное осложнение медицинской манипуляции к НОМП, в анализируемых заключениях экспертов, два:

- осложнение однозначно расценивается, как НОМП и соответственно устанавливается ППСС с неблагоприятным исходом и оценивается вред здоровью;

- осложнение либо не расценивается, как НОМП, либо констатируется невозможность высказаться, были ли допущены какие-либо недостатки, соответственно, в обоих случаях, ППСС с неблагоприятным исходом и тяжесть вреда, причинённого здоровью человека, не устанавливаются.

Например, нет единого подхода в судебно-медицинской оценке осложнений пункции подключичной вены. По данным С.В. Антоненкова (2005) «Осложнения, связанные с пункцией и катетеризацией подключичной вены, по разным источникам составляют от 2,7 % до 11,2 %, при этом тяжёлые – до 1,2 %». Р. Ф. Mansfield при анализе 800 случаев, выявил повреждение плевры при 1,5% пункций подключичной вены (Singleton R.J., Webb R. K., Ludbrook G.L., 1993; Mansfield P.F., Hohn D.C., Fornage B.D., 1994). Таким образом, по разным данным, повреждения плевры встречаются при пункции подключичной вены далеко не в единичных случаях, тем не менее, их оценка комиссиями экспертов различна.

При этом комиссии экспертов разных ГСМЭУ в похожих случаях по-разному расценивают возникшее осложнение, и одна комиссия расценивает его, как тяжкий вред здоровью, вторая – как осложнение правильно проведённой манипуляции и как вред здоровью не разленивающегося.

А.В. Голубева с соавт. (2019), анализируя клинический случай наступления смерти больного от двусторонней пневмонии, которому при проведении плевральной пункции было причинено повреждение диафрагмы и печени, пришли к выводу, что это повреждение связано со смещением внутренних органов и как НОМП, а, следовательно, и вред здоровью, не расценивается.

А.Б. Шадымов и О.С. Артемихина (2019), анализируя клинический случай попадания катетера в клетчатку средостения ребёнка при проведении катетеризации подключичной вены, обоснованно предложили расценивать вред здоровью от осложнения медицинской манипуляции лишь при доказанном нарушении техники её выполнения.

Таким образом, осложнение медицинской манипуляции не может быть расценено, как вред, причинённый здоровью человека, при условии теоретической возможности такого осложнения, а также при условии наличия описания технически правильно проведённой манипуляции, и отсутствии морфологических признаков не правильного её выполнения.

Таким образом, проведённым исследованием:

- предложены классификации осложнений медицинских манипуляций;
- предложены пути решения вопроса о трактовке осложнений медицинских манипуляций;
- показано, что при наличии ряда условий, осложнение медицинской манипуляции не может быть расценено однозначно, как следствие недостатка в оказании медицинской помощи.

6.2 АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ

Проблема ошибок, допускаемых при выполнении СМЭ, поднималась давно и поднимается до настоящего времени, что указывает на актуальность данной проблемы (Ившин И.В., 2005). При этом, как показал анализ заключений, ошибок меньше не становится, и они носят системный характер и затрагивают все этапы выполнения СМЭ.

Ошибки в заключениях экспертов приводят неправомерной оценке оказанной медицинской помощи (Прозоровский В.И., 1961).

6.2.1 НЕДОСТАТКИ НА СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ

Анализ заключений показал, что на стадии формирования комиссии экспертов допускаются несколько недостатков (ошибок):

- выполнение СМЭ без привлечения клинических специалистов;
- выполнение СМЭ с привлечением не достаточного количества клинических специалистов;
- выполнение СМЭ с привлечением избыточного количества клинических специалистов.

Выполнение судебно-медицинских экспертиз без привлечения клинических специалистов

Анализ 808 заключений СМЭ показал, что 77 (9,5%) были выполнены без привлечения клинических специалистов, то есть исключительно силами судебно-медицинских экспертов, которые давали ответы на вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи, из которых 27 (35,1%) выполнено в негосударственных экспертных организациях и 50 (64,9%) в ГСМЭУ.

Не привлечение клинических специалистов привело к неполноценному исследованию предоставленных материалов. Так, например, при выполнении СМЭ не были исследованы рентгеновские, КТ и МРТ снимки (в 12 из 77 заключений).

Необходимо учитывать, что при формулировании выводов на поставленные вопросы комиссия экспертов в лице клинических специалистов опирается, в том числе, на личный опыт. Очевидно, что у судебно-медицинского эксперта отсутствует какой-либо личный опыт, связанный с оказанием медицинской помощи больному.

Таким образом, выполнение СМЭ по материалам врачевным дел без привлечения соответствующих клинических специалистов недопустимо, тем менее, встречается.

Выполнение судебно-медицинских экспертиз с привлечением не достаточного количества клинических специалистов

Привлечение некоторого количества клинических специалистов не всегда полностью отвечает требованиям современного законодательства к выполнению СМЭ, что можно охарактеризовать, как ошибку «выполнение без привлечения необходимого количества клинических специалистов».

В соответствии со ст. 8 73-ФЗ и п. 17 Приказа 346н, судебно-медицинская экспертиза выполняется строго на научной основе. Одна из основных задач при выполнении СМЭ – это полнота и полнообъёмность исследований, что указывает на необходимость исследования всех предоставленных материалов, к которым относятся рентгеновские снимки, рентгеновские компьютерные томограммы и т.д., которые были выполнены при оказании медицинской помощи.

Проведённый анализ 808 заключений СМЭ показал, что в 266 из них (32,9%) имеются упоминания о выполненных при оказании медицинской помощи различных рентгенологических методов исследований, из них в 187 были исследованы все предоставленные рентгеновские снимки,

рентгеновские компьютерные томограммы, при их отсутствии были сделаны соответствующие запросы, в 45 заключениях были использованы результаты проведения рентгенологического (КТ, МРТ) исследования, при этом сами носители предоставлены не были, и соответствующие запросы направлены не были, а в 34 заключениях были предоставлены рентгеновские снимки, но они исследованы не были. В этих 34 заключениях комиссия экспертов являлась однозначно недостаточной, как минимум, не был дополнительно привлечён специалист в области лучевых методов диагностики.

Медицинская помощь в стационарных условиях практически никогда не оказывается единолично медицинским работником, т.к. процесс оказания медицинской помощи многоэтапен и многокомпонентен, с проведением множества консультаций специалистами различных областей медицины, инструментальных и лабораторных исследований. И вопросы о правильности оказания медицинской помощи могут возникнуть и к этим смежным специалистам.

Таким образом, СМЭ необходимо выполнять с обязательным привлечением клинических специалистов, при этом, необходимо объективно оценивать минимальное их количество, а также исходить из целесообразности привлечения оптимального их количества, в соответствии с профилем заболевания, осложнений и специалистов, участвовавших в оказании медицинской помощи больному, а также исходя из предоставленных материалов, изучение которых также может потребовать привлечение соответствующих специалистов.

Выполнение судебно-медицинских экспертиз с привлечением избыточного количества клинических специалистов

Анализ выполняемых по материалам врачебных дел СМЭ показал, что в некоторых случаях, количество привлекаемых клинических специалистов может быть охарактеризовано, как избыточное.

Следует учитывать, что создание комиссии экспертов с оптимальным

количеством является, во-первых, экономически целесообразно.

Во-вторых, каждый из членов комиссии экспертов должны изучить в полном объёме все предоставленные материалы, и чем больше участвующих в выполнении СМЭ специалистов, тем большее количество времени потребуется на их изучение. Т.е., оптимальное количество привлекаемых клинических специалистов способствует оптимальному сроку выполнения СМЭ по материалам врачебных дел.

Для оценки степени влияния состава комиссии экспертов, выполняющих СМЭ по материалам врачебных дел, был проведён корреляционный анализ.

Таблица 50. Коэффициенты корреляции между длительностью выполнения СМЭ и количеством, и стажем участвующих специалистов

	судебно- медицинские эксперты	клинические специалисты	вся комиссия
количество специалистов	0,220	0,338	0,376
стаж специалистов	0,046	0,356	0,297

Как следует из представленных данных, длительность выполнения СМЭ по материалам врачебных дел имеет наибольшую корреляционную связь с количеством участвующих в выполнении СМЭ комиссий, а также клинических специалистов (табл. 50). Таким образом, оптимальное количество привлекаемых к выполнению СМЭ клинических специалистов способствует оптимизации длительности их выполнения.

Таким образом, установлено, что:

- СМЭ необходимо выполнять с обязательным привлечением клинических специалистов, при этом, необходимо объективно оценивать минимальное их количество, которое определяется исходя из

предоставленных на исследование материалов, а также поставленных перед комиссией экспертов вопросов и объективной оценки анализируемой медицинской помощи, прежде всего, исходя из заболевания или травмы и развившихся осложнений;

- максимальное количество привлекаемых к участию в выполнении СМЭ клинических специалистов законодательно не ограничено и может быть лишь ограничено целесообразностью;

- статистическим анализом доказано, что величина комиссии экспертов влияет на длительность выполнения СМЭ по врачебному делу.

6.2.2 НЕДОСТАТКИ НА СТАДИИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ

П. 9 ч. 1 ст. 204 УПК РФ определено, что в заключении эксперта указываются «содержание и результаты исследований с указанием примененных методик», ст. 8 73-ФЗ и п. 25 Приказа 346н предусмотрена полнообъемность проведения исследований.

Таким образом, комиссия экспертов, должны в полном объеме изучить все предоставленные материалы, а также отразить результаты этого изучения в заключении в соответствующем разделе, при этом результаты проведенных исследований должны найти своё отражение в выводах, то есть послужить одной из их основ, наряду с другими источниками информации.

Все недостатки на данном этапе выполнения СМЭ можно дихотомически разделить на:

- недостатки исследования материалов;
- недостатки оформления исследовательской части заключения.

Недостатки исследования материалов, по основанию наличия или отсутствия самого исследования, можно разделить на:

- отсутствие исследования предоставленных материалов;
- отсутствие запроса на предоставление дополнительных материалов и, соответственно, отсутствие их исследования;

- исследование ненадлежащих материалов.

Недостатки исследования материалов, по виду исследуемого материала, можно разделить на недостатки, которые допущены при исследовании:

- гистологических препаратов;
- рентгенограмм, рентгеновских компьютерных томограмм, магнитно-резонансных томограмм, результатов выполнения других лучевых исследований на твердых или цифровых носителях (пленка, бумага, лазерный диск, флеш-накопитель);
- медицинских документов;
- осмотр (судебно-медицинское обследование) потерпевшего.

Недостатки оформления исследовательской части заключения можно классифицировать на:

- отсутствие отражения в исследовательской части необходимой информации;
- чрезмерное отражение содержащейся в материалах информации.

6.2.2.1 НЕДОСТАТКИ ИССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИАЛОВ

Анализ показывает, что в некоторых заключениях экспертов отсутствует исследование части из представленных материалов. При этом, данные материалы могут иметь важное значение для формулирования объективных выводов:

- гистологические препараты биопсийного, операционного материала, а также органов трупа;
- рентгенограммы, рентгеновские компьютерные томограммы, магнитно-резонансные томограммы, результаты выполнения других лучевых исследований на твердых или цифровых носителях (пленка, бумага, лазерный диск, флеш-накопитель);
- плёнки ЭКГ, КТГ и иные объективные носители информации.

С точки зрения действующего законодательства, комиссия экспертов

проводит свои исследования на строго научной основе, на основе полнообъёмного изучения предоставленных материалов и объективно. Отсутствие изучения перечисленных материалов (при их наличии) нарушает перечисленные принципы выполнения СМЭ.

Исследование гистологических препаратов

Анализ 808 заключений экспертов показал, что они выполнены в отношении как живых лиц, так и трупов (табл. 51)

Таблица 51. Распределение подэкспертных по группам в заключениях экспертов

	труп	живое лицо	2 трупа	2 живых лица	2 живых лица, 2 трупа	1 живое лицо, 2 трупа	1 живое лицо, 1 труп	всего
всего групп по СМЭ	545	175	6	12	2	5	63	808
трупы	545	0	12	0	4	10	63	634
живые лица	0	175	0	24	4	5	63	271
всего подэкспертных	545	175	12	24	8	15	126	905

С точки зрения принципов выполнения СМЭ, необходимо провести исследование гистологических препаратов органов трупа, то есть, как минимум, провести исследование гистологических стёкол с микропрепаратами. Такой подход однозначно будет указывать на стремление комиссии экспертов объективно ответить на поставленные вопросы.

Анализ 621 заключения экспертов, в которых фигурирует один или несколько умерших, с точки зрения проведения гистологического исследования показал, что при выполнении 39 заключений, были предоставлены гистологические препараты, но они не были исследованы при проведении СМЭ, при этом вопросы касались как правильности оказания медицинской помощи, так причины смерти и наличия ППСС выявленных НОМП с наступлением смерти больного. В этих заключениях комиссия

экспертов воспользовалась информацией о причине смерти и выявленных при судебно-медицинском (патологоанатомическом) исследовании трупа умершего изменениях во внутренних органах, выявленных, в том числе, при гистологическом исследовании, то есть, исходили не из объективной информации, полученной при проведении собственного исследования, а из информации, полученной иными специалистами. Отсутствие исследования всех предоставленных материалов, может послужить поводом для назначения повторных СМЭ, при проведении которых в ряде случаев, могут быть внесены коррективы в выводы.

Таким образом, необходимо избегать не исследования предоставленных гистологических препаратов, так как это может привести, во-первых, к не верному или не корректному ответу на поставленные вопросы, а во-вторых, к назначению повторной СМЭ.

Вторым вариантом не исследования гистологических материалов, более распространённым, является ситуация, когда они не были предоставлены и судебно-медицинский эксперт не воспользовался своим правом о направлении ходатайства лицу, назначившему выполнение СМЭ, о предоставлении соответствующих материалов и таких заключений было 176.

Гистологические исследования проводятся не только в отношении умерших лиц, но и при исследовании биопсионного, операционного материала. В частности, это касается различных областей медицины. Так, десять заключений (1,2% от всех анализируемых) были выполнены в отношении живых лиц, при этом претензии касались оказания медицинской помощи специалистами в области онкологии. Во всех десяти СМЭ стояли вопросы о правильности и своевременности диагностики онкологического заболевания и в шести были повторно изучены гистологические препараты биопсийных материалов для подтверждения или опровержения диагноза онкологического заболевания. Из них, в трёх суждение о патологическом процессе было изменено. Такое соотношение, установленное пусть и на небольшом фактическом материале, однозначно указывает на необходимость

повторного изучения гистологических материалов, в том числе от живых лиц (биопсионного и операционного материала).

Отсутствие изучения гистологических материалов является недостатком выполнения СМЭ, которые могут привести к неблагоприятным последствиям в виде принятия не корректного решения по делу.

Исследование рентгенограмм, рентгеновских компьютерных томограмм, магнитно-резонансных томограмм, результатов выполнения других лучевых исследований на твердых или цифровых носителях

Одним из важных источников объективной информации, являются рентгеновские снимки, рентгеновские компьютерные томограммы, магнитно-резонансные томограммы, результатов выполнения других лучевых исследований на твердых или цифровых носителях (пленка, бумага, лазерный диск, флеш-накопитель). Повторное изучение этих источников информации о патологическом процессе у больного поможет вынести собственное объективное суждение о наличии или отсутствии заболевания, травмы, их выраженности и давности, а также оценить правильность их диагностики в медицинской организации.

Изучение перечисленных материалов имеет первостепенное значение в ряде врачебных дел, где основные претензии касаются оказания медицинской помощи в специальностях, где лучевые методы диагностики являются значимыми в постановке правильного диагноза, такие, как, нейрохирургия, пульмонология, стоматология, травматология и ортопедия, фтизиатрия. Всего таких заключений из 808 анализируемых, было 130.

Из 130 заключений, в которых подэкспертным в процессе оказания медицинской помощи были выполнены рентгенограммы, рентгеновские компьютерные томограммы и т.д., в 21 не были исследованы, а в одном были исследованы частично, то есть при выполнении 22 СМЭ не были полностью исследованы предоставленные носители объективной информации (16,9% от исследуемой группы).

Таким образом, исследование предоставленных рентгенограмм, рентгеновских компьютерных томограмм и т.д., является обязательным, при этом, их исследование должно быть проведено специалистом, имеющим соответствующую подготовку, результаты исследования должны быть отражены в соответствующем разделе заключения эксперта.

Исследование медицинских документов

Важнейшим носителем информации об оказанной медицинской помощи являются медицинские документы, номенклатура которых перечислена в соответствующих Приказах и Письмах [244, 274, 276, 281].

Полноценность изучения медицинской документации подразумевает:

- необходимо изучать только подлинные медицинские документы;
- необходимо исключать изучение медицинских документов на основании изучения их исследований, отражённых в соответствующем разделе ранее проведённых СМЭ.

На необходимость изучения именно подлинников медицинских документов указывают:

- медицинский документ содержит определённую долю субъективного представления медицинского работника о состоянии здоровья его пациента;
- на частично субъективное восприятие медицинского работника может наложиться не аккуратное действие лица, копирующего медицинский документ;
- медицинские документы могут содержать признаки внесения исправлений, подчисток и иных изменений в первоначальный текст документа, что может быть не визуализировано при копировании, и при обнаружении перечисленных изменений их целесообразно отображать в исследовательской части заключения эксперта;
- отражение данных, содержащихся в медицинских документах, в исследовательской части заключения эксперта, заведомо не полноценно и субъективно, так как отражает лишь ту информацию, которая, по мнению

комиссии экспертов, важна для формулирования ответов на поставленные вопросы.

Таким образом, с точки зрения минимализации искажения информации, содержащейся в медицинских документах и с целью наиболее полного её восприятия, наиболее всестороннего их исследования, необходимо изучать только подлинники медицинских документов.

С данным требованием согласуются положения, содержащиеся в абз. 2 п. 7 Постановления 522, и в абз. 1 п. 67 Приказа 346н.

В. В. Колкутин, соавт. (2010) исследуя возможность выполнения СМЭ по копиям медицинских документов указывали, что это возможно лишь как крайняя вынужденная мера.

Таблица 52. Количество анализируемых заключений в зависимости от исследованных медицинских документов и экспертной организации

	Оригиналы	в % от группы	часть оригиналы, часть копии	в % от группы	копии	в % от группы	Медицинских документов без	в % от группы	Всего	в %
ГСМЭУ	645	95,0	53	94,6	22	45,8	8	32,0	728	90,1
негосударственные	34	5,0	3	5,4	26	54,2	17	68,0	80	9,9
всего	679		56		48		25		808	100,0
в %	84,0		6,9		5,9		3,1		100,0	

Как следует из представленных данных, по оригиналам медицинских документов заключения чаще выполняются в ГСМЭУ, а по копиям – в негосударственных экспертных организациях (табл. 52).

На необходимость изучения именно оригиналов медицинских документов, а не их копий, выписных эпикризов, указывают не только положения действующего законодательства, но и судебная практика.

Таким образом, проведённым анализом установлено, что:

- бóльшая часть СМЭ по материалам врачебных дел выполняется по оригиналам медицинским документов;

- выполнение СМЭ по копиям медицинских документов не является распространённой ошибкой;

- выполнение СМЭ по материалам врачебных дел без изучения оригиналов медицинских документов или, в исключительных случаях, их копий, не допустимо;

- не выполнение требования о необходимости изучения подлинников медицинских документов может привести к неправомерному решению, а также затягиванию рассмотрения дела.

Осмотр (судебно-медицинское обследование) потерпевшего

Осмотр подэкспертного, проводимый в рамках выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, может дать очень важную объективную информацию.

Необходимость осмотра подэкспертного закреплена и в действующем законодательстве, а именно, в абз. 1 п. 7 Постановления Правительства 522, в абз. 3 п. 27 Правил 2008. При выполнении СМЭ при претензиях к специалистам в области стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, пластической хирургии, косметологии, иногда, офтальмологии, а также, травматологии и ортопедии, осмотр может оказать существенную роль при формулировании выводов.

Таблица 53. Количество анализируемых заключений с необходимыми осмотрами в зависимости от вида судопроизводства

вид судопроизводства	косметология	офтальмология	пластическая хирургия	стоматология	травматология и ортопедия	челюстно-лицевая хирургия	всего	в %
гражданское	1	2	12	18	9	2	44	65,7
уголовное	1	7	7	2	5	1	23	34,3
всего	2	9	19	20	14	3	67	100,0
в %	3,0	13,4	28,4	29,9	20,9	4,5	100,0	

Количество выполненных СМЭ по отдельным видам медицинских специальностей, при которых целесообразно проведение осмотра подэкспертных, приведено в табл. 53.

Из 67 анализируемых заключений экспертов, осмотр подэкспертного был проведён при выполнении 27 заключений экспертов, при выполнении 40 заключений экспертов осмотр проведён не был (табл. 54).

Таблица 54. Количество анализируемых СМЭ с проведёнными осмотрами в зависимости от вида судопроизводства

вид судопроизводства	Косметология	офтальмология	пластическая хирургия	стоматология	травматология и ортопедия	челюстно-лицевая хирургия	Всего	в % от необходимого
ГД	1	1	9	8	2	1	22	50,0
УД и МП	1	3	1	0	0	0	5	21,7
Всего	2	4	10	8	2	1	27	40,3
в % от необходимого	100,0	44,4	52,6	40,0	14,3	33,3	40,3	

Как следует из представленных данных, наиболее часто осмотры потерпевших осуществляются при выполнении СМЭ по делам, связанным с претензиями к пластическим хирургам и косметологам (табл. 54).

Также, сравнивая относительные показатели проведения осмотров, можно утверждать, что они чаще проводятся при выполнении СМЭ по материалам ГД.

Осмотр является одним из источников объективной информации и его отсутствие осмотра может послужить в ряде случаев причиной назначения повторной СМЭ, что является однозначным недостатком выполнения СМЭ в отношении живого лица по врачебному делу.

Таким образом, установлено, что:

- при проведении СМЭ по материалам врачебных дел при претензиях к ряду специалистов осмотр подэкспертного необходим;

- осмотры чаще проводятся при выполнении СМЭ по материалам ГД, а также при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел при претензиях к

косметологам и пластическим хирургам;

- отсутствие осмотра подэкспертного может иметь юридически значимые последствия.

6.2.2.2 НЕДОСТАТКИ ОФОРМЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ

Отсутствие отражения в исследовательской части
необходимой информации

Ч. 1 ст. 204 УПК РФ и ст. 9 и 25 73-ФЗ определяют, что должно заключать заключение эксперта. В п. 89 Приказа 346н, указано, что «в заключении дополнительной или повторной экспертизы в обязательном порядке приводят результаты предшествующих экспертиз».

Таким образом, действующим законодательством определено, что должно содержать заключение эксперта. Однако эта регламентация, в большинстве своём, не является жёсткой, и даёт право эксперту оформлять заключение экспертов исходя из собственных представлений о целесообразности внесения тех или иных сведений. Законодатель обязал вносить в заключение эксперта результаты предшествующих экспертиз.

При анализе заключений установлено, что 506 являются дополнительными и повторными и должны содержать результаты ранее проведённых экспертиз и в большинстве из них (462) они были отражены.

Из 462 заключений экспертов, в которых отражены результаты ранее проведённых экспертиз, не все могут быть однозначно восприняты, как выполненные в соответствии с п. 89 Приказа 346н, например, когда исследовательская часть заключения представляет собой серию фотографий страниц предоставленных материалов, как правило, копии заключения из ГСМЭУ, или имеется лишь упоминание о проведённом исследовании ранее проведённых экспертиз.

Во всех 783 заключениях, для выполнения которых были предоставлены медицинские документы (или их копии), в исследовательской

части отражена информация из медицинских документов. При этом, степень подробности отражения информации из медицинских документов, различна. В части заключений отражение информации носит так называемый эпикризный характер, в части – отражена практически вся информация, содержащаяся в медицинских документах.

Так как в законодательстве отсутствует нормативное определение степени отражения информации, возможно лишь судить о несоответствии информации, отражённой в исследовании медицинских документов и информации, отражённой в выводах заключения эксперта. Однако подобные ошибки не являются ошибками оформления исследовательской части, в связи с чем в данной главе не рассматриваются.

При анализе заключений установлено, что ни одно из них не было назначено в связи с недостатками, связанными с отражением информации, содержащейся в медицинских документах в исследовательской части заключений. В связи с чем, суждения о недостаточности или избыточности отражения информации из медицинских документов, не имеют юридически значимых последствий.

Таким образом, показано, что:

- отсутствие отражения результатов ранее проведённых по делу экспертиз встречается не часто;
- отсутствие отражения результатов ранее проведённых по делу экспертиз практически не имеет юридически значимых последствий.

Чрезмерное отражение, содержащейся в материалах врачебных дел информации

Анализом заключений экспертов было выявлено несколько с явно излишним отражением результатов ранее проведённых экспертиз.

Так, в 2012 году в одном ГСМЭУ при проведении дополнительной комиссионной СМЭ в исследовательской части были отражены исследования всех предоставленных медицинских документов, а также было полностью

отражено заключение ранее проведённой СМЭ, начиная с поставленных вопросов, обстоятельств дела из постановления, полностью исследование медицинских документов, выводы. Подобное отражение ранее проведённой СМЭ не может считаться однозначно соответствующим смыслу п. 89 Приказа 346н, так как регламентирована необходимость отражения результатов, а не полного текста заключения. Такое отражение всего текста заключения, не являясь безусловным нарушением Приказа 346н, тем не менее является явно излишним, затрудняющим восприятие заключения. Однако, в данном случае, правоприменитель не дал никакой оценки такому оформлению заключения эксперта.

Таким образом, в ряде заключений экспертов степень отражения информации из материалов дела и медицинских документов может быть охарактеризована, как излишняя, что не имеет юридически значимых последствий.

6.2.3 НЕДОСТАТКИ НА СТАДИИ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ВЫВОДОВ

Итогом любого заключения СМЭ является формулирование выводов по поставленным вопросам. На данном, самом важном, заключительном этапе, допускаются различного рода ошибки. На ошибки, допускаемые при формулировании выводов, в силу их неизбежности и серьёзности, обращали и обращают по настоящее время самое пристальное внимание, о чём подробно сказано в обзоре литературе.

Так как целью настоящей работы не является изучение всех ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами в своей профессиональной деятельности, в данной главе будут рассмотрены одни из самых существенных ошибок, а именно, процессуальные, связанные с выходом за рамки собственной компетенции, а также логические, связанные с нарушениями законов формальной логики при формулировании выводов.

6.2.3.1 АНАЛИЗ ОШИБОК, СВЯЗАННЫХ С ВЫХОДОМ ЗА ПРЕДЕЛЫ

КОМПЕТЕНЦИИ КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ (ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ)

Наиболее часто встречающимися ошибками из этой группы, являются:

- оценка действия (бездействия) конкретного лица;
- юридическая оценка действия (бездействия) конкретного лица (например, установление виновности);
- оценка ранее выполненных по делу судебно-медицинских экспертиз.

Оценка действия (бездействия) конкретного лица

Анализ 808 заключений показал, что 397 (49,1%) из них выполнены по постановлениям и определениям, где содержались вопросы, касающиеся установления конкретных лиц, допустивших те или иные НОМП (табл. 55).

Таблица 55. Соотношение количества постановлений и определений, содержащих вопросы о персонализации

виде врачебного дела	всего	в % от всех	в % от группы	в % от судопроизводства
гражданские дела (всего 157)	22	2,7	5,5	14,0
уголовные дела (всего 449)	283	35,0	71,3	63,0
материалы проверок (всего 202)	92	11,4	23,2	45,5
Всего	397	49,1	100,0	

Полученные данные однозначно указывают, что вопросы о персонализации чаще ставятся при назначении СМЭ по материалам УД.

Полученные данные объяснимы особенностями уголовного и гражданского процесса. Так, в соответствии с ч. 1 ст. 1068 ГК РФ за действия своих работников (в данном конкретном случае, медицинских) несёт ответственность юридическое лицо (в данном конкретном случае, медицинская организация) и не имеет существенного значения для разрешения судом дела по существу, кто именно допустил те или иные НОМП. С другой стороны, УК РФ в общей части во многих местах акцентирует внимание на ответственность лиц и граждан, при этом

юридические лица не фигурируют (Адельханян Р.А., Аминов Д.И., Ансимов Ю.Н., 2007; Парог А.И., 2014).

Таким образом, с точки зрения гражданского права к ответственности можно привлечь как юридическое лицо, так и физическое, с точки зрения уголовного – исключительно физическое. Подобный вывод и нашёл своё отражение в приведённых выше статистических данных о постановке вопросов о персонализации.

При этом, ни в одном случае выход комиссии экспертов за рамки собственной компетенции с точки зрения персонализации медицинского работника, не послужило поводом назначения ещё одной СМЭ. И наоборот, в некоторых постановлениях и определениях о назначении, чаще всего, повторной СМЭ, правоприменителем одним из поводов было указано, что предыдущая комиссия экспертов не указала конкретного медицинского работника, допустившего НОМП, что указывает на системность исследуемой ошибки.

Как следует из представленных данных, в 23,5%, где имелись ответы о персонализации, ответ давался с точки зрения указания конкретного медицинского работника с указанием его фамилии, допустившего те или иные НОМП (табл. 56 Приложения).

Таким образом, доказано, что:

- оценка действия (бездействия) конкретных медицинских работников, является выходом за рамки компетенции комиссии экспертов;
- допущение такой ошибки не имеет юридически значимых последствий, в ряде случаев наоборот, её правильное избегание приводит к неоправданному назначению повторной СМЭ.

Юридическая оценка действия (бездействия) конкретного лица (например, установление ответственности, виновности)

В ряде постановлений и определений о назначении СМЭ содержатся вопросы, касающиеся не только определения конкретных лиц, допустивших

НОМП, но и юридической оценки, то есть, кто несёт ответственность, на ком лежит вина и так далее.

Среди 157 заключений экспертов, в которых содержится положительный ответ о персонализации, в 39 (4,8%) содержался ответ, касающийся определения ответственности, вины медицинского работника.

При анализе заключений экспертов, которые содержат ответы, касающиеся установления ответственности, вины медицинских работников, ни одно из них не было подвергнуто критическому осмыслению правоприменителями, которые позитивно восприняли подобные выводы. То есть во всех анализируемых случаях, в которых комиссия экспертов выходит за рамки собственной компетенции, не послужили причиной назначения повторной СМЭ.

Таким образом, доказано, что:

- оценка действия (бездействия) конкретных медицинских работников с установлением их ответственности, вины, является выходом за рамки компетенции комиссии экспертов;
- допущение такой ошибки не имеет юридически значимых последствий.

Оценка ранее выполненных по делу судебно-медицинских экспертиз

Анализ заключений экспертов показал, что при вынесении 32 постановлений и определений были поставлены вопросы, касающиеся оценки ранее проведённых по делу СМЭ.

При этом, 21 заключение экспертов содержало положительные ответы об оценке выполненных по делу СМЭ.

Анализ судебных актов показал, что такие ошибки находят свою оценку в решениях судов, вынесенных по делам по искам к медицинским организациям, как правило в виде непринятия такого заключения.

Таким образом, установлено, что:

- ошибка «оценка проведённых по делу судебно-медицинских

экспертиз» встречается достаточно редко и чаще её допускают сотрудники негосударственных экспертных организаций;

- эта ошибка имеет юридические последствия.

6.2.3.2 АНАЛИЗ ЛОГИЧЕСКИХ ОШИБОК

Допущение логических ошибок может привести к неправильной, противоречивой, не истинной оценке, например, оказанной медицинской помощи.

Аристотель понимает логику, как умозрительное исследование, дающее возможность различить условия доказательства, его виды, степени (Аристотель Собрание сочинений..., 1978).

В соответствии с основными законами логики, будут отдельно рассмотрены:

- нарушение закона тождества;
- нарушение закона непротиворечивости;
- нарушение закона исключённого третьего;
- нарушение закона достаточного основания.

Анализ поступающих в РЦСМЭ материалов показывает, что часто увеличение сроков расследования УД, а также, рассмотрения ГД, во многом связано с необходимостью назначения и производства дополнительных и повторных СМЭ.

Ч. 1 ст. 207 УПК РФ и ч. 1 ст. 87 ГПК РФ отсылают к двум законам формальной логики, а именно, к закону тождества (при недостаточной ясности) и к закону достаточного основания (недостаточной полноте заключения эксперта, неполноте). А ч. 2 ст. 207 УПК РФ и ч. 2 ст. 87 ГПК РФ – ко всем законам формальной логики, а именно, к закону непротиворечивости и закону исключённого третьего (наличие противоречий), к закону достаточного основания (сомнения в обоснованности), а также к закону тождества (сомнения в правильности).

При всей распространённости такого явления, как логические ошибки в заключениях экспертов, этой проблемы касались не многие судебные медики. При этом, как показал анализ судебно-медицинских экспертиз, логические ошибки, как допускались в 1974 г., когда вышла монография И.Г. Вермеля (1974), в 1995 г., когда вышла монография А.А. Солохина и И.Г. Вермеля (1995), так и допускаются в настоящее время, когда вышло многотомное пособие А.А. Тенькова (2019), в котором автор указывал о выводах, как о важнейшем разделе СМЭ, представляющие собой логические структуры.

Сами понятия «обоснованность» и «противоречие», фигурирующие в УПК РФ и ГПК РФ, являются понятиями, заимствованными из логики, и отражают нарушение её законов.

6.2.3.2.1 ОСНОВНЫЕ ЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

В логике имеются три основные формы – это понятие, суждение и умозаключение, которые взаимно связаны и характеризуют некую иерархию логических форм. Именно логические формы являются «строительным материалом» для построения качественных логических конструкций.

Базовым «кирпичиком» логики являются понятия, являющиеся одной из форм абстрактного мышления (Грядовой, Д.И., 2013).

Понятия имеют ряд существенных признаков – это прежде всего, форма мышления, объединяющая некий объём предметов, обладающих общими признаками (Гетманова А.Д., 2011).

Для целей выполнения СМЭ по материалам врачебных дел существенным в понятии является следующее:

- понятие является основой всех логических форм;
- понятие имеет свойства объёма и содержания, которые находятся в состоянии обратного отношения;
- возможны различные действия с объёмами понятий, как в сторону объединения, так и деления;
- деление понятий является основой классификаций, которые

присутствуют повсеместно в научной деятельности судебно-медицинских экспертов;

- при формулировании выводов необходимо стремиться использовать определённые понятия и избегать использования неопределённых (Антюшин С.С., Михалкин Н.В., 2013; Гетманова А.Д., 2011; Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008; Ковалев А.В., Шмаров Л.А., Теньков А.А., 2015).

Следующей логической формой, является суждение, которое является одной из форм мышления, в которой утверждается или отрицается нечто о предметах и об их связи (Челпанов, В.Г., 2010).

Для целей выполнения СМЭ по материалам врачебных дел существенным в суждениях является следующее:

- имеется несколько классов суждений, простые и сложные, каждый из которых делится на несколько видов;

- анализ различных видов суждений, а также понимание судебно-медицинским экспертом особенностей распределения терминов в суждениях, имеет большое практическое значение для формулирования обоснованных ответов на вопросы, касающиеся оценки оказанной медицинской помощи, наличия или отсутствия ППСС с исходом и о тяжести вреда, причинённого здоровью человека;

- использование логического квадрата в практической деятельности при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел для анализа суждений, касающихся оценки правильности оказания медицинской помощи;

- использование модальных суждений при выполнении СМЭ имеет практическое значение для ответов на вопросы, касающиеся оценки возможности наступления благоприятного исхода (Антюшин С.С., Михалкин Н.В., 2013; Гетманова А.Д., 2011; Грядовой, Д.И., 2013; Степаненко Г.Н., Кузьмина Е.В., 2014).

Следующей логической формой, является умозаключение, которое представляет собой получение нового знания (то есть нового суждения) на основе анализа нескольких суждений (Челпанов, В.Г., 2010).

В целом, выводы СМЭ и представляют собой некоторое количество умозаключений, которые представляют собой обоснованные ответы на поставленные вопросы.

Для целей выполнения СМЭ по материалам врачебных дел существенным в умозаключениях является следующее:

- имеется несколько классов умозаключений, каждый из которых делится на несколько видов;
- строгое следование правилам построения различных видов умозаключений поможет комиссии экспертов избежать ошибок и формулирования ложных выводов;
- правильное использование различных видов умозаключений поможет судебно-медицинской экспертизе в обоснованном и логически правильном ответе на вопросы, касающиеся правильности оказания медицинской помощи, установления ПСС (Антюшин С.С., Михалкин Н.В., 2013; Грядовой, Д.И., 2013; Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008; Коэн Моррис, Нагель Эрнест, 2015; Седов В.М., 2010; Woodward J., 2005).

6.2.3.2.2 НАРУШЕНИЯ ОСНОВНЫХ ЗАКОНОВ ФОРМАЛЬНОЙ ЛОГИКИ

В логике принято, что закон мышления, или логический закон – это необходимая, существенная, устойчивая связь между мыслями (Антюшин С.С., Михалкин Н.В., 2013; Гетманова А.Д., 2011). Ошибки, связанные с содержанием мыслей, являются фактическими ошибками, которые появляются вследствие незнания предмета, неосведомленности о реальном положении дел (Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008). Таким образом, имеются ошибки фактические и ошибки логические, при этом, первые проистекают от незнания предмета, вторые – от нарушения законов логики, и могут привести к ложным выводам из верных посылок.

Среди большого числа законов и правил абстрактного мышления выделяют основные законы логики: тождества, непротиворечия,

исключенного третьего и достаточного основания (Антюшин С.С., Михалкин Н.В., 2013).

Таким образом, существуют четыре основных закона формальной логики, несколько основных логических форм, а также прямые и косвенные доказательства. При этом, использование логических форм и доказательств должны подчиняться определённым правилам, а именно, законам формальной логики, нарушение которых может привести к ложным выводам и правила эти могут быть объединены в группы, в соответствии с законами формальной логики.

Для изучения нарушений основных законов логики, допускаемых при написании судебно-медицинских экспертиз, выполненных по материалам врачебных дел, было проанализировано 808 заключений. Выводы СМЭ анализировались с точки зрения наличия нарушений четырёх основных законов логики.

Анализ заключений показал, что не содержали каких-либо логических ошибок лишь 102 СМЭ, или 12,6% от общего числа, и, соответственно, содержали логические ошибки – 706 СМЭ (94,5%) (табл. 57).

Таблица 57. Распределение заключений, в выводах которых содержатся нарушения законов логики

закон логики	всего заключений, содержащих нарушение закона	доля от всех проанализированных заключений, в %	доля от всех проанализированных заключений с ошибками, в %
закон тождества	172	21,3	24,4
закон не противоречия	194	24,0	27,5
закон исключённого третьего	151	18,7	21,4
закон достаточного основания	458	56,7	64,9
нарушения законов логики не выявлены	102	12,6	

На факт того, что нарушения законов формальной логики встречаются не по одному, а в совокупности указывают приведённые статистические данные, так как суммы частот встречаемости нарушения законов логики существенно превышают 100%, что указывает на то, что они выявляются не по одному, а, как правило, по несколько на заключение экспертов.

Таким образом, приведённые статистические данные позволяют однозначно утверждать о распространённости допущения нарушения законов формальной логики.

6.2.3.2.2.1 НАРУШЕНИЕ ЗАКОНА ТОЖДЕСТВА

Закон тождества указывает на то, что всякая мысль в процессе рассуждения должна быть тождественна самой себе (Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008; Терлюкевич И.И., Булыго Е.К., Струтинская Н.В., 2012).

Таблица 58. Распределение заключений, выводы которых содержат нарушения закона тождества

ошибки при нарушении закона тождества	всего заключений, содержащих ошибку	доля от всех заключений с анализируемой ошибкой, в %	доля от всех проанализированных заключений с ошибками, в %	доля от всех проанализированных заключений, в %
подмена понятия (тезиса)	71	41,5	10,1	8,8
довод к человеку	34	19,5	4,8	4,2
кто слишком много доказывает, тот ничего не доказывает	48	27,6	6,7	5,9
кто слишком мало доказывает, тот ничего не доказывает	58	33,9	8,3	7,2

При нарушении закона тождества, при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, допускаются следующие основные ошибки:

- а) подмена понятия (тезиса);

б) довод к человеку;

в) переход в другой род:

1) кто слишком много доказывает, тот ничего не доказывает,

2) кто слишком мало доказывает, тот ничего не доказывает.

Нарушения закона тождества были выявлены в 172 заключениях экспертов (24,4% от всех анализируемых) (табл. 58).

Подмена понятия (тезиса)

Согласно правилам логики, тезис должен быть ясно сформулирован и оставаться одним и тем же на протяжении всего доказательства или опровержения доказательства (Гетманова А.Д., 2011). В случае нарушения этого правила возникает ошибка «подмена понятия или тезиса». Подобная ошибка возникает, когда в выводах заключения экспертов в начале говорится об одном, потом фигурирует другое, чаще всего близкое по смыслу, понятие, но тем не менее иное, которое в конечном итоге искажает смысл умозаключения. Также подмена тезиса имеет место при ответе на вопрос, когда спрашивают об одном, а ответ формулируется несколько о другом.

Так, на вопрос «Возможно ли было избежать такого исхода при отсутствии упущений и недостатков в диагностировании и его лечении?» Комиссия экспертов высказалась, что «Данный вопрос носит вероятностный характер, ответ на который не входит в компетенцию врачей судебно-медицинских экспертов». При этом, комиссию экспертов не просили оценить вероятность наступления благоприятного исхода, а лишь её возможность. Очевидно, что понятия вероятность и возможность, при всём некотором созвучии и схожести, не являются идентичными (о чём было сказано в соответствующей главе). И правильное восприятие понятия помогло бы дать положительный ответ на поставленный вопрос. Таким образом, в цитируемом варианте была допущена логическая ошибка «подмена понятия (тезиса)».

Таким образом, при формулировании выводов необходимо:

- пользоваться одним и тем же понятием на протяжении всего текста выводов, не заменяя его другим, пусть даже близким по смыслу, так как для других смысл может быть не столь близок;

- строго следовать понятию, которое фигурирует в вопросе при формулировании ответа, или специально обговаривать причину отхода от понятия из вопроса.

Довод к человеку

Ошибка «довод к человеку» состоит в ссылке на личные качества человека, когда доказательство истинности или ложности тезиса подменяется доказательством достоинств или недостатков человека. Такая ошибка сводится к тому, что неправильность оказания медицинской помощи обосновывается малым опытом работы и отсутствием опыта по выполнению тех или иных медицинских манипуляций и наоборот.

При выполнении дополнительной комиссионной СМЭ комиссия экспертов одно ответила, что «считаем, что, при своевременной диагностике заболевания (постановке правильного диагноза) и проведении квалифицированного оперативного вмешательства по поводу острого аппендицита, для больного Ц.А.Р. вероятность благоприятного исхода была высокой. (Согласно консультативному заключению профессора Т.В.З.)». В данном выводе комиссия экспертов свой вывод основывала лишь на мнении авторитетного медицинского работника, чья авторитетность подтверждена наличием учёного звания профессора, при этом данный учёный в комиссию экспертов не входил и вывод сделан исключительно на основании его мнения, что и характеризует допущенную ошибку, как довод к человеку, его авторитету.

Вариантом такой ошибки является апелляция к характеристикам конкретного медицинского работника, допустившего НОМП, его недостаточный, по мнению комиссии экспертов, опыт, отсутствие научных званий и так далее и могли быть одной, или единственной, причиной

неправильного действия медицинского работника.

Таким образом, при формулировании выводов необходимо:

- избегать обоснования правильности оказания медицинской помощи наличием у медицинского работника научных званий, большого опыта работы;

- неверно объяснять допущенные НОМП неким «малым опытом», «отсутствием опыта проведения медицинских манипуляций», «самоуверенностью» и иными негативными, с точки зрения комиссии экспертов, личностными характеристиками медицинского работника.

Переход в другой род:

кто слишком много доказывает, тот ничего не доказывает

Данная логическая ошибка допускается тогда, когда вместо определенного истинного положения, вытекающего из аргументов, утверждается более общее положение, являющееся ложным. то есть, из аргументов следует не только тезис, но и какое-нибудь ложное положение (Солохин А.А., Вермель И.Г., 1995).

Например, оценивая правильность оказания медицинской помощи гр-ну А., комиссия экспертов высказалась, что прямым показанием к операции трепанации являлось наличие у Гр-на А. субдурального кровоизлияния и всё. В этом случае именно такие выводы являются примером слишком широкого доказывания, так как не всякое субдуральное кровоизлияние требует проведения оперативного вмешательства. Так, в соответствии с Клиническими рекомендациями «Тяжёлая черепно-мозговая травма» «Рекомендовано удаление острой субдурального кровоизлияния объемом более 40 см³ толщиной более 10 мм или смещении срединных структур более 5 мм» (Клинические рекомендации «Тяжёлая черепно-мозговая травма»..., 2017). То есть не всякое кровоизлияние подлежит оперативному удалению, что и указывает на некорректность выводов.

Таким образом:

- при выполнении СМЭ, доказывать необходимо ровно столько, сколько необходимо для характеристики конкретной патологии и оказанной медицинской помощи и не пытаться ответить более широко;

- при формулировании выводов следует придерживаться строго той патологии и той оказанной больному медицинской помощи, какие имелись в реальности и не пытаться обосновать правильность диагностики и оказания медицинской помощи общими фразами о вообще показанности или не показанности применённого лечения, о вообще диагностируемости или нет какой-либо патологии;

- для избегания допущения ошибки необходимо соблюдать баланс между имеющейся информацией и необходимой информацией, с целью избегания формулирования категорических выводов, когда должны были быть вероятностные.

Переход в другой род:

кто слишком мало доказывает, тот ничего не доказывает

Ошибка «кто слишком мало доказывает, тот ничего не доказывает» возникает тогда, когда вместо тезиса а мы докажем более слабый тезис в.

Такая ошибка допускается комиссиями экспертов при оценке медицинской помощи, когда при ответе на вопрос о правильности оказания медицинской помощи, лишь констатируется тот факт, что она вообще оказывалась, без какого-либо анализа. Также такая ошибка допускается, когда комиссия экспертов отказывается от ответа на вопрос о наличии заболеваний, повреждений, или механизме их образования, аргументируя это отсутствием всей возможной информации, хотя имеющаяся явно позволяла дать ответ на поставленный вопрос.

Так, комиссии экспертов отказывались от оценки наличия или отсутствия заболеваний на основании отсутствия описания всех возможным симптомов и синдромов, встречающихся при их наличии. Так, например, в учебнике, подготовленном М.И. Кузиным (2002), перечислено восемь

симптомов острого аппендицита, выявляемых при физикальном обследовании. При этом, отсутствует необходимость выявления их всех, достаточно лишь нескольких симптомов для вынесения суждения о наличии у больного острого аппендицита и определения тактики лечения. В таких случаях эксперты отказываются от вынесения суждения о наличии у больного острого аппендицита на том основании, что не описаны все имеющиеся симптомы, которые возможно выявить при физикальном обследовании. И такие выводы будут примером исследуемой логической ошибки.

Таким образом:

- при выполнении СМЭ доказывать наличие или отсутствие заболевания необходимо исходя из комплексного анализа имеющихся данных, а не механистического сопоставления выявленных симптомов и синдромов со всеми возможными перечисленными в специальной литературе;

- при ответах на вопросы, касающиеся оценки правильности оказания медицинской помощи, следует избегать так называемых «не исключających» выводов, которые, как правило, являются проявлением исследуемой ошибки;

- необходимо соблюдать баланс между имеющейся информацией и необходимой информацией, с целью избеганию формулирования вероятностных выводов, когда было возможно формулирование категорических.

6.2.3.2.2.2 НАРУШЕНИЕ ЗАКОНА НЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ

«Требование непротиворечивости мышления выражает формально-логический закон не противоречия: два несовместимых суждения не могут быть одновременно истинными; по крайней мере одно из них необходимо ложно» (Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008). То есть, можно утверждать, что А не есть неА, то есть противоречивыми будут суждения «Медицинская помощь Иванову С.А. оказана правильно» и «Медицинская помощь Иванову

С.А. оказана неправильно», истинно лишь одно из двух цитируемых суждений, что и отражает следование закону не противоречия.

Нарушения закона не противоречия можно встретить не только в выводах СМЭ, но и в научных публикациях. Р.В. Коротких с соавт. анализируя понятия ятрогения, пришли к выводу, что это «дефект оказания медицинской помощи, выраженный в виде нового заболевания или патологического процесса, возникшего в результате как правомерного, так и неправомерного осуществления профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных и реабилитационных медицинских мероприятий (манипуляций)» (Коротких Р.В., Жилинская Е.В., Симакова Н.В., Лукова Н.Х., 2000). В цитируемом определении авторы пришли к выводу, что ятрогения – это результат дефекта медицинской помощи, который является проявлением неправомерных действий медицинского работника (общеотрицательное суждение) или правомерных действий (общеутвердительное суждение). Такие суждения находятся в отношениях контрарности (противоположности), что характеризует нарушение закона не противоречия. В предложенном определении целесообразно убрать словосочетание «правомерного, так и неправомерного», так как третьего не дано и упоминание двух вариантов явно излишне. Простая модификация данного определения позволила бы авторам избежать допущения логической ошибки, и неопределённости.

Таким образом, для избегания нарушения закона не противоречия, комиссии экспертов следует об одном и том же предмете выносить суждения, которые не являются противоположными, и это касается самых разных вопросов, таких как:

- установление причины смерти: комиссия экспертов её либо устанавливает при наличии достаточного объёма данных, либо нет, или выносит предположительное суждение;
- характеристика оказанной медицинской помощи: следует воздерживаться от одновременной её характеристики, как правильная или не

правильная, что может произойти при наличии очень большого количества вопросов и оказания медицинской помощи в нескольких медицинских организациях;

- оценка действия конкретных лиц, оценка возможности наступления благоприятного исхода: необходимо, чтобы комиссия экспертов однозначно для себя решила вопросы о том, входит ли ответ на эти вопросы в её компетенцию или нет и соответственно отвечать на них.

6.2.3.2.2.3 НАРУШЕНИЕ ЗАКОНА ИСКЛЮЧЁННОГО ТРЕТЬЕГО

Закон формулируется следующим образом: два противоречащих суждения не могут быть одновременно ложными, одно из них необходимо истинно: a есть либо b , либо $\neg b$ (при этом, согласно закону непротиворечия, два несовместимых суждения не могут быть одновременно истинными, по крайней мере одно из них необходимо ложно). То есть, закон исключённого третьего действует только по отношению к противоречащим суждениям, и он устанавливает, что одно из них необходимо ложно (Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008).

В выводах заключений экспертов не редко встречается умозаключение «Диагноз больному Иванову А.И. поставлен правильно, но не полно, так как не было диагностировано осложнение основного заболевания». В этом примере, вынесены одновременно два суждения об одном предмете (диагнозе) – поставлен правильно (общеутвердительное, А) и частично не правильно (частноотрицательное, О). Эти два суждения находятся в отношениях противоречия, они не могут быть одновременно истинными и одновременно ложными, либо одно, либо другое, что характеризует нарушение закона исключённого третьего. В приведённом примере стоит высказываться или о том, что диагноз поставлен правильно, или, что он поставлен не полно, никак не смешивая указанные суждения.

В изучаемом случае, правильным, то есть логически не противоречивым выводом о правильности установления диагноза, будет

констатация одного из вариантов, то есть, диагноз поставлен правильно, диагноз поставлен неправильно или диагноз поставлен частично правильно. Формулирование одиночного суждения о том, что диагноз поставлен частично неправильно следует избегать, так как это может быть признаком ошибки поспешное обобщение.

Таким образом, для избегания нарушения закона исключённого третьего, комиссия экспертов при формулировании выводов следует об одном и том же предмете выносить суждения, которые не являются противоречивыми, что касается самых разных вопросов:

- при характеристике правильности постановки диагноза следует выносить одно суждение, или общее, или частное, их не смешивая;
- при характеристике оказанной медицинской помощи не следует смешивать общие ответы о правильно оказанной медицинской помощи с частными ответами о допущенных некоторых недостатках;
- для избегания нарушения закона исключённого третьего необходимо соблюдать баланс частных и общих суждений, их не смешивая.

5.2.3.2.2.4 НАРУШЕНИЕ ЗАКОНА ДОСТАТОЧНОГО ОСНОВАНИЯ

Закон достаточного основания, определяется как требование, чтобы всякое утверждение было доказанным, чтобы вывод опирался на достоверные и согласованные данные (Эйсман А.А., 1967).

Используя в повседневной практике закон достаточного основания, следует помнить, что логическое основание и логическое следствие не всегда совпадают с реальными причиной и следствием (Гетманова А.Д., 2011).

Нарушение закона достаточного основания встречается в виде следующих ошибок (табл. 59 Приложения):

- а) отсутствие (недостаточное) обоснования;
- б) основное заблуждение (ложное основание);
- в) предвосхищение основания (недоказанное основание);
- г) порочный круг (круг в доказательстве);

д) мнимое следование:

1) после этого, значит вследствие этого;

2) от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно.

Отсутствие (недостаточное) обоснования

Ошибка «отсутствие или недостаточное обоснование» является наиболее частым нарушением исследуемого закона. Необходимость наличия обоснования выводов заключений экспертов закреплена законодательно, в частности, в ч. 10 п. 1 ст. 204 УПК РФ, в ч. 1 ст. 85 ГПК РФ, в п. 2 ст. 8 73-ФЗ.

При выполнении СМЭ по материалам врачебных дел это особенно важно, так как правоприменителю, не обладающему специальными познаниями в области медицины, именно обоснование, которое должно быть сформулировано максимально понятно не медицинскому работнику, поможет правильно воспринять выводы СМЭ.

Отсутствие обоснования или недостаточное обоснование выводов, нередко становятся причиной назначения повторной СМЭ. Таким образом, только лишь допущение исследуемой ошибки может иметь юридически значимые последствия в виде непринятия в полной мере выполненного заключения экспертов.

Нарушение закона достаточного основания в анализируемых заключениях экспертах встречается в двух вариантах:

- полное отсутствие обоснования выводов;
- наличие псевдообоснования, когда обоснование представляет собой отсыл к какому-либо документу (протоколу патолого-анатомического или судебно-медицинского исследования трупа, медицинским документам).

Таким образом:

- допущение ошибки отсутствие (недостаточное) обоснования встречается в заключениях экспертов в двух формах: полного отсутствия обоснования или наличия псевдообоснования;

- использование в качестве обоснования отсылки к какому-либо документу (протоколу исследования трупа, медицинскому документу и др.) обоснованием не является;

- отсутствие обоснования или наличие неполного, или псевдообоснования имеет юридически значимые последствия в виде, как правило, назначения повторной СМЭ.

Основное заблуждение (ложное основание)

Допущение ошибки «основное заблуждение» связано не столько с нарушением законов логики, сколько с фактическими ошибками. То есть, в качестве «аргументов берутся не истинные, а ложные суждения которые выдают или пытаются выдать за истинные» (Гетманова А.Д., 2011).

Таким образом:

- ошибка «основное заблуждение (ложное основание)» может иметь юридически значимые последствия, как с точки зрения назначения повторной СМЭ, так и принятия не правомерного решения по делу;

- для избегания ошибки «основное заблуждение (ложное основание)» необходимо, во-первых, пользоваться только общепринятыми сведениями по определённой нозологии, её диагностике, лечению и профилактике, во-вторых, отвечать на вопросы строго в рамках собственной компетенции, и в-третьих, корректно использовать данные специальной литературы.

Предвосхищение основания (недоказанное основание)

Логическая ошибка «предвосхищение основания (недоказанное основание)», связана с тем, что сначала судебно-медицинский эксперт что-то предполагает, а потом это предположение уже рассматривается, как истинное. Таким образом, ошибка «предвосхищение основания (недоказанное основание)» представляет собой некий вариант выше изученной ошибки, в ряде случаев эти ошибки могут совпадать, когда

предположение оказывается ложным и на этом предположении, в итоге ложном, строятся выводы заключения эксперта.

Изучаемую ошибку допускают повсеместно при определении тяжести вреда, причинённого здоровью человека при неопределившемся исходе. В большинстве таких случаев тяжесть вреда устанавливается на основании, как правило, статистических данных о длительности заживления того или иного перелома.

Таким образом:

- для исключения допущения ошибки «предвосхищение основания (недоказанное основание)» комиссии экспертов необходимо в качестве обоснования выводов использовать только установленные, доказанные, данные;

- ссылка на специальную литературу, НПА, регламентирующие оказание медицинской помощи, помогут избежать исследуемой ошибки;

- исследуемая ошибка имеет широкое распространение при выполнении СМЭ в отношении живых лиц при определении тяжести вреда, причинённого здоровью человека при неопределившемся исходе.

Порочный круг (круг в доказательстве)

Ошибка «порочный круг (круг в доказательстве)» встречается, когда в качестве аргумента используется положение, которое обосновано самим тезисом.

Подобные ошибки можно встретить в заключениях экспертов, выполняемых по материалам врачебных дел, и практически всегда встречаются при наличии псевдообоснования, когда причина смерти обосновывается лишь фактом наличия некой патологии, и всё. При этом никак не обосновывая, а почему именно эта патология вызвала наступление смерти, какие именно клинические, морфологические данные на это указывают?

Подобную ошибку можно встретить не только в заключениях

экспертов, но и в научных публикациях. Так, в статье, посвящённой оказанию медицинской помощи в связи с инородным телом пищевода, авторы пришли к выводу, что «Приведенный случай наглядно показал, что среди причин ненадлежащего оказания медицинской помощи может быть, как ее несвоевременное, так и недостаточное или неправильное оказание» (Кильдюшов Е.М., Егорова Е.В., Кузин А.Н., Калашников Д.П., 2021). То есть, причиной неправильно оказанной медицинской помощи указана неправильно оказанная медицинская помощь, тезис обосновывается самим собой, что является именно «кругом в доказательстве».

Таковую ошибку можно встретить при оценке осложнений медицинских манипуляций. Так, в ряде заключений экспертов правильность выполнения медицинской манипуляции, несмотря на наличие осложнения, обосновывается наличием в медицинском документе протокола правильно проведённой манипуляции. То есть, медицинская манипуляция выполнена правильно, так как имеется протокол правильно проведённой манипуляции, который указывает на её правильность и так далее. Не требует какого-либо дополнительного обоснования тот факт, что имеющийся в медицинском документе протокол проведения медицинской манипуляции может не соответствовать истинному ходу её выполнения.

Таким образом:

- для исключения допущения логической ошибки «порочный круг (круг в доказательстве)» необходимо строго следовать правилу, что истинность аргументов должна быть обоснована независимо от истинности тезиса;
- при формулировании выводов необходимо избегать их обоснования положениями, которые сами, в свою очередь, обосновываются выводом.

Мнимое следование

Мнимое следование объединяет группу логических ошибок, общее в которых то, что тезис не следует с необходимостью из аргументов (Кириллов В.И., Старченко А.А., 2008; Попов Ю.П., 1999).

Далее будут рассмотрены два основных вида логической ошибки «мнимое следование»: «после этого, значит вследствие этого» и «от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно».

После этого, значит вследствие этого

Одним из фундаментальных признаков причинно-следственных отношений является то, что причина всегда предшествует следствию. И эта же фундаментальная основа иногда приводит к логической ошибке, когда простое следование событий друг за другом признаётся за причинное отношение.

Данная логическая ошибка не является редкостью при формулировании выводов заключений экспертов, выполняемых по материалам врачебных дел. Так, при выполнении СМЭ комиссия экспертов, отвечая на вопрос «Повлияло ли на течение беременности и неблагоприятный исход родов назначение К.Т.А. лекарственных препаратов, сведения о которых имеются в медицинских документах? Если повлияло, то в какой мере, и каких именно лекарственных препаратов?» сообщила, что «Все лекарственные препараты назначались К.Т.А. по показаниям, противопоказаний к их назначению не имелось. При этом каких-либо осложнений у беременной в результате применения назначенных препаратов при исследовании представленных медицинских документов выявлено не было». В цитируемых выводах комиссия экспертов обосновала правильность назначения медицинских препаратов в том числе отсутствием их побочных эффектов, осложнений. Однако, даже правильно и терапевтических дозах назначенные медицинские препараты имеют определённый набор побочных эффектов, которые далеко не всегда прогнозируемы. При этом, не по показаниям назначенные и применённые лекарственные препараты приводят к развитию побочных эффектов, лечебный эффект от их использования может просто отсутствовать. Таким образом, в данном примере имеет место допущение логической ошибки «после этого, значит вследствие этого», так

как отсутствие побочных эффектов не всегда является показателем, или следствием, правильного или не правильного применения лекарственных препаратов. Перефразируя выводы в контексте изучаемой логической ошибки, получается, что медицинские препараты применены правильно, так как в последствии не отмечено побочных эффектов, что и представляет собой мнимое следование.

Таким образом:

- для избегания допущения логической ошибки «после этого, значит вследствие этого» необходимо учитывать, что простое следование событий друг за другом не означает, что они причинно связаны;

- для построения истинного умозаключения, простая временная последовательность должна быть подкреплена иными, не связанными с временным фактором, суждениями, истинность которых уже доказана, что особенно важно для оценки, например, побочных действий медицинских препаратов и осложнений медицинских манипуляций.

От сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно

И.Г. Вермель (1967) высказался об исследуемой ошибке, указав, что она «возникает тогда, когда какому-либо положению, действительному в условном, относительном смысле, придают значение безусловного, безотносительного».

Исследуемая логическая ошибка встречается, когда сначала комиссия экспертов что-то предполагает о состоянии больного (пострадавшего), о его возможной причине смерти, о необходимости выполнить ему те или иные диагностические и лечебные мероприятия, а потом уже принимает это как доказанный факт, на котором строится окончательный вывод о правильности диагностики и лечения, а также о тяжести вреда, причинённого здоровью.

Таким образом:

- для избегания допущения логической ошибки «от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно» при вероятностном

характере аргументов, тезис необходимо также формулировать в вероятностной форме;

- формулирование категорического тезиса из вероятностных аргументов возможно лишь при обосновании такого умозаключения, то есть доказав, что сумма вероятностных аргументов достаточна для формулирования категорического тезиса (вывода).

6.2.3.2.2.5 ВЫВОДЫ

В настоящей подглаве рассмотрены в преломлении темы настоящей работы, основные логические законы, а также ошибки, возникающие при их нарушении. Показано, что имеются ошибки фактические, которые исходят от незнания предмета, и ошибки логические – от нарушения законов логики. Продемонстрировано, что, исходя из верных посылок, то есть, верных аргументов, допущение логических ошибок может привести к ложным выводам.

Таким образом, сокращения логических ошибок в СМЭ можно достичь самыми разными способами, начиная от преподавания основ логики в медицинских высших учебных заведениях и на курсах переподготовки специалистов судебно-медицинских экспертов, и заканчивая унификацией выводов, которые судебно-медицинские эксперты формулируют в своих заключениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящей диссертационной работы являлась разработка, обоснование и внедрение научно обоснованных единых научных методологических подходов к решению основных вопросов при назначении и выполнении СМЭ в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи и их внедрение в практическую деятельность судебно-медицинских экспертов.

Для реализации цели диссертационной работы было проведено многоэтапное исследование.

На первом этапе, при изучении исторического аспекта проблемы врачебных дел, было показано, что развитие медицины, судебной медицины и правового регулирования медицинской деятельности прошло большой путь, от архаичных зачатков регулирования, до установления правовых норм.

Показано, что интерес правоохранителей к деятельности медицинских работников в дореволюционной России насчитывает не одно столетие, и после Октябрьской революции этот интерес существенно возрос.

Так, сразу после Октябрьской революции было принято свыше 200 декретов и постановлений по вопросам здравоохранения, регламентирующих оказание медицинской помощи. И одним из первых стал Декрет «О профессиональной работе и правах медицинских работников», вышедший в 1924 году.

Также, в первые послереволюционные годы, при принятии Уголовного кодекса, были предусмотрены статьи, по которым медицинский работник мог быть привлечён к ответственности за неосторожное убийство, неоказание помощи больному, а также за халатность.

Важной вехой в правовом регулировании медицинской деятельности, стал Закон «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», принятый в 1969 году, где впервые регламентированы вопросы, касающиеся информированного согласия на медицинское вмешательство. В этом же законе имелась статья, регламентирующая

выполнение судебно-медицинских экспертиз.

Закономерным развитием стал принятый в 1993, после распада СССР и появления новых вех в жизни, в том числе и медицинских работников, закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

В настоящее время, на смену ФЗ 1993 пришёл действующий по настоящее время 323-ФЗ, который явился закономерным правопреемником, в том числе, в определении ответственности медицинских работников.

Длительный период существования такого явления, как врачебные дела, не мог пройти мимо научного сообщества, что и предопределило защиту множества диссертаций, а также появления научных статей и монографий.

Установлено, что уже с середины 1920-х годов стали появляться научные публикации, в которых авторами была отмечена трудность и щекотливость позиции судебно-медицинского эксперта в такого рода делах, а также необходимость всестороннего, в том числе, судебно-медицинского, изучения феномена врачебных дел.

Впоследствии, практически все выдающиеся советские судебные медики и патологоанатомы, в той или иной степени касались этой очень непростой и постоянно актуальной проблемы. Практически все авторы указывали на важность изучения данной проблемы, в том числе, и с точки зрения профилактики допущения НОМП, что возможно при объективно, на строго научной основе, выполняемых СМЭ.

Начиная с середины 1930-х годов в учебниках по судебной медицине стали появляться главы, посвящённые врачебным делам. Например, если в учебнике Н.В. Попова (1950), врачебным делам посвящено неполных три страницы, то в учебнике, подготовленном проф. В.И. Прозоровским (1968), врачебным делам было посвящено почти шесть, что указывает и на возрастающий интерес к такого рода делам и выполняемым по ним СМЭ. Другие выдающиеся судебные медики, учёные и организаторы судебной медицины в СССР, такие, как М.И. Авдеев, И.Ф. Огарков, О.Х. Поркшеян,

Б.М. Хромов, А.П. Громов, достаточно много касались темы врачебных дел.

При этом, публикаций в научной печати, посвящённой судебно-медицинской оценке НОМП, было и в настоящее время имеется, значительное количество. Закономерным отражением интереса судебных медиков к проблеме врачебных дел, стали диссертации по изучаемой теме.

Проведённым исследованием установлено, что в разные годы было защищено 59 диссертаций на соискание учёной степени кандидата медицинских наук и 16 на соискание учёной степени доктора медицинских наук. Все эти диссертации были посвящены судебно-медицинской оценке НОМП, допускаемых самыми разными специалистами. Наибольшее количество диссертационных работ, было посвящено общим вопросам выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, а также в связи с претензиями к стоматологам. Такое преобладание диссертационных работ, связанных с оценкой медицинской помощи, оказанной стоматологами, связано с рядом причин. Во-первых, имеется достаточно большое количество обращений граждан с исками к медицинским организациям, оказывающим стоматологическую медицинскую помощь. Во-вторых, большинство этих диссертаций подготовлено на кафедре или с участием кафедры судебной медицины Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, где интерес к оценке недостатков оказания медицинской помощи стоматологами объективен и позитивен с точки зрения детальной разработки методологии написания подобного рода диссертационных работ, что нашло своё отражение в подготовке научных работ и по оценке НОМП по другим медицинским специальностям.

Несмотря на то, что интерес судебных медиков к выполнению экспертиз по материалам врачебных дел имеет под собой многолетнюю историю, только в 2000-е годы был резкий всплеск их количества (рис. 2).

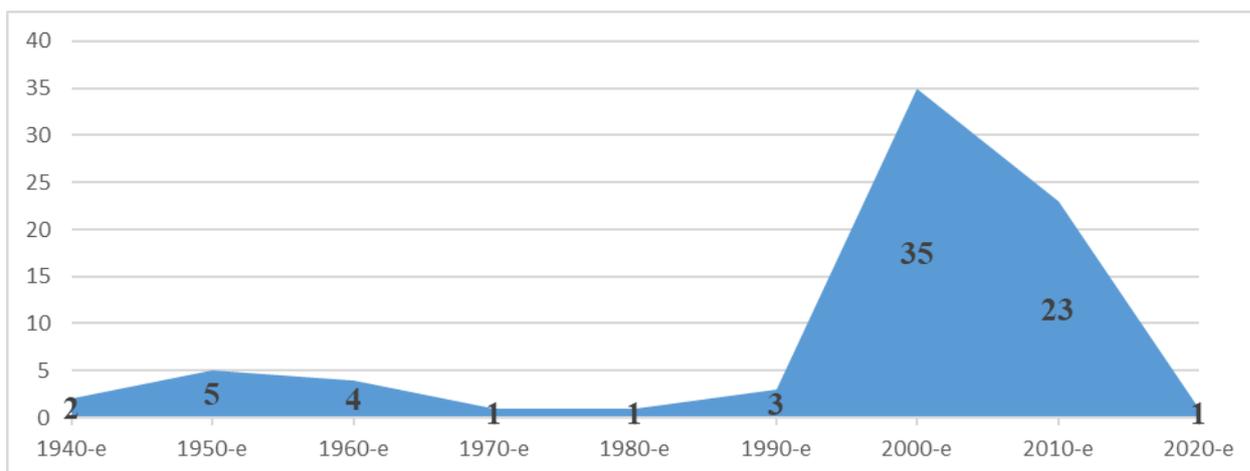


Рис. 2. Количество защищённых диссертаций по теме врачебных дел по годам (десятилетиям)

Рост количества защищаемых диссертационных работ связан с рядом причин. Во-первых, изменившиеся экономические реалии в Российской Федерации начиная с 1990-х годов, когда стали появляться во всём большем количестве негосударственные медицинские организации. Во-вторых, стали активно развиваться средства массовой информации, что привело к росту информированности населения о проблемах в здравоохранении. А также ряд других причин, которые подробно изучены в соответствующей главе. Все выявленные причины привели к резкому росту количества назначаемых и выполняемых СМЭ по такого рода делам, что не осталось без научного внимания судебных медиков. Сочетание множества факторов привело к росту количества защищаемых диссертаций, посвящённых судебно-медицинской оценке НОМП, а также актуальности настоящей работы.

Показано, что одновременно с изучением проблемы судебно-медицинской оценки НОМП, предпринимаются значительные усилия в осмыслении и адаптации к практической деятельности судебно-медицинских экспертов, различных понятий, которые могут характеризовать оказанную медицинскую помощь.

Одним из самых обстоятельно изучаемых понятий, является такое, как, врачебная ошибка. Показано, что изучением этого понятия занимаются

медицинские работники самых разных специальностей (судебно-медицинские эксперты, патологоанатомы, клинические специалисты), так и юристы.

Исследованием в рамках данной работы различных подходов к определению понятия врачебной ошибки, был сделан вывод о близости данной проблемы с проблемой определения качества и безопасности медицинской помощи и медицинской услуги, их доступности и легитимности таких понятий вообще, а также их практической применимости для судебно-медицинского эксперта.

Показана неоднозначность в подходах в определении соотношения понятий медицинская помощь и медицинская услуга, как среди судебных медиков, так и среди юристов, занимающихся изучением проблемы оценки недостатков оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг. Продемонстрировано, что судебно-медицинскому эксперту, выполняющему заключения по материалам врачебных дел, необходимо иметь представление об этих правовых категориях.

Проведённым анализом понятия врачебной ошибки показано, что их допускают не только представители клинических специальностей, но и судебно-медицинские эксперты.

Одним из первых, кто посвятил свой научный поиск изучению ошибок вообще и логических, в частности, допускаемых судебно-медицинскими экспертами, был И.Г. Вермель. И его работы повлекли за собой самый пристальный интерес к этой очень актуальной и в настоящее время проблеме. Именно её актуальность и повлекла за собой посвящение ей одной большой главы в настоящей работе. Проблеме ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами, в разные года посвятили свои труды такие выдающиеся советские и российские судебные медики, как Г.И. Заславский, И.Е. Панов. А.А. Солохин и А.В. Капустин пристально изучали именно логические ошибки при формулировании выводов заключений экспертов.

Проведённым исследованием показано, что в 2000-е годы обстоятельно

к изучению ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами, и в том числе логическими, подошли Ю.И. Пиголкин, В.А. Клевно, который предложил определение экспертной ошибки, как «непреднамеренное ошибочное суждение», а также обширную классификацию ошибок экспертов.

И.Е. Лобан и В.Л. Попов в свою очередь высказались об экспертной ошибке не только как о неверном суждении, но как о неверном действии или, что немаловажно, неверном бездействии, а также предложили несколько классификаций экспертных ошибок, с различными основаниями деления.

И это лишь одни из очень немногих авторов, которые обращали своё внимание на эту сложную и актуальную по настоящее время, проблему, что повлекло необходимость её изучения в настоящей работе с самых разных точек зрения.

Показано, что одними из основных ошибок, допускаемых экспертами, являются логические. На это неоднократно обращали внимание А.В. Ковалев, А.А. Теньков, а также автор настоящей работы.

Таким образом, доказано, что в последние годы наметился большой интерес к экспертным ошибкам, в том числе, логическим, допускаемым при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, однако пути решения этой проблемы лишь намечены.

Таким образом, показано, что проблема экспертных ошибок имеет актуальность по настоящее время и проявляет к себе интерес со стороны представителей самых различных отраслей науки.

С проблемой логических ошибок, использования логики в заключениях экспертов, выполняемых по материалам врачебных дел, напрямую связана проблема причинно-следственных связей, о которой одним из первых высказывался советский патологоанатом И.В. Давыдовский.

Из судебных медиков первым, кто наиболее детально подошёл к изучению данной проблемы, был А.А. Солохин. Одной из первых диссертационных работ, посвящённых этой проблеме, стала диссертация Ю.А. Хрусталевой, которая изучала установление ПСС при травме при

условии наличия сопутствующей патологии, особенно в поздний посттравматический период.

Показано, что очень обстоятельно подошли и подходят к этой проблеме Г.В. Недугов и В.В. Недугова, а также А.В. Ковалев.

Таким образом, обзором литературы была доказано, что невозможно разработать единый алгоритм установления неких критериев, которые верны и могут быть использованы при любых условиях, каждый случай индивидуален, что и привело к необходимости дальнейшего изучения данной проблемы в настоящей научной работе.

Анализ многочисленных литературных источников, диссертационных работ, позволил сформулировать основные проблемы, которые и были освещены в настоящей работе.

Это проблемы, связанные с такими вопросами, как привлечение к выполнению СМЭ по материалам врачебных дел клинических специалистов, отсутствие единого понятийного аппарата, отсутствие единого статистического анализа по различным основаниям, таким, как, медицинская специальность, статья УК РФ.

Также в научных работах, посвящённых врачебным делам отсутствует анализ причин роста количества врачебных дел, мало освещён анализ вопросов, на которые отвечают комиссии экспертов, и почти отсутствуют рекомендации по постановке корректных вопросов для целей оптимизации выполнения СМЭ.

В научных работах судебных медиков недостаточно освещены или полностью не освещены такие вопросы, как, какие СМЭ необходимо выполнять, комиссионные или комплексные, насколько правомерно решать при выполнении СМЭ вопросы о степени достижения запланированного результата при оказании медицинской помощи и предоставлении медицинской услуги, можно ли медицинскую услугу и медицинскую помощь оценивать с точки зрения их безопасности, что предопределило одни из направлений научного поиска.

Показана необходимость изучения проблемы поступления большого количества материалов врачебных дел в ГСМЭУ, а также неготовность материалов для выполнения СМЭ.

Изучением выводов заключений экспертов была выявлена проблема, связанная с тем, на что следует опираться при вынесении суждений о правильности оказанной медицинской помощи.

Остаются не решёнными множество вопросов, связанных с установлением ПСС, такие, как, кто её должен устанавливать, необходимо ли устанавливать прямую и насколько правильна непрямая (опосредованная, косвенная) ПСС, может ли она быть с неоказанием медицинской помощи, а также может ли быть несколько прямых ПСС.

Показано, что остаются актуальными проблемы установления тяжести вреда, причинённого здоровью человека НОМП в виде бездействия, а также, проблема определения вреда здоровью с точки зрения оценки бездействия, проблема оценки возможности наступления благоприятного исхода, оценка осложнений медицинских манипуляций.

Продемонстрировано, что перечисленные проблемы органично связаны с проблемой ошибок, в том числе логических, допускаемых судебно-медицинскими экспертами на всех этапах выполнения СМЭ: формирования комиссии экспертов, оформления исследовательской части, формулирования выводов.

Исследованием литературных источников, диссертационных работ, подробно изучен статистический аспект проблемы НОМП, то есть распространённость данного явления, как в России, так и за рубежом.

Показано, что статистический анализ этого явления стал появляться лишь после Октябрьской революции, когда были получены статистические данные, которые, пусть очень приблизительно, но в целом соответствуют данным и в настоящее время. Показано, что «лидерами» в претензиях правоохранительных органов являются специалисты в области акушерства и гинекологии, хирургии.

Показано, что в конце 1990-х годов наметилась тенденция к увеличению количества обращений граждан с исками к медицинским организациям в гражданские суды, что связано, прежде всего, с изменившейся экономической парадигмой в это время и появлению негосударственных медицинских организаций.

Статистический анализ показал, что в 2000-е годы стали во всём большем количестве появляться претензии и к представителям других специальностей, травматологам-ортопедам, терапевтам и резко стали возрастать количества обращений, особенно в суды с исками, по факту оказания медицинской помощи стоматологами. Именно в этот период было защищено большое количество диссертаций по оценке НОМП допущенных стоматологами. Данный факт иллюстрирует единство научного и статистического аспектов.

Проведённый анализ позволил прийти к однозначному выводу о том, что рост количества врачебных дел не является принадлежностью только Российской Федерации. Показано, что подобный рост отмечен, например, в государствах постсоветского пространства, в Республике Беларусь, Республике Армения, Республике Казахстан, а также в США, Японии, странах Европы.

Рост врачебных дел, особенно с 2000-х годов, закономерно отразился и на выполнении СМЭ по материалам таких дел во всех ГСМЭУ, а также в РЦСМЭ.

Проведённым статистическим анализом показано, что в Российской Федерации примерно 4/5 СМЭ выполняется по материалам УД и МП и около одной пятой части – по материалам ГД. С другой стороны, в РЦСМЭ выполняется примерно одинаковое количество судебно-медицинских экспертиз по материалам УД и ГД.

Оценивая тенденции в выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, было показано, что имеется стабильный прирост количества выполняемых заключений по данному рода делам.

В итоге было доказано, что врачебные дела вообще, и выполняемые СМЭ, имеют стабильный рост. При этом подобная картина не является исключительной для Российской Федерации, а повсеместно присутствует в самых различных странах, которые также сталкиваются с этой проблемой.

Таким образом, проведённым исследованием была показана актуальность темы изучения НОМП, было показано и обосновано, что:

- врачебные дела насчитывают многовековую историю;
- анализ научного аспекта врачебных дел показал наличие большого количества не решённых проблем, касающихся всех этапов выполнения СМЭ по материалам врачебных дел;
- статистический аспект распространённости врачебных дел продемонстрировал актуальность выбранной темы для изучения в настоящей научной работе.

Таким образом, проведённым научным исследованием были решены все поставленные задачи. Важность знания судебно-медицинским экспертам особенностей ответов на основные вопросы, которые ставят в постановлениях и определениях о назначении СМЭ, послужит цели снижения количества экспертных ошибок при оценке оказанной медицинской помощи при выполнении СМЭ, то есть станет одним из инструментов избегания необоснованного привлечения медицинских работников и медицинских организаций к гражданской и уголовной ответственности.

ВЫВОДЫ

1. Анализ законодательства, научных публикаций, касающийся определения понятий, связанных с оказанием медицинской помощи, предоставления медицинских услуг и их оценки при выполнении СМЭ, показал, что должен использоваться единообразно принимаемый всеми понятийный аппарат, на котором строится формулирование выводов СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел. Отсутствие единого понятийного аппарата приводит к неопределённости в выводах заключений экспертов и их оценке сторонами как уголовного, так и гражданского судопроизводства.

2. Проведённым статистическим анализом показано, что большее количества материалов поступает и соответственно, большее количество СМЭ выполняется по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с претензиями к специалистам в области акушерства и гинекологии, а также хирургических специальностей и такое соотношение сохраняется на протяжении многих десятилетий.

Наибольшее количество уголовных дел в отношении медицинских работников возбуждаются по признакам преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ, а также ст. 238 УК РФ. Рост возбуждения уголовных дел в отношении медицинских работников по составу преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, указывает на актуальность понимания судебно-медицинскими экспертами, как необходимо отвечать на вопросы, касающиеся оценки соответствия или не соответствия медицинской помощи или медицинской услуги требованиям безопасности.

При анализе судебно-медицинских экспертиз, а также материалов врачебных дел выявлено четыре группы причин их роста:

- а) причины, связанные с позицией граждан:
 - 1) рост медицинской и юридической «псевдограмотности» населения,
 - 2) «потребительский терроризм»,

3) психологическая подоплёка обращений в судебно-следственные органы (поиск внешнего «виновного», как правило, в лице медицинского работника),

4) эффект «побочного эффекта», связанный с тем, что, если действие медицинского работника вызывает ненамеренный положительный побочный эффект, ему за это не отдают должное, но, если аналогичный ненамеренный эффект имеет негативную окраску, этот эффект объявляют умышленным и его считают виновным;

б) причины, связанные с действиями медицинских работников,

1) нарушения в медицинской деонтологии,

2) характеристика медицинскими работниками ранее оказанной медицинской помощи, как неверной, не показанной, то есть нарушение норм деонтологии, касающиеся взаимоотношений медицинских работников между собой,

3) недостаточная квалификация клинических специалистов для оказания медицинской помощи и предоставления медицинской услуги;

в) причины, связанные с действиями медицинских организаций:

1) рост числа коммерческих клиник, деятельность которых основана на оказании медицинской помощи и предоставлении медицинских услуг за средства граждан и организаций,

2) переход лечебно-профилактических учреждений на коммерческую основу, что вызвало необходимость проведения максимально дорогих медицинских вмешательств, иногда при отсутствии на то показаний;

г) причины роста, связанные с медициной в целом, такие, как парадоксальные причины, связанные с развитием медицины и завышенными ожиданиями от оказания медицинской помощи.

3. СМЭ по материалам врачебных дел должны выполняться с обязательным привлечением клинических специалистов, нарушение чего имеет юридически значимые последствия.

Количество и состав привлекаемых клинических специалистов зависит

от многих факторов, таких, как: предоставленные материалы, поставленные вопросы, обстоятельства дела, новые обстоятельства, с точки зрения комиссии экспертов, имеющие значение для разрешения дела, диагноз у подэкспертного, к какой именно медицинской специальности предъявляется претензия и какая медицинская помощь была оказана.

Анализом заключений экспертов, научных публикаций, а также положений действующего законодательства и комментариев к нему, предложены обязательные к постановке вопросы, что имеет значение для оказания судебно-медицинскими экспертами консультативной помощи правоприменителям для целей оптимизации выполнения СМЭ по материалам врачебных дел.

Выявлено несколько групп не корректных вопросов, от ответов на которые судебно-медицинским экспертам следует воздерживаться, а также предложены правила формулирования корректных вопросов.

4. Проведённый статистический анализ выполнения СМЭ по материалам врачебных дел, анализ ответов, которые комиссии экспертов формулируют в своих заключениях, позволил выделить три большие группы проблем, возникающих на разных этапах выполнения СМЭ:

- законодательные;
- организационно-административные;
- производственные (организационно-технические).

Анализ законодательных проблем выявил несколько из них, которые имеют значение для судебно-медицинского эксперта, выполняющего заключения по материалам врачебных дел:

- должны ли по материалам врачебных дел выполняться комиссионные или комплексные экспертизы;
- необходимо ли оценивать степень достижения запланированного результата в СМЭ;
- должна ли медицинская услуга быть безопасной (в том числе, для целей выполнения судебно-медицинских экспертиз);

- насколько применимо понятие «медицинская услуга» в медицине вообще и для целей СМЭ;

- возможно ли присутствие сторон на различных этапах выполнения судебно-медицинских экспертиз, а также участие в производстве судебно-медицинских экспертиз.

Все обозначенные законодательные проблемы нашли своё освещение и решение в соответствующих главах.

Организационно-административные проблемы связаны с поступлением материалов в ГСМЭУ в количестве, превосходящем возможности конкретного ГСМЭУ, а также с недостаточностью предоставленных материалов.

Одним из путей решения организационно-административных проблем может быть создание многоуровневой судебно-медицинской службы. Необходимо добиваться предоставления всех необходимых материалов, в том числе, путём направления соответствующих запросов, а также получения постановлений и определений, содержащих информацию о цели назначения экспертизы, а также корректные вопросы.

«Производственные» (организационно-технические) проблемы связаны собственно с процессом выполнения СМЭ по материалам врачебных дел:

- на стадии формирования комиссии экспертов;
- на стадии изучения предоставленных материалов;
- на стадии формулирования выводов.

Как результат изучения проблемы недостатков при формировании комиссии экспертов была предложена их классификация, основанием которой служит количество привлекаемых специалистов.

Недостатки исследования материалов разделены на:

а) недостатки исследования материалов

1) полное отсутствие исследования предоставленных материалов,

2) отсутствие запроса на предоставление дополнительных материалов

и, соответственно, отсутствие их исследования,

3) исследование ненадлежащих материалов;

б) недостатки оформления исследовательской части заключения экспертов:

1) отсутствие отражения в исследовательской части необходимой информации,

2) чрезмерное отражение в исследовательской части необходимой информации.

Недостатки исследования материалов также классифицированы по виду материала, то есть, недостатки исследования:

- гистологических препаратов;

- рентгенограмм, рентгеновских компьютерных томограмм, магнитно-резонансных томограмм и других результатов лучевых методов диагностики на физических носителях (диски, плёнки);

- медицинских документов;

- при проведении очного осмотра (судебно-медицинского обследования) подэкспертного.

Анализом СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел, выявлены три вида ошибок, связанных с выходом за рамки компетенции:

- оценка действия (бездействия) конкретного лица;

- оценка действия (бездействия) конкретного лица с юридической оценкой (например, установление виновности);

- оценка ранее выполненных по делу судебно-медицинских экспертиз.

Такие ошибки часто не имеют юридически значимых последствий, что может быть связано с тем, что они в целом не влияют на собственно оценку оказанной медицинской помощи.

Логические ошибки, допускаемые комиссиями экспертов при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, могут привести к неправильной, противоречивой, не истинной оценке оказанной медицинской помощи.

Изучением основ логики, а именно, основных логических форм,

показано, что понятие, суждение и умозаключение, имеют важное значение для практикующего судебно-медицинского эксперта, выполняющего заключения по материалам врачебных дел.

Для практических целей корректного формулирования выводов СМЭ, выполняемых по материалам врачебных дел, изучены нарушения законов формальной логики и предложены меры по их недопущению. Сокращения логических ошибок в СМЭ можно достичь самыми разными способами, начиная от преподавания основ логики в медицинских высших учебных заведениях и на курсах переподготовки специалистов судебно-медицинских экспертов, и заканчивая унификацией выводов, которые судебно-медицинские эксперты формулируют в своих заключениях.

Показано, что наибольшие проблемы возникают на стадии формулирования выводов и именно эти проблемы наиболее часто имеют юридически значимые последствия, в т.ч. для медицинских работников.

5. Предложены научно обоснованные алгоритмы и подходы:

- оценки осложнений медицинских вмешательств (манипуляций);
- оценки возможности наступления благоприятного исхода;
- установления причинно-следственной связи с НОМП, характеризующимися бездействием;
- оценки возможности установления в конкретном случае нескольких ППСС, между заболеванием (травмой) и неблагоприятным исходом, и между НОМП и неблагоприятным исходом;
- формулирования выводов без логических ошибок.

Предложены научно обоснованные методологические подходы к решению всех основных вопросов в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи, таких, как, о наличии недостатков в оказании медицинской помощи, о наличии ПСС между выявленными НОМП и наступлением неблагоприятного исхода, о тяжести вреда, причинённого здоровью человека выявленными НОМП, о возможности наступления благоприятного исхода, о персонализации, об оценке ранее проведённых СМЭ, а также предложены правила формулирования корректных вопросов для целей выполнения комиссионных СМЭ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выполнение СМЭ по материалам врачебных дел должно базироваться на единообразно воспринимаемых понятиях, которые характеризуют оказание медицинской помощи, а также её экспертную оценку, для целей практического использования при выполнении СМЭ по материалам врачебных дел.

2. Для эффективной экспертной оценки НОМП и формулирования объективных выводов, СМЭ по материалам врачебных дел необходимо выполнять с привлечением клинических специалистов, с обязательным изучением всех предоставленных материалов (гистологических материалов органов трупа, операционного материала, биопсионного материала, рентгенограмм, рентгеновских компьютерных томограмм, магнитно-резонансных томограмм, результатов выполнения других лучевых исследований на твердых или цифровых носителях (пленка, бумага, лазерный диск, флеш-накопитель), плёнок электрокардиограмм, кардиотокограмм и партограмм, видеозаписей проведения оперативных вмешательств, в том числе, для целей установления соответствия протокола выполнения оперативного вмешательства реальному её выполнению, оригиналов медицинских документов, при необходимости проводить осмотр подэкспертного. При отсутствии соответствующих материалов делать запрос правоприменителю на их предоставление.

3. Для решения вопроса о наличии ППСС комиссии экспертов следует использовать медико-экспертный, логические (контрфактуальный, индуктивный, имплицативный, семантический) способы.

Следует использовать медико-экспертный способ для оценки возможности установления ППСС, то есть для определения целесообразности использования других способов. Для собственно решения этого вопроса использовать логические способы.

4. При формулировании выводов отказываться от ответов на

следующие вопросы: юридические, теоретические и истинно гипотетические, ответ на которые не является предметом СМЭ.

Необходимо воздерживаться от характеристики оценки оказанной медицинской помощи и предоставленной медицинской услуги, как соответствующей или не соответствующей требованиям безопасности, даже при наличии соответствующих вопросов и выявленных НОМП.

5. Для объективизации ответов на вопросы о наличии или отсутствии недостатков в оказании медицинской помощи, придерживаться информации о диагностике и лечении той или иной патологии, содержащейся в действующих на момент оказания медицинской помощи НПА (Положения и Порядки оказания медицинской помощи), регламентирующих оказание медицинской помощи по соответствующей патологии, Клинических рекомендациях, специальной литературе, использовать личный опыт клинических специалистов, привлекаемых к участию в выполнении СМЭ. Не следует оценивать правильность оказания медицинской помощи с точки зрения соответствия или не соответствия Стандартам оказания медицинской помощи, являющимися медико-экономическими документами и используемыми при экспертизе качества медицинской помощи.

6. Для объективизации ответов на вопросы, касающиеся оценки вреда, причинённого здоровью человека НОМП, характеризующимися бездействием, целесообразно использовать предложенные в настоящей работе подходы или внести изменения в действующее законодательство, касающееся дефиниции вреда здоровью.

НОМП, характеризующиеся невыполнением необходимых лечебно-диагностических мероприятий, могут быть оценены с точки зрения вреда, причинённого здоровью человека, логическим, а также экспертным способом, с использованием в необходимых случаях аналогии закона.

7. Для объективизации ответов на вопросы, касающиеся оценки возможности наступления благоприятного исхода при условии правильно оказанной медицинской помощи использовать алгоритм, который

подразумевает последовательность взаимосвязанных действий.

8. Для оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека осложнениями медицинских вмешательств (манипуляций), необходимо учитывать условия, при которых осложнение медицинского вмешательства (манипуляции) не может быть расценено однозначно, как проявление НОМП, а также условия, при которых оно расценивается, как вред, причинённый здоровью человека, что целесообразно закрепить законодательно.

Для объективизации ответов на вопросы, касающиеся оценки вреда, причинённого здоровью человека осложнениями медицинских вмешательств (манипуляций), необходимо использовать предложенный алгоритм, что послужит единообразной оценке осложнений и избегания экспертных ошибок и необоснованного привлечения медицинских работников к ответственности.

9. При выполнении СМЭ по материалам врачебных дел, прежде всего, при формулировании выводов, следует использовать различные операции с основными логическими формами (понятия, суждения, умозаключения), а также следовать законам формальной логики, так как их нарушение приводит к противоречивым выводам и юридически значимым последствиям в виде непринятия заключения эксперта или принятия не правового решения по делу в отношении медицинского работника или медицинской организации.

10. Разработанная методология рекомендуется для использования в практической деятельности государственных и негосударственных бюро судебно-медицинской экспертизы специалистами в области судебной медицины при производстве СМЭ по подозрению на профессиональные правонарушения медицинских работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллина, В.С. Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики : диссертация ... кандидата юридических наук : 12.00.05 / Абдуллина Венера Салиховна. – Казань, 2007. – 168 с.
2. Абрамова, Е.Е. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений в практике детского врача-стоматолога-терапевта : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Абрамова Елена Евгеньевна. – М., 2006. – 177 с.
3. Авдеев, М.И. Курс судебной медицины / М.И. Авдеев. – М. : Госюриздат, 1959. – 711 с.
4. Авдеев, М.И. Медицинская квалификация телесных повреждений и некоторые юридические вопросы их квалификации / М.И. Авдеев // Советская криминалистика на службе следствия. – 1957. – вып. 9. – С. 3-31.
5. Акопов, В.И. К истории судебной ответственности врачей и судебно-медицинской экспертизы при дефектах медицинской помощи / В.И. Акопов // Проблемы экспертизы в медицине. – 2002. – том. 2. – № 5. – С. 3-8.
6. Акопов, В.И. Судебная медицина: учебник для СПО / В.И. Акопов. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 478 с.
7. Александрова, А.Ю. Ответственность за правонарушения в медицине / А.Ю. Александрова. – М. : Издательский центр «Академия», 2006. – 240 с.
8. Алешина, О.А. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений в ортопедической стоматологии при протезировании несъемными протезами : автореферат диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Алешина Ольга Александровна. – Нижний Новгород, 2011. – 25 с.
9. Альшевский, В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24 / Альшевский Владимир

Владимирович. – М., 2005. – 24 с.

10. Андреев, А.А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.52 / Андреев Арнольд Арнольдович. – Волгоград, 2006. – 136 с.

11. Андреев, В.В. Дефекты оказания медицинской помощи населению и их судебно-медицинская оценка / В.В. Андреев, О.А. Быховская, Л.Е. Богданова, А.Л. Коссовой // Судебно-медицинская экспертиза. – 1994. – № 2. – С. 5-9.

12. Андреева, С.Н. Анализ судебной практики по гражданским делам, связанным с дефектами оказания стоматологической помощи населению Российской Федерации за период с 1993 по 2017 г. / С.Н. Андреева, А.А. Гусаров, В.А. Фетисов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – № 3. – С. 44-48.

13. Анисимов, А.А. Палка о двух концах, или комиссия судебно-медицинская экспертиза по врачебным делам в гражданском процессе / А.А. Анисимов, Э.С. Гильметдинова, Э.Р. Нурмиева, Г.М. Хамитова, В.А. Спиридонов // Судебная медицина. – 2022. – № 2. – С. 51-58.

14. Антоненков, С.В. Неудачи и осложнения пункции и катетеризации подключичной вены [Электронный ресурс] / С.В. Антоненков // Дунайский мед. вестн. – 2005. – С. 1-5. – Режим доступа: <http://danubecare.odessa.ukrtel.net>.

15. Антюшин, С.С. Логика: Учебное пособие / С.С. Антюшин, Н. В. Михалкин. – М. : РАП, 2013. – 256 с.

16. Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации от 24 июля 2002 № 95-ФЗ (ред. от 11.06.2022) // Собрание законодательства РФ. – 29.07.2002. – № 30. – ст. 3012.

17. Ардашкин, А.П. Формальные логические системы и их судебно-медицинские применения: монография / А.П. Ардашкин, Г.В. Недугов, В.В. Недугова. – Самара : Офорт, 2009. – 137 с.

18. Аристотель Собрание сочинений: в 4 т. / Аристотель; [ред. З. Н.

Микеладзе]. – М. : Мысль, 1978. – 1, 4 т.

19. Арутюнян, Г.Б. Клиническая, медико-правовая оценка дефектов оказания дерматовенерологической помощи : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.11 / Арутюнян Григорий Борисович. – М., 2011 – 16 с.

20. Аубакирова, А.А. Следственные и экспертные ошибки при формировании внутреннего убеждения : автореферат дис. ... доктора юридических наук : 12.00.09 / Аубакирова Анна Александровна. – Челябинск, 2010. – 45 с.

21. Бабий, Н.А. Может ли «ничто» породить «нечто» или о возможности убийства бездействием / Н.А. Бабий // Проблемы укрепления законности и правопорядка: наука, практика, тенденции. – 2009. – № 2. – С. 194-209.

22. Баренбойм, А.М. Объединение больниц и поликлиник в борьбе с врачебными ошибками : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Баренбойм Александр Михайлович. – Киев, 1949. – 16 с.

23. Баринов, Е.Х. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи в стоматологии / Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Е.Н. Черкалина // Вестник судебной медицины. – 2012. – № 4. – С. 16-18.

24. Баринов, Е.Х. Вопросы оценки качества и безопасности медицинской помощи пациентам с патологией полости носа и околоносовых пазух / Е.Х. Баринов, Н.А. Мирошниченко, И.М. Мисиров, А.В. Скребнев // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – 2020. – №19. – С. 30-31.

25. Баринов, Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе по медицинским делам : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.03.05 / Баринов Евгений Христофорович. – М., 2014. – 49 с.

26. Баринов, С.А. Понятие медицинской услуги как объекта гражданского права / С.А. Баринов // Современное право. – 2012. – № 1. – С.

91-96.

27. Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения / А.И. Бастрыкин // Вестник академии Следственного комитета Российской Федерации. – 2017. – № 1. – С. 11-14.

28. Бахчевников, В.В. Последствия непреднамеренного интраоперационного оставления инородных тел и их судебно-медицинская оценка : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.15, 14.00.24 / Бахчевников Владлен Викторович. – СПб., 1999. – 32 с.

29. Белов, В.А. Гражданское право : в 4 т. / В.А. Белов. – М. : Юрайт, 2016. – 2, 4 т.

30. Беляков, В.П. Судебно-медицинская оценка смертельных осложнений при переливании крови: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Беляков В.П. – М., 1968. – 19 с.

31. Березников, А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи : дис. ... доктора медицинских наук : 14.03.05 / Березников Алексей Васильевич. – М., 2011. – 377 с.

32. Билибин, Д.Ф. Горизонты деонтологии / Д.Ф. Билибин // Вестн Акад. мед. наук. – 1979. – № 5. – С. 35-45.

33. Бимбинов, А.А. Анализ практики привлечения медицинских работников к уголовной ответственности: некоторые выводы / А.А. Бимбинов // Уголовное право. – 2019. – № 6. – С. 4-10.

34. Бисюк, Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы) : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24 / Бисюк Юрий Виулович. – М., 2008. – 48 с.

35. Бишарян, М.С. Характеристика дефектов оказания догоспитальной и госпитальной медицинской помощи в Республике Армения / М.С. Бишарян, А.Э. Бабаян // Судебная медицина. – 2017. – № 1s. – С. 62.

36. Бланк, С.Г. Редкий случай внедрения аскарид в шов анастомоза после резекции желудка / С.Г. Бланк // Судебно-медицинская экспертиза. – 1959. – № 4. – С. 52-53.
37. Блинов, Н.И. Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости / Н.И. Блинов, Г.А. Гомзяков. – Л. : Медгиз, 1962. – 242 с.
38. Бобров, О.Е. К вопросу о перспективах развития хирургии Украины в XXI веке / О.Е. Бобров // Хирургия Украины. – 2002. – № 3. – С. 5-6.
39. Богданова, Т.Г. Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Чувашской республике (Цели, задачи, объекты и уровни) [Электронный источник] / Т.Г. Богданова, Н.Х. Зинетулина, Е.А. Гурьянова, Н.В. Шувалова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №6. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=11336>.
40. Богуславский, Л.Г. Некоторые вопросы работы по осуществлению общих задач советского здравоохранения и повышения качества судебно-медицинской экспертизы / Л.Г. Богуславский // Судебно-медицинская экспертиза. – 1958. – № 3. – С. 54-57.
41. Божченко, А.П. К вопросу об установлении причинно-следственной связи при производстве судебно-медицинской экспертизы / А.П. Божченко // Медицинское право. – 2021. – № 4. – С. 39-46.
42. Божченко, А.П. Категория вреда здоровью в Уголовном Кодексе Российской Федерации / А.П. Божченко // Медицинское право. – 2020. – № 5. – С. 23-28.
43. Божченко, А.П. Наступление летального исхода вследствие ятрогенного повреждения ветви межреберной артерии при проведении плевральной пункции / А.П. Божченко, И.А. Толмачев, А.Н. Белых // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 4. – С. 44-49.
44. Большая медицинская энциклопедия: в 36 т. / гл. ред. А. Н.

Бакулев. – 2-е изд. – М. :Медгиз, 1956–1964. – т. 5.

45. Боткин, С.Н. Курс клиники внутренних болезней : в 2 т. / С.Н. Боткин. – СПб. : Имп. Акад. наук, 1899. – 2 т.

46. Бронштейн, Е.З. О смертельных исходах при профилактическом введении противостолбнячной сыворотки / Е.З. Бронштейн, Б. Г. Гольдина // Судебно-медицинская экспертиза. – 1958. – № 3. – С. 45-47.

47. Брыксина, Н.В. Факторное возникновение страховых рисков при медицинских услугах : автореферат дис. ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Брыксина Наталья Владимировна. – Екатеринбург, 2006. – 26 с.

48. Буромский, И.В. Судебно-медицинская экспертиза. Термины и понятия / И.В. Буромский, В.А. Клевно, Г.А. Пашинян. – М. : Издательство НОРМА, 2006. – 48 с.

49. Бутова, Т.Г. Сервис и качество медицинских услуг / Т.Г. Бутова, Е.Ю. Яковлева, Е.П. Данилина, А.А. Белобородов // ЭПИ «Сервис в России и за рубежом». – 2014. – №8. – С. 3-12.

50. Быковская, Т.Ю. О понятийном аппарате внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / Т.Ю. Быковская, М.А. Шишов, В.Ю. Мартиросов // Медицинское право. – 2017. – № 1. – С. 10-15.

51. Быховская, О.А. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников / О.А. Быховская, А.И. Филатов, И.Е. Лобан, В.Д. Исаков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – № 5. – С. 18-20.

52. Быховская, О.А. Анализ судебно-медицинских экспертиз по правонарушениям медицинских работников / О.А. Быховская, Т.П. Лаврентюк // Материалы 14-го Пленума ВОСМ. – М., 1998. – С. 69-70.

53. Быховская, О.А. Дефекты оказания медицинской помощи в условиях крупного города и их судебно-медицинская оценка : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.33, 14.00.24 / Быховская Ольга Александровна. – СПб., 2002. – 18 с.

54. Вакуленко, И.В. Экспертная и правовая оценка дефектов оказания

медицинской помощи : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Вакуленко Ирина Валерьевна. – Астрахань, 2017. – 24 с.

55. Васильев, А.Ю. О перспективных вопросах комплексной судебно-медицинской и автотехнической экспертизы / А.Ю. Васильев // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – 2008. – № 9. – С. 15-18.

56. Велишева, Л.С. О дефектах оказания медицинской помощи детям (по материалам судебно-медицинских экспертиз) : дис. ... кандидата медицинских наук / Велишева Лилия Сергеевна. – М., 1965. – 213 с.

57. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (вопросы теории и практики) / И.Г. Вермель. – Свердловск : изд-во Уральского ун-та, 1988. – 112 с.

58. Вермель, И.Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях / И.Г. Вермель. – М. : Медицина, 1974. – 64 с.

59. Вермель, И.Г. Вопросы теории судебно-медицинского заключения / И.Г. Вермель. – М. : Медицина, 1979. – 128 с.

60. Вермель, И.Г. О заключениях судебно-медицинской экспертизы и их составлении при выяснении правильности действий медицинских работников: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Вермель Израиль Гамшеевич. – Тюмень, 1968. – 22 с.

61. Вермель, И.Г. О логических ошибках в судебно-медицинских заключениях / И.Г. Вермель // Судебно-медицинская экспертиза. – 1967. – № 1. – С. 26-30.

62. Веселкина, О.В. Анализ экспертиз по материалам уголовных дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи / О.В. Веселкина, Ю.Д. Обухова, В.А. Клевно // Судебная медицина. – 2015. – № 2. – С. 59-61.

63. Вещева, Ю.Г. Экспертный анализ ошибок и осложнений эндодонтического лечения (медико-правовые аспекты) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Вещева Юлия Георгиевна. – М., 2005. – 28 с.

64. Веницкая, И.М. Ненадлежащее оказание помощи больным в оториноларингологической практике (медико-правовой аспект проблемы) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Веницкая Инна Михайловна. – Ростов-на-Дону, 1999. – 21 с.
65. Витер, В.И. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельной травмы: учебно-методическое пособие. / В.И. Витер, В.Л. Прошутин, А.Ю. Вавилов. – Ижевск, 2009. – 48 с.
66. Вонгородский, В.А. Редкая ошибка / В.А. Вонгородский // Судебно-медицинская экспертиза. – 1928. – № 8. – С. 116-119.
67. Воронов В.Т. Причинно-системный анализ в судебно-медицинской практике / В.Т. Воронов // Вестник судебной медицины. – 2014. – № 3. – С. 5-10.
68. Врачебные ошибки и ответственность за них. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sovetadvokatov.ru/252-vrachebnaja-oshibka.html#contents0>.
69. Врублевский Е. Бездействие и причинность / Е. Врублевский // Правоведение. – 1971. – № 1. – С. 69-72.
70. Гаврилова, Е.Г. Анализ дефектов анестезиолого-реанимационной помощи: причины и пути профилактики : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.20 / Гаврилова Елена Геннадьевна. – СПб., 2015. – 24 с.
71. Галил-оглы, Г.А. Материалы к судебно-медицинской характеристике врачебных ошибок в диагностике и лечении аппендицита: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Галил-оглы Г.А. – М., 1957. – 16 с.
72. Галь, И.Г. Обстоятельство по оказанию медицинской услуги : диссертация ... кандидат юридических наук : 12.00.03 / Галь Игорь Геннадьевич. – М., 2014. – 192 с.
73. Галь, И.Г. Обязательства по оказанию медицинских услуг: проблемы теории и практики / И.Г. Галь // Российский судья. – 2013. – № 3. –

С. 13-17.

74. Галукова, М.И. Современное зарубежное уголовное законодательство об ответственности за причинение вреда здоровью человека / М.И. Галукова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2008. – № 28. – С. 29-36.

75. Гетманова, А.Д. Учебник логики. Со сборником задач : учебник / А.Д. Гетманова. – 8-е изд., перераб. – М. : КНОРУС, 2011. – 368 с.

76. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.

77. Гогин, Е.Е. Пути терапии: специализация и инструментализм, клинический эмпиризм и индивидуализация / Е.Е. Гогин // Терапевтический арх. – 1981. – № 5. – С. 29-33.

78. Голева, Е.В. Анализ ошибок и осложнений в неврологической клинике при лечении больных с геморрагическими инсультами (медико-правовые аспекты проблемы) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.13 / Голева Елена Витальевна. – М., 2009. – 26 с.

79. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 01.07.2021, с изм. от 08.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2022) // Собрание законодательства РФ. – 29.01.1996. – № 5. – ст. 410.

80. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 25.02.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022) // Собрание законодательства РФ. – 05.12.1994. – № 32. – ст. 3301.

81. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 14.07.2022) // Собрание законодательства РФ. – 18.11.2002. – № 46. – ст. 4532.

82. Гражданское право. Учебник, ч. 1 / под ред. А.П. Сергеева. – М. : Проспект. – 2005. – 765 с.

83. Громов, А.П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников / А.П. Громов. – М. : Медицина, 1969. – 76 с.
84. Громов, А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников / А.П. Громов. – М. : Медицина, 1976. – 168 с.
85. Грядовой, Д.И. Логика. Общий курс формальной логики: Учебник для студентов вузов / Д.И. Грядовой. – М. : Юнити, 2013. – 326 с.
86. Губайдулин, М.И. Судебно-медицинская оценка степени вреда здоровью и дефектов оказания медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях : дис. ... доктора медицинских наук : 14.03.05 / Губайдулин Мунир Ибрагимович. – М., 2014. – 364 с.
87. Гурочкина, Н.Ю. Критерии профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи больным дерматозами : дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.11 / Гурочкина Наталья Юрьевна. – М., 2006. – 110 с.
88. Давидян, Л. Не люблю термин «медицинская услуга / Л. Давидян // *Vademecum. Деловой журнал о здравоохранении.* – 2016. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://vademec.ru/article/ne_lyublyu_termin_meditainskaya_usluga/
89. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки / И.В. Давыдовский // *Советская медицина.* – 1941. – № 3. – С. 3-10.
90. Давыдовский, И. В. Врачебные ошибки / Большая медицинская энциклопедия. – М.: 1928. – т. 5 – С. 697-700.
91. Давыдовский, И.В. Проблема причинности в медицине (этиология) / И.В. Давыдовский. – 130 с.
92. Даль, В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. / В.И. Даль. – М. : Рипол классик, 2006. – 4 т.
93. Даль, М.А. Судебно-медицинская экспертиза по врачебным делам / М.А. Даль // Тезисы докладов к 11 расширенной конференции Ленинградского отделения ВНОСМиК и научной сессии Института судебной

медицины МЗ СССР 27-30 июня 1961. – Ленинград. – 1961. – С. 18-20.

94. Данилочкина, Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Данилочкина Юлия Валерьевна. – Волгоград, 2003. – 24 с.

95. Дембо, Г. Ответственность врача в его профессиональной деятельности / Г. Дембо // Судебная ответственность врачей. – Л.–М. : Рабочий суд. – 1926. – С. 42-50.

96. Демина, А.В. Анализ ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии (медико-правовые аспекты) : дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Демина Анна Владимировна. – М., 2003 – 216 с.

97. Джарман, О.А. Статус врача в римском античном обществе / О.А. Джарман, Г.Л. Микиртичан // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 44-55.

98. Дмитриев, Б.А. К вопросу о судебно-медицинской оценке тактики хирурга при колото-резаных ранениях / Б.А. Дмитриев, И.Б. Дмитриев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1959. – № 3. – С. 51-54.

99. Дмитриева, О.А. Проблемы установления причинно-следственных связей при проведении судебно-медицинской экспертизы «ятрогенных преступлений / О.А. Дмитриева, А.В. Голубева, Е.Д. Косинская // Вестник судебной медицины. – 2019. – № 4. – С. 56-61.

100. Дунаевский, О.А. Дифференциальная диагностика заболеваний печени / О.А. Дунаевский. – М. : Медицина, 1985. – 284 с.

101. Дюбуа, Д. Теория возможностей. Приложения к представлению знаний в информатике / Д. Дюбуа, А. Прад : пер. с фр. – М. : Радио и связь, 1990. – 288 с.

102. Елина, Н.К. Историко-правовые аспекты формирования законодательства о медицинской деятельности в годы становления советского государства / Н.К. Елина // История государства и права. – 2011. –

№ 13. – С. 17-21.

103. Елистратова, И.В. Экспертиза дефектов оказания дерматовенерологической помощи : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.11 / Елистратова Ирина Владимировна. – М., 2008. – 25 с.

104. Еремин, Г.Б. Базовая терминология в здравоохранении. Значение и применение / Г.Б. Еремин // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 11. – С. 41-46.

105. Ермошина, М.Ю. Экспертная оценка ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии при лечении кариеса зубов и его осложнений (медико-правовые аспекты) : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Ермошина Марина Юрьевна. – М., 2006. – 195 с.

106. Ерофеев, С.В. Проблема экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи: мониторинг, развитие и современное состояние / С.В. Ерофеев, Н.С. Эделев, Н.В. Малахов, А.С. Семенов // Судебная медицина. – 2017. – № 1. – С. 4-10.

107. Ерофеев, С.В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24 / Ерофеев Сергей Владимирович. – М., 2000. – 44 с.

108. Закон от 19.12.1969 (утв. ВС СССР 12.12.1969) «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» // Ведомости ВС СССР. – 1969. – № 52. – ст. 466.

109. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 14.07.2022) «О защите прав потребителей» // «Собрание законодательства РФ». – 1996. – № 3. – ст. 140.

110. Законы Хаммурапи / Б.А. Тураев. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2018. – 122 с.

111. Зальмунин, Ю.С. Врачебные ошибки и ответственность врачей.

(по материалам Ленинградской судебно-медицинской экспертизы) : дис. ... кандидата медицинских наук / Зальмунин Юрий Семенович. – Л., 1948. – 426 с.

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

113. Заславский, Г.И. О недостатках при проведении судебно-медицинской экспертизы тяжести телесных повреждений / Г.И. Заславский, М.М. Кузьмин, Е.С. Сафрай, Я.С. Смусин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1977. – № 1. – С. 48-49.

114. Засыпкина, Е.В. К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения / Е.В. Засыпкина, В.А. Катрунов, М.Н. Кузнецова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – № 1. – С. 243-247.

115. Захаров, С.О. Экспертный анализ при производстве СМЭ по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.33 / Захаров Сергей Олегович. – Самара, 2005. – 212 с.

116. Захарьин, Г.А. Клинические лекции / Г.А. Захарьина. – М. : Унив. тип., 1903. – 120 с.

117. Заявление Акушерско-Гинекологического Общества // Судебная ответственность врачей. – Л.–М. : Рабочий суд. – 1926. – С. 2-6.

118. Зориков, О.В. Экспертные ошибки при формулировании судебно-медицинского диагноза и выводов в случаях диффузного аксонального повреждения мозга / О.В. Зориков, Е.М. Колударова, Е.С. Тучик, А.А. Гринь // Судебно-медицинская экспертиза. – 2022. – № 5. – С. 21-25.

119. Ившин, И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24 / Ившин Илья Валерианович. – М., 2005. – 28 с.

120. Ижевский Н.И. Что говорит статистика / Н.И. Ижевский // Судебная ответственность врачей. – Л.–М. : Рабочий суд. – 1926. – С. 10-13.

121. Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР / Утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР по согласованию с прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР, Минюстом СССР, МВД СССР и КГБ СССР от 21.07.1978. – № 694.

122. Информационное письмо Следственного комитета Российской Федерации исх. № Исхск 214/1-37044-15/ от 29.12.2015 «О практике назначения СМЭ в «ФГБУ «Российский центр СМЭ» Минздрава России» / В.И. Пискарев. – 2015.

123. Исхаков, Э.Р. Государственно-правовое регулирование здравоохранения в период правления Петра I / Э.Р. Исхаков, С.Г. Аксенов // Юридическая наука и правоохранительная практика. – 2012. – № 4. – С. 4-10.

124. Казарян, В.М. Клиническое, медико-правовое и экспертное исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в urgentной абдоминальной хирургии и меры их профилактики : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24, 14.00.27 / Казарян Варужан Меружанович. – М., 2008. – 42 с.

125. Калинин, Р.Э. Выход эксперта за пределы компетенции и его правовые последствия в гражданском процессе / Р.Э. Калинин, Е.Х. Баринов // Вестник судебной медицины. – 2019. – № 3. – С. 50-54.

126. Камалян, А.В. Критерии экспертной оценки ошибок и осложнений при стоматологической имплантации (медико-правовые аспекты) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Камалян Ашот Владимирович. – М., 2007. – 24 с.

127. Каменева, К.Ю. Критерии обоснованности заключения СМЭ по «медицинским» делам в гражданском судопроизводстве : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Каменева Ксения Юрьевна. – М., 2019. – 25 с.

128. Кантер Э.И. Материалы к судебно-медицинской экспертизе

ошибочных инъекций лекарственных веществ, в частности скипидара: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.03.05 / Кантер Э.И. – М., 1948. – 227 с.

129. Капустин А.В. Содержание выводов в заключении эксперта при судебно-медицинской экспертизе трупа / А.В. Капустин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1985. – № 4. – С. 50-53.

130. Карнаева, Ф.М. Судебно-медицинская характеристика врачебных ошибок при установлении пищевых интоксикаций : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Карнаева Ф.М. – М., 1962. – 17 с.

131. Каюмова, А.Р. Защита прав человека в контексте применения современных биотехнологий: некоторые проблемы / А.Р. Каюмова // Юрист. – 2019. – № 1. – С. 64-71.

132. Кильдюшов, Е.М. Иностранное тело пищевода как повод для установления правильности оказания медицинской помощи при производстве судебно-медицинской экспертизы / Е.М. Кильдюшов, Е.В. Егорова, А.Н. Кузин, Д.П. Калашников // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 1. – С. 48-50.

133. Кириллов, В.И. Логика: учебник для юридических вузов / В.И. Кириллов, А.А. Старченко. – изд. 6-е, перераб. и доп. – М. : ТК Велби, Изд-во Проспект, 2008. – 240 с.

134. Киселева, И.А. Критерии судебно-медицинской оценки профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании дерматокосметологической помощи : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24 / Киселева Ирина Анатольевна. – М., 2009. – 24 с.

135. Клевно, В.А. История судебной медицины в России в X – начале XX века / В.А. Клевно, Е.В. Кононов // Судебная медицина. – 2018. – № 3. – С. 47-52.

136. Клевно, В.А. Понятие и классификация экспертных ошибок. / В.А. Клевно // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – № 2. – С. 36-38.

137. Клевно, В.А. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью: руководство / В.А. Клевно. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 300 с.

138. Клейнберг, Саманта Почему. Руководство по поиску причин и принятию решений / Саманта Клейнберг ; пер. с англ. Ольги Поборцевой ; [науч. ред. В. Артюхин]. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2017. – 304 с.

139. Клинические рекомендации «Анафилактический шок» / Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов» // Официальный сайт Минздрава России <https://minzdrav.gov.ru/>. – 2021.

140. Клинические рекомендации «Тяжёлая черепно-мозговая травма» / Ассоциация нейрохирургов России. – 2017. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://neirodoc.ru/wp-content/uploads/2019/10/tyazhelaya-cherepno-mozgovaya-travma.pdf>.

141. Ковалев, А.В. Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы детской травмы / А.В. Ковалев, Т.П. Козлова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2013. – № 6. – С. 9-10.

142. Ковалев, А.В. Выявление дефектов оказания медицинской помощи по так называемым необъективным данным / А.В. Ковалев, И.В. Плетянова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 3. – С. 48-52.

143. Ковалев, А.В. Достоверные и вероятные выводы в заключениях судебно-медицинских экспертов / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2016. – № 1. – С. 60-64.

144. Ковалев, А.В. Квалификация неоказания помощи больному в судебно-медицинской практике / А.В. Ковалев, Д.С. Кадочников, А.А. Мартемьянова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 1. – С. 4-8.

145. Ковалев, А.В. Классификации в судебной медицине и их логическая основа / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. – № 6. – С. 49-52.

146. Ковалев, А.В. Построение вопросов в судебной медицине и их

логическая основа / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 1. – С. 53-55.

147. Ковалев, А.В. Правовые и судебно-медицинские проблемы установления жизнеспособности плодов и новорожденных в современных условиях / А.В. Ковалев, И.В. Плетянова, В.А. Фетисов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. – № 4. – С. 4-7.

148. Ковалев, А.В. Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных СМЭ по врачебным делам в уголовном судопроизводстве / А.В. Ковалев, И.В. Плетянова, В.А. Фетисов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. – № 5. – С. 21-24.

149. Ковалев, А.В. Характеристика понятий, используемых в судебной медицине и их логическая основа / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 2. – С. 52-56.

150. Колкутин, В.В. Проблемные вопросы правового и организационного регулирования производства СМЭ или как избежать признания заключения эксперта недопустимым доказательством / В.В. Колкутин, Д.С. Кадочников, А.О. Недоборенко, Е.В. Тихонова, В.А. Ракитин. – М. : РИОР, 2010. – 175 с.

151. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации : в 4 т. / отв. ред. В.М. Лебедев. – М. : Издательство Юрайт, 2017. – т. 1, 2, 4.

152. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Заключена в г. Риме 04.11.1950) (с изм. от 24.06.2013) (вместе с «Протоколом [N 1]» (Подписан в г. Париже 20.03.1952), «Протоколом N 4 об обеспечении некоторых прав и свобод помимо тех, которые уже включены в Конвенцию и первый Протокол к ней» (Подписан в г. Страсбурге 16.09.1963), "Протоколом N 7" (Подписан в г. Страсбурге 22.11.1984)) // Собрание законодательства РФ. – 2001. – № 2. – ст. 163.

153. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе

общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. – 2020.

154. Коротких, Р.В. Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников / Р.В. Коротких, Е.В. Жилинская, Н.В. Симакова, Н.Х. Лукова // Здравоохранение. – 2000. – № 7. – С. 49-65.

155. Корякина, В.А. Судебно-медицинская характеристика и оценка повреждений шеи при интубации : дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Корякина Валерия Александровна. – СПб, 2016. – 153 с.

156. Костикова, Е.О. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Костикова Екатерина Олеговна. – М., 2009. – 27с.

157. Косухина, О.И. Экспертная оценка неблагоприятных исходов медицинской помощи в кардиологической практике : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Косухина Оксана Игоревна. – М., 2015. – 24 с.

158. Коэн, Моррис. Введение в логику и научный метод / Моррис Коэн, Эрнест Нагель; пер. с англ. П.С. Куслия. – Москва ; Челябинск : Социкум, 2015. – 519 с.

159. Кривицкий, А.А. О качестве диагностики заболеваний органов пищеварения / А.А. Кривицкий [и др.] // Гастроэнтерология. – Киев, 1975. – Вып. 7. – С. 53-58.

160. Кротов, Я.Г. Путешественник во времени. Каролина. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://krotov.info/acts/16/1/1532karolina.htm>.

161. Кудрявцев, В.Н. Объективная сторона преступления / В.Н. Кудрявцев. – М. : Государственное издательство Юридической литературы, 1960. – 244 с.

162. Кудрявцев, В.Н. Противоправное бездействие и причинная связь / В.Н. Кудрявцев // Советское государство и право. – 1967. – № 5. – С. 28-36.
163. Кузин, М.И. Хирургические болезни: Учебник / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с.
164. Кузнецова, Ю.Е. Методические основы проведения экспертиз негативных последствий в медицинской практике : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Кузнецова Юлия Евгеньевна. – М., 2015. – 25 с.
165. Кузьмин, Ю.А. К вопросу о сущности причины и следствия / Ю.А. Кузьмин // Теология. Философия. Право (Theology. Philosophy. Law). – 2020. – № 1. – С. 34-43.
166. Купрюшин, А.С. Анализ комиссионной СМЭ процесса оказания медицинской помощи детям / А.С. Купрюшин, Р.Т. Галеева // Медицинская экспертиза и право. – 2017. – № 2. – С. 31-34.
167. Кураева, Е.Ю. Судебно-медицинский анализ дефектов стоматологического протезирования с опорами на дентальные имплантаты (медико-правовые аспекты) : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.03.05, 14.01.14 / Кураева Екатерина Юрьевна. – М., 2010. – 181 с.
168. Куранов, В.Г. Методологические подходы к определению понятия «качество медицинской услуги» в гражданско-правовом аспекте / В.Г. Куранов // Медицинское право: теория и практика. – 2019. – № 1. – С. 74-80.
169. Куранов, В.Г. Развитие медицинского законодательства в России в дореволюционный период / В.Г. Куранов // Пермский медицинский журнал. – 2003. – № 5. – С. 136-142.
170. Кучина, Н.Н. Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов плодов и новорожденных. Учебное пособие / Н.Н. Кучина, Е.М. Кильдюшов. – М. : ООО Фирма «Светотон ЛТД», 2003. – 124 с.
171. Лазарев, В.В. Пробелы в праве и пути их устранения / В.В. Лазарев. – М. : Юридическая литература, 1974. – 184с.
172. Левин, А. Несчастный случай и неосторожность при врачевании /

А. Левин // Еженедельник советской юстиции. – 1927. – № 13. – С. 373-375.

173. Лейбович, Я.Л. Врачебные ошибки и незаконное врачевание / Я.Л. Лейбович // Судебная ответственность врачей. Сборник статей. – М., Л. : Рабочий Суд, 1926. – С. 84-87.

174. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

175. Литовкина, М.И. Безопасность медицинской деятельности в спектре конституционно-правовых норм / М.И. Литовкина // Актуальные проблемы Российского права. – 2015. – № 5. – С. 29-34.

176. Лобан, И.Е. Ошибки в судебно-медицинской деятельности / И.Е. Лобан, В.Л. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2013. – № 3. – С. 46-52.

177. Лобан, И.Е. Судебно-медицинская деятельность в уголовном судопроизводстве: правовой, организационные и методические аспекты / И.Е. Лобан, Г.И. Заславский, В.Л. Попов. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2003. – 467 с.

178. Лузанова, И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.01 / Лузанова Инна Михайловна. – М., 2007. – 26 с.

179. Лукаш, А.А. О путях улучшения качества и эффективности судебно-медицинских экспертиз в Эстонской ССР / А.А. Лукаш // Судебно-медицинская экспертиза. – 1979. – № 3. – С. 14-17.

180. Лупарев, Е.Б. Публичное медицинское право: учебное пособие / Е.Б. Лупарев, Е.В. Епифанова. – Краснодар : Кубанский гос. ун-т., 2021. – 191 с.

181. Лядова, М.В. Медико-экспертная оценка качества оказания экстренной помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата в условиях мегаполиса : автореф дис. ... доктора медицинских наук : 14.03.05, 14.01.15 / Лядова Мария Васильевна. – М., 2016. – 48 с.

182. Макарова, В.Н. Анализ судебно-медицинских исследований трупов с диагнозом туберкулез легких и выявляемые при этом дефекты диагностики: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24 / Макарова Виктория Николаевна. – М., 2009. – 25 с.

183. Максимов, А.В. Анализ дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой / А.В. Максимов // Судебная медицина. – 2015. – № 1. – С. 19-21.

184. Максимов, А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой : дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Максимов Александр Викторович. – М., 2014. – 147 с.

185. Максимов, А.В. Методологическое обоснование сопоставления заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.03.05 / Максимов Александр Викторович. – М., 2020 – 242 с.

186. Макутина, М. Принтер правительства: кто заставил Думу принять рекордное число законов // М. Макутина, Ф. Рустамова, М. Стародубцева // РБК. – 2019. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rbc.ru/politics/24/07/2016/578f789c9a7947c1f15cf09e>.

187. Малеина, М.Н. Система критериев определения компенсации неимущественного вреда как способа защиты гражданских, семейных и трудовых прав граждан / М.Н. Малеина // Журнал Российского права. – 2015. – № 5. – С. 59-73.

188. Малинин, В.Б. Объективная сторона преступления / В.Б. Малинин, А.Ф. Парфенов. – СПб. : Юридического института, 2004. – 301 с.

189. Малинин, В.Б. Причинная связь в уголовном праве: вопросы теории и практики : диссертация ... доктора юридических наук : 12.00.08 / Малинин Василий Борисович. – СПб., 1999. – 409 с.

190. Мануйлова, А. Здравоохранению поднимают качество / А. Мануйлова // Коммерсант. 05.12.2019. – № 224. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/4181182>.

191. Марков, А.А. Клиническая и экспертная характеристика дефектов в оказании медицинской помощи на различных этапах : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Марков Алексей Аркадьевич. – М., 2018. – 25 с.

192. Маркс К., Энгельс Ф. Собрание сочинений: 50 т. / Карл Маркс, Фридрих Энгельс. – М. : Государственное издательство политической литературы, 1955–1974. – т. 20.

193. Машковский, М.Д. Прогресс фармакологии и трудности фармакотерапии / М.Д. Машковский // Терапевтический архив – 1973. – № 5. – С. 45-52.

194. Мельников, В.С. Законы формальной логики в работе судебно-медицинского эксперта / В.С. Мельников // Судебно-медицинская экспертиза. – 1988. – № 3. – С. 6-8.

195. Местергази, Г.М. Врач и больной, или По-новому о старом : учебное пособие / Г.М. Местергази. – 5-е изд., электрон. – М. : Лаборатория знаний, 2020. – 115 с.

196. Методические указания Бюро главной судебно-медицинской экспертизы Минздрава РСФСР №1523/01-04 от 17.11.1993 г. «Проведение судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с жалобами родственников на неправильную диагностику и лечение» / В.О. Плаксин, А.Ф. Кинле, И.Г. Вермель, Ю.Б. Горошня. – 1993.

197. Минто, В. Дедуктивная и индуктивная логика / В. Минто. – Мн. : Харвест, 2002. – 352 с.

198. Мирошниченко, Н.В. Причинение медицинскими работниками смерти и вреда здоровью пациентов: уголовно-правовые аспекты : диссертация ... кандидата юридических наук : 12.00.08 / Мирошниченко Надежда Викторовна. – Саратов, 2007. – 195 с.

199. Михеева, Н.А. Критерии экспертной оценки ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Михеева Наталья Александровна. – М., 2011. – 24 с.

200. Момотов, В.В. Применение института аналогии в материальном и процессуальном праве России: история и современность / В.В. Момотов, Г.Д. Улетова, С.А. Маркова-Мурашова // Современное право. – 2011. – № 10. – С. 3-12.

201. Мондор, Г. Неотложная диагностика : в 2 т. / Г. Мондор. – М.-Л., 1939–1940. – 2 т.

202. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 году: Ежегодный доклад / под ред. В.А. Клевно. – М. : Ассоциации судебно-медицинских экспертов, 2018. – 172 с.

203. Морковин, И.В. К вопросу о судебной ответственности врачей / И.В. Морковин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1928. – № 8. – С. 81–95.

204. Морской устав 1720. Русский правовой портал : Библиотека Пашкова. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://constitutions.ru/?p=11307>.

205. Мохов, А.А. Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности). Курс лекций / А.А. Мохов, И.Н. Мохова. – Волгоград: Издательство ВолГУ, 2003. – 188 с.

206. Мухарлямов, Н.М. Клиническая ультразвуковая диагностика : руководство для врачей : в 2 т. Т. 1 / Н.М. Мухарлямов [и др.]. – М. : Медицина, 1987. – 328 с.

207. Назаров, В.Ю. Формирование городской судебно-экспертной службы Санкт-Петербурга : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24 / Назаров Виктор Юрьевич. – М., 2009. – 42 с.

208. Налетова, Д.М. Судебно-медицинская оценка случаев смерти в медицинских организациях в отдаленном посттравматическом периоде :

автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Налетова Диана Марфеловна. – М., 2019. – 24 с.

209. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая) от 31.07.1998 № 146-ФЗ (ред. от 28.06.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 23.09.2022) // «Собрание законодательства РФ». – 1998. – № 31. – ст. 3824.

210. Недугов, Г.В. Вероятностные аналитические технологии в судебной медицине: базовые математические модели и практические приложения / Г.В. Недугов, В.В. Недугова. – Самара : Офорт, 2009. – 241 с.

211. Немеров, Е.Н. Врачебная тайна в России рубежа XIX-XX веков: от этической рекомендации к правовой оценке / Е.Н. Немеров, О.В. Пыжова, Ж.Г. Симонова // Манускрипт. – 2020. – № 7. – С. 84-88.

212. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. судебно-медицинская экспертиза: учебное пособие / под ред. П.О. Ромодановского, А.В. Ковалева, Е.Х. Баринаова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 144 с.

213. Нехаев, В.И. Профилактика профессиональных ошибок, неблагоприятных исходов лечения и конфликтных ситуаций в ургентной абдоминальной хирургии : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.21 / Нехаев Виктор Иванович. – М., 2010. – 58 с.

214. Новоселов, В.П. О проведении комиссионных и комплексных экспертиз по ненадлежащему оказанию медицинской помощи и роли судебно-медицинского эксперта / В.П. Новоселов // Вестник судебной медицины. – 2014. – № 1. – С. 5-11.

215. Ноздряков, К В. Экспертная оценка медицинских документов в акушерско-гинекологической практике : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.01 / Ноздряков Константин Валерьевич. – М., 2005. – 167 с.

216. О'Коннор, Дж. Искусство системного мышления: Необходимые знания о системах и творческом подходе к решению проблем / Джозеф О'Коннор, Иан Макдермотт ; пер. с англ. – М. : Альпина Паблишер; 2020. – 396 с.

217. Обзор судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 14.12.2011) // Бюллетень Верховного суда. – 2012. – № 3.

218. Овсепян, А.Н. Структура дефектов оказания медицинской помощи / А.Н. Овсепян, К.Г. Мхитарян // Судебная медицина. – 2018. – № 1s. – С. 94-95.

219. Овсиюк, Ю.А. Осуществление государственным комитетом судебных экспертиз республики Беларусь надзорной деятельности за качеством оказания медицинской помощи / Ю.А. Овсиюк, А.А. Сорокин, А.В. Четин // Судебная медицина. – 2016. – № 2. – С. 41-43.

220. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность / И.Ф. Огарков. – Ленинград : Медицина, 1966. – 196 с.

221. Огарков, И.Ф. Смертельное ранение сердца инъекционной иглой при проведении анестезии брюшной стенки / И.Ф. Огарков // Судебно-медицинская экспертиза. – 1959. – № 3. – С. 50-51.

222. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – М. : ООО «А ТЕМП», 2006. – 944 с.

223. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 14.10.2019 № 80-КГ19-13 / Документ опубликован не был.

224. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 14.01.2019 N 57-КГ18-23 / Документ опубликован не был.

225. Определение Верховного Суда РФ от 14.01.2020 N 307-ЭС19-25300 по делу N А13-14428/2018 / Документ опубликован не был.

226. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011) // Российские вести. – 1993. – № 174.

227. Островская, Е.В. Особенности проведения судебно-медицинской

экспертизы в случаях различных правонарушений медицинских работников : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.00.24 / Островская Екатерина Викторовна. – М., 2002. – 32 с.

228. Отто, В. Медицинская поликлиническая диагностика : пер. с нем. / В. Отто [и др.]. – М. : Медицина, 1979. – 496 с.

229. Панкова, Т.А. Диагностические ошибки, их причины и важнейшие источники : диссертация ... кандидата медицинских наук / Панкова Татьяна Александровна. – Иваново, 1955. – 104 с.

230. Панов, И.Е. Недостатки судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников / Панов И.Е., Файн М.А., Исаев А.И. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1985. – № 1. – С. 3-9.

231. Пашинян, А.Г. Комплексное клиническое, экспертное и медико-правовое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании дерматовенерологической помощи : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24, 14.00.11 / Пашинян Альбина Гургеновна. – М., 2005. – 52 с.

232. Пашинян, Г.А. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья / Г.А. Пашинян, И.В. Ившин. – М. : Медицинская книга, 2006. – 196 с.

233. Пашинян, Г.А. Пашинян, Г.А. Судебная стоматология - новый самостоятельный раздел судебной медицины / Г.А. Пашинян, Т.Г. Попова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – № 1. – С. 29-33.

234. Пеккер, Г.Я. Внезапная смерть во время оперативных вмешательств и ее судебно-медицинская оценка : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Пеккер Г.Я. – М., 1958. – 18 с.

235. Персианинов, Л.С. Оперативная гинекология. Руководство / Л.С. Персианинов. – М. : Медицина, 1975. – 576 с.

236. Петрова, Т.Н. Преступления медицинских работников в сфере родовспоможения: проблемы досудебного производства / Т.Н. Петрова //

Медицинское право. – 2017. – № 1. – С. 32-36.

237. Печерей, И.О. Экспертная оценка диагностических и лечебных мероприятий при выявлении туберкулеза легких : дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.26 / Печерей Иван Олегович. – М., 2007. – 128 с.

238. Пиголкин, Ю.И. Анализ неблагоприятных исходов оказания стоматологической помощи по материалам комиссионных СМЭ БСМЭ Департамента здравоохранения Москвы / Ю.И. Пиголкин., Т.В. Мурзова, В.В. Жаров, В.В. Зайцев, Х.М. Мирзоев // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – №2. – С. 25-27.

239. Пиголкин, Ю.И. Применение принципов доказательной медицины в качестве критериев полезности новых методов исследования в экспертной практике / Ю.И. Пиголкин, И.Н. Богомолова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2004. – № 6. – С. 3-6.

240. Пименов, А.Б. Дефекты в оказании медицинской помощи (экспертный анализ) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.33 / Пименов Александр Борисович. – М., 2002. – 24 с.

241. Пирогов Николай Иванович. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Пирогов,_Николай_Иванович.

242. Пирогов, Н.И. Анналы хирургического отделения клиники Императорского Дерптского университета / Н.И. Пирогов // Собр. соч. в 8 т. – М., 1959. – 1 т.

243. Пирогов, Н.И. Собрание сочинений: 8 т. / Н.И. Пирогов. – М. : Медгиз, 1957–1962. – т. 2.

244. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030» / Документ опубликован не был.

245. Письмо Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 14-0/10/2-2564 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 7155/30 от 26.09.2012 «Скорая медицинская помощь в

системе ОМС: этап становления, перспективы развития. Методические рекомендации» / «Здравоохранение». – 2013. – № N 1 (извлечения).

246. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 30.04.2013 № 13-2/10/2-3113 «О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи» / Документ опубликован не был.

247. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» / Документ опубликован не был.

248. Плаксин, В.О. Некоторые вопросы организации СМЭ по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / В.О. Плаксин, Б.Л. Гуртовой, В.Б. Обоймаков // Судебно-медицинская экспертиза. – 1994. – № 1. – С. 3-6.

249. Повзун, С.А. Дефект медицинской помощи или несчастный случай? / С.А. Повзун // Медицинское право. – 2017. – № 4. – С. 14-17.

250. Поздеев, А.Р. Судебно-медицинский анализ клинико-фармакологических дефектов лечебной помощи больным в премортальный период : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24, 14.00.25 / Поздеев Алесей Родионович. – М., 2008. – 50 с.

251. Позднышев, С.В. Учебник уголовного права. Очерк основных начал общей и особенной части науки уголовного права / С.В. Позднышев. – М. : Юридическое издательство Наркомюста, 1923. – 280 с.

252. Покровский, А.И. История римского права / А.И. Покровский. – Мн. : Харвест, 2002. – 528 с.

253. Полосина, Я.О. Различия недостатков безопасности медицинской помощи при оказании медицинских услуг / Я.О. Полосина, Е.Х. Баринов, О.И. Косухина // Судебная медицина. – 2017. – № 1s. – С. 64-65.

254. Полякова, Т.И. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи в Республике Казахстан / Т.И. Полякова, Ю.В.

Колосов, Т.З. Жакупова, Р.В. Мешелева-Бех // Судебная медицина. – 2018. – № 1s. – С. 97-98.

255. Понкина, А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / А.А. Понкина. – М. : Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 198 с.

256. Понкина, А.А. Дефекты оказания медицинской помощи / А.А. Понкина, И.В. Понкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 312 с.

257. Попов, В.Л. Особенности оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при повреждениях челюстно-лицевой области и шеи, сопровождающихся инфекционными процессами / В.Л. Попов, О.А. Егорова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2013. – № 3. – С. 53-54.

258. Попов, В.Л. Решенные и нерешенные проблемы судебной медицины / В.Л. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2011. – № 1. – С. 4-9.

259. Попов, Н.В. Судебная медицина / Н.В. Попов. – 3-е изд., перераб. и доп. проф. В.М. Смольяниновым, проф. В.Ф. Черваковым. – М. : Медгиз, 1950. – 444 с.

260. Попов, Ю.П. Логика / Ю.П. Попов. – Владивосток : ДГУ ТИДОТ, 1999. – 97 с.

261. Попова, Т.Г. Критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи на всех этапах стоматологического лечения : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Попова Татьяна Геннадьевна. – М., 2008. – 46 с.

262. Поркшеян, О.Х. Врачебные ошибки, правонарушения / О.Х. Поркшеян. – Ленинград : Ленингр. гос. ин-т усовершенствования врачей им. С.М. Кирова, 1970. – 26 с.

263. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации

(утв. ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России 21.06.2017) / А.В. Ковалев. – 2-е изд., перераб. и дополн. – М. : ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. – 29 с.

264. Постановление Арбитражного суда Западно-сибирского округа в постановлении от 16.04.2020 по делу № А45-21963/2019 / Документ опубликован не был.

265. Постановление Европейского Суда по правам человека от 17.03.2020 «Дело "Косенко (Kosenko) против Российской Федерации» (жалобы № 15669/13 и 76140/13) // «Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание». – 2020. – № 10.

266. Постановление Европейского Суда по правам человека от 13.06.2017 по делу «Сергеева и Пролетарская (Sergeyeva and Proletarskaya) против Российской Федерации» (жалоба № 59705/12) // «Российская хроника Европейского Суда». – 2017. – № 3.

267. Постановление Европейского Суда по правам человека от 23.02.2016 по жалобе № 40378/06 «У.У. против России». // «Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание». – 2016. – № 11(173).

268. Постановление Пленума Верховного суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Российская газета. – 2012. – № 156.

269. Постановление Пленума Верховного суда РФ от 19.12.2003 № 23 «О судебном решении» / Российская газета. – 2003. – № 260.

270. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 (ред. от 29.06.2022) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» // Собрание законодательства РФ. – 2013. – № 28. – ст. 3831.

271. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 35. – ст. 4308.

272. Поташник, Д.П. Вопросы криминологической экспертизы и правовой кибернетики. Труды ВНИИСЭ. М 1971, вып. 3 / Д.П. Поташник, А.И. Манцетова, С.С. Москвин, Л.Г. Эджубов. – М. : Изд-во ВНИИСЭДГУ, 1971. – 245 с.

273. Поцелуев, Е.Л. «Медицинская услуга» и «медицинская помощь» по законодательству российской федерации: тождественные или различные понятия? [Электронный ресурс] / Е.Л. Поцелуев, А.Е. Горбунов // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». – 2016. – том 4. – № 3. – Режим доступа: <http://esj.pnzgu.ru> ISSN 2307-9525.

274. Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (ред. от 19.02.2020) «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 N 29950) // «Российская газета». – 2013. – № 224.

275. Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (ред. от 09.12.2019) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 N 39696) // «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти». – 2015. – № 51.

276. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. – 2015.

277. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н (ред. от 21.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410) (с

изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2022) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. – 2021.

278. Приказ Минздрава России от 31.01.2019 № 36н (ред. от 28.09.2020) «Об утверждении Порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2019 N 54085) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>. – 2019.

279. Приказ Минздрава РФ от 10.12.1996 N 407 (ред. от 05.03.1997) «О введении в практику Правил производства судебно-медицинских экспертиз» // «Медицинская газета». – 1997. – № 23.

280. Приказ Минздрава РФ от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» // Документ опубликован не был.

281. Приказ Минздрава СССР «Перечень форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» (утв. Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030) (ред. от 29.01.1985) // Документ опубликован не был.

282. Приказ Минздрава СССР от 11.12.1978 № 1208 «О введении в практику общесоюзных «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» // «Уголовный кодекс РСФСР (с постатейными материалами)». – М. : Юридическая литература, 1987.

283. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н (ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247). // «Российская газета». – 2010. – № 217.

284. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских

экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 № 18111) // «Российская газета». – 2009. – № 186.

285. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118) // «Российская газета». – 2008. – № 188.

286. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н (ред. от 15.04.2021) «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2012 N 23490) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – ст. 6724.

287. Правила для составления заключения о тяжести повреждений // Утверждены Наркомюстом РСФСР, Наркомздравом РСФСР, циркуляр НКЮ от 16.11.1922 – № 146.

288. Правила для составления заключения о тяжести повреждения, утверждённые Наркомздравом и Наркомюстом 27.01.1928 // Бюллетень Наркомздрава. – 1928. – № 3.

289. Правила определения степени тяжести телесных повреждений (утв. Минздравом РСФСР 04.04.1961 // Документ опубликован не был.

290. Причинно-следственные связи в судебно-медицинской экспертизе и их логический анализ : Учеб. пособие / А.А. Солохин, В.А. Свешников, Е.Ю. Дедюева, А.В. Сахно. – М. : ЦОЛИУВ, 1986. – 24 с.

291. Прозоровский, В.И. Неотложные задачи судебно-медицинской экспертизы / В.И. Прозоровский // Судебно-медицинская экспертиза. – 1961. – № 4. – С. 3-6.

292. Пронин, И.А. Соотношение понятий «помощь» и «услуга» в медицине: анализ гражданского законодательства / И.А. Пронин // Юридическая наука: история и современность. – 2012. – № 1. – С. 57-60

293. Проценков, М.Г. Методика учёта дефектов оказания медицинской помощи при проведении судебно-медицинской экспертизы / М.Г. Проценков, В.Н. Гужеедов // Судебно-медицинская экспертиза. – 1989. – № 1. – С. 44-45.

294. Рамов, А.Б. Дело гр. Зонтаг / А.Б. Рамов // Судебно-медицинская экспертиза. – 1928. – № 8. – С. 113-114.

295. Распоряжения Правительства РФ от 27.12.2019 N 3225-р «Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") по совершенствованию организации и производства судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2020. – № 1 (ч. I). – ст. 140.

296. Ревин, В.П. Уголовное право России. Общая часть: Учебник / В.П. Ревин. – М. : Юстицинформ. 2016. – 580 с.

297. Решение Верховного Суда РФ от 27.02.2020 № АКПИ19-985 «Об отказе в удовлетворении заявления о признании частично недействующим Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, утв. ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России 21.06.2017» // Документ опубликован не был.

298. Решение по гражданскому делу № 2-3/2014 по иску Р.И.В. к Государственному бюджетному образовательному учреждению высшего профессионального образования <данные изъяты> возмещении вреда, причиненного здоровью и компенсации морального вреда // Архив Приморского районного суда города Санкт-Петербурга. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://primorsky-spb.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=415312344&case_uid=95c3d2a0-2eb4-41ea-9b31-d5a37d14cd80&delo_id=1540005.

299. Рожкова, Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности / Е. В. Рожкова // Современные исследования социальных проблем. – 2011. – № 3. – С. 39-55.
300. Розенблюм, Е.Е. Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. Руководство для работников суда, расследования и судебно-медицинской экспертизы / Е.Е. Розенблюм, М.Г. Сердюков, В.М. Смольянинов. – М. : Государственное издательство Советское законодательство, 1935. – 164 с.
301. Рокицкий, М.Р. Анализ врачебных ошибок / М.Р. Рокицкий // Казанский медицинский журнал. – 1978. – № 4. – С. 1-6.
302. Руководство по судебной медицине / под ред. В.В. Томилина, Г.А. Пашиняна. – М. : Медицина, 2001. – 576 с.
303. Савич, Н.А. Уголовно-правовая характеристика нарушений медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей в сфере оказания медицинской помощи / Н.А. Савич, Ф.В. Алябьев, Н.В. Крахмаль, Р.Н. Вогнерубов, П.В. Мисников // Вестник судебной медицины. – 2012. – том № 1. – № 2. – С. 28-35.
304. Салагай, О.О. Повышение качества и доступности всех видов СМЭ как результат реализации «Современной модели организации и производства СМЭ в Российской Федерации» / О.О. Салагай, Л.И. Летникова, М.С. Некрасов, И.Ю. Макаров, П.В. Минаева // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 6. – С. 4-7.
305. Самищенко, С.С. Судебная медицина: учебник для юридических вузов / С.С. Самищенко. – М. : Право и закон, 1998. – 361 с.
306. Сапрыкин, С.Б. Некоторые особенности установления причинно-следственной связей между повреждениями и их последствиями при оказании пострадавшим медицинской помощи / С.Б. Сапрыкин, М.Г. Проценков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2007. – № 2. – С. 43–44.
307. Седов, В.М. Ятрогения / В.М. Седов. – СПб. : Человек, 2010. – 296 с.

308. Сергеев, В.В. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок / В.В. Сергеев, С.О. Захаров // Здравоохранение РФ. – 2000. – № 1. – С. 7-9.

309. Сергеев, В.В. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников / В.В. Сергеев, С.О. Захаров, А.П. Ардашкин, А.А. Тарасов. – Самара : СамГУ, 2000. – 143 с.

310. Сергеев, Ю.Д. Дефекты оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (медико-правовые аспекты проблемы) / Ю.Д. Сергеев, Ю.В. Бисюк, В.А. Вериковский // Медицинское право. – 2019. – № 3. – С. 31-33.

311. Сергеев, Ю.Д. Медицинское право в деятельности судебно-медицинской службы России / Ю.Д. Сергеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – № 2. – С. 13-15.

312. Сергеев, Ю.Д. Профессия врача. Юридические основы: Учебник / Ю.Д. Сергеев. – Киев : Высшая школа, 1988. – 204 с.

313. Сергеев, Ю.Д. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников : диссертация ... доктора медицинских наук: 14.03.05 / Сергеев Юрий Дмитриевич. – М., 1988. – 387 с.

314. Сергеев, Ю.Д. Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – № 6. – С. 3-8.

315. Сергеевский, Н.Д. О значении причинной связи в уголовном праве: 2 т. / Н.Д. Сергеевский. – Ярославль : типо-лит. Г. Фальк 1880. – 179 с.

316. Сердюков, М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство / М.Г. Сердюков. – М: Медгиз, 1957. – 396 с.

317. Сидорова, В.Н. Соотношение понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга» и «медицинская работа» как проблема гражданского законодательства / В.Н. Сидорова // Медицинское право. – 2012. – № 4. – С. 25-27.

318. Сидорович, Ю.В. К вопросу о дефектах оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях / Ю.В. Сидорович // Судебная медицина. – 2017. – № 1s. – С. 65-66.

319. Симон, А.И. Анализ ошибок и осложнений в практике ортопедической стоматологии (медико-правовые аспекты) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Симон Анна Игоревна. – М., 2004. – 28 с.

320. Сисакьян, А.Ж. К истории юридической ответственности врачей / А.Ж. Сисакьян // Правопорядок: история, теория, практика. – 2015. – № 2. – С. 108-111.

321. Смагин, А.Ю. Анафилактический шок: учебно-методическое пособие / А.Ю. Смагин, О.В. Кулябина, – 2 изд., перераб. и доп. – Омск : БУ ДПО ООО ЦПК РЗ, 2019. – 48 с.

322. Собир, Р.К. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений при ортопедическом лечении с использованием замковых креплений : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Собир Ромиш Камолзод. – М., 2009. – 25 с.

323. Соктоев, З.Б. Использование приемов формальной логики при выявлении причинной связи по «врачебному делу» / З.Б. Соктоев, В.А. Спиридонов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 6. – С. 56-60.

324. Солохин, А.А. Логические приемы в судебно-медицинской экспертизе / А.А. Солохин, В.А. Свешников, Е.Ю. Дедюева, А.В. Сахно // Судебно-медицинская экспертиза. – 1985. – № 1. – С. 3-8.

325. Солохин, А.А. Проблема причинно-следственных отношений в практической судебной медицине / А.А. Солохин, В.А. Свешников, Е.Ю. Дедюева, А.В. Сахно // Судебно-медицинская экспертиза. – 1984. – № 1. – С.

3-7.

326. Солохин, А.А. Формальная логика в судебной медицине / А.А. Солохин, И. Г. Вермель. – М. : РМАПО 1995. – 92 с.

327. Соседко, Ю.И. Судебно-медицинская экспертиза повреждений селезенки при травме тупыми твердыми предметами / Ю.И. Соседко, В.В. Колкутин, М.В. Федулова, Н.В. Бурмистрова, Т.И. Русакова, под общ. ред. проф. В.В. Колкутина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2010. – 128 с.

328. Спиридонов В.А. Вопросы экспертам при назначении комиссионных СМЭ по фактам неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи / В.А. Спиридонов, А.А. Анисимов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 6. – С. 4-8.

329. Старченко, А.А. Руководство по защите прав пациентов (застрахованных лиц) / А.А. Старченко. – СПб. : Диалог, 2002. – 238 с.

330. Статистика врачебных ошибок [Электронный ресурс]. / Режим доступа: <http://vawilon.ru/statistika-vrachebnyh-oshibok>.

331. Степаненко, Г.Н. Логика: Конспект лекций / Г. Н. Степаненко, Е.В. Кузьмина. – Казань : Казанский университет, 2014. – 78 с.

332. Стерник, С.Г. Судебно-медицинская оценка дефектов догоспитальной медицинской помощи при экспертизе некоторых острых экзогенных отравлений : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.20 / Стерник Сергей Геннадьевич. – М., 1989. – 24 с.

333. Струве, В.В. Хрестоматия по истории Древнего мира: 3 т. / под ред. акад. В.В. Струве. – М. : Учпедгиз, 1950–1953. – т. 3.

334. Струков, А.И., Петленко В.П., Хмельницкий О.К. Основные проблемы и перспективы разработки теории причинности в современной медицине / Струков А.И., Петленко В.П., Хмельницкий О.К. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1978. – № 2. – С. 10-15.

335. Судебная медицина / под ред. В.И. Прозоровского. – М. ; Юридическая литература, 1968. – 368 с.

336. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза : национальное руководство / под ред. Ю.И. Пиголкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 728 с.

337. Судебная медицина: учебник для среднего профессионального образования / В.И. Акопов. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 478 с.

338. Суханов, Е. . Гражданское право: в 2 т. / Е.А. Суханов. – М. : Волтерс Клувер, 2004–2005. – т. 1.

339. Суханов, Е.А. Гражданское право: в 2 т. / Е.А. Суханов. – М. : Волтерс Клувер, 2004–2005. – т. 2.

340. Сухарева, М.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях массовых острых инфекционных бронхо-легочных заболеваний в замкнутых коллективах : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Сухарева Марина Анатольевна. – М., 2015. – 146 с.

341. Сухарникова, Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности : автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.09 / Сухарникова Лариса Викторовна. – СПб., 2006. – 25 с.

342. Сухобок, Т.В. Врачебная ошибка: криминологический аспект. Современные проблемы борьбы с преступностью: перспективы и пути решения / Т.В. Сухобок, Ю.Н. Аксенова-Сорохтей // Материалы Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. – Горно-Алтайск : Горно-Алтайский государственный университет, 2018. – С. 9-12.

343. Сыщанко, Г.А. Судебная ответственность врачей за профессиональные ошибки в Англии, США и Франции / Г.А. Сыщанко // Судебно-медицинская экспертиза. – 1958. – № 2. – С. 31-37.

344. Сыщанко, Г.А. Судебно-медицинский анализ ошибок диагностики и врачебной тактики при внематочной беременности:

автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Сыцяно Георгий Артурович. – М., 1956. – 14 с.

345. Талалаев, В.Н. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи в оториноларингологии (медико-правовой аспект проблемы) : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.24, 14.00.04 / Талалаев Владимир Николаевич. – М., 2005. – 286 с.

346. Талалаев, В.Н. История болезни – как источник достоверной информации о качестве оказания медицинской помощи и основной юридический документ / В.Н. Талалаев // Российская оториноларингология. – 2004. – № 3 (10). – С. 101-104.

347. Талалаев, В.Н. Основы правового регулирования медицинской деятельности в оториноларингологии / В.Н. Талалаев // Российская оториноларингология. – 2003. – № 4. – С. 137-142.

348. Таможенный кодекс Таможенного союза (ред. от 08.05.2015) (приложение к Договору о Таможенном кодексе Таможенного союза, принятому Решением Межгосударственного Совета ЕврАзЭС на уровне глав государств от 27.11.2009 N 17) // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 50. – ст. 6615.

349. Тангиева, Т.А. Экспертная оценка неблагоприятных исходов оказания стоматологической помощи у пациентов с факторами риска : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Тангиева Тамара Алиевна. – М., 2004. – 98 с.

350. Татаринцев, А.В. Экспертная оценка дефектов оказания экстренной медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.03.05, 14.01.17 / Татаринцев Алексей Викторович. – М., 2011. – 22 с.

351. Те, Е.А. Медицинская услуга с позиции определения понятия медицинской помощи / Е.А. Те // Медицина в Кузбассе. – 2007. – № 4. – С. 3-6.

352. Текст сборника Законов Хаммураби в переводе // Законы

вавилонского царя Хаммураби : С 8 рисунками и картой / Пер. и комм. И.М. Волкова; под общ. ред. Б.А. Тураева. – М. : Товарищество скоропечатания А.А. Левенсон, 1914. – 81 с. – Культурно-исторические памятники Древнего Востока, Вып. I.

353. Теньков, А.А. Как правильно формулировать выводы судебно-медицинского эксперта (Общие принципы и частные определения) / А.А. Теньков. – Курск, 2019. – 644 с.

354. Терлюкевич, И.И. Логика. Учебно-методический комплекс для студентов БНТУ / И.И. Терлюкевич, Е.К. Булыго, Н.В. Струтинская. – Минск : Учебное электронное издание, 2012. – 115 с.

355. Тимерзянов, М.И. Правовые аспекты экспертизы дефектов оказания медицинской помощи / М.И. Тимерзянов, О.Ю. Оладошкина, Д.Р. Селиванова, М.В. Дементьева // Судебная медицина. – 2015. – № 4. – С. 47-49.

356. Тимофеев, И.В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия / И.В. Тимофеев // Медицинское право. – 2018. – № 6. – С. 8-15.

357. Тимофеев, И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов / И.В. Тимофеев. – СПб. : Издательство ДНК, 2014. – 224 с.

358. Тимофеев, И.В. О проблемах правового регулирования качества медицинской помощи, снижающих эффективность реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации / И.В. Тимофеев // Медицинское право. – 2016. – № 3. – С. 12-17.

359. Тихомиров, А.В. Законодательные унификаты и деликт в сфере охраны здоровья / А.В. Тихомиров // Медицинская экспертиза и право. – 2016. – № 3. – С. 10-17.

360. Тихомиров, А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг : диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.03 / Тихомиров Алексей Викторович. – М., 2007. –

169 с.

361. Ткаченко, Е.И. Ошибки в гастроэнтерологии / Е.И. Ткаченко, В.А. Лисовский. – СПб. : Невский Диалект, 2002. – 397 с.

362. Томилин, В.В. Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (организациями) / В.В. Томилин, Ю.И. Соседко // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – № 4. – С. 3-5.

363. Томилин, В.В. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи / В.В. Томилин, Ю.И. Соседко // Судебно-медицинская экспертиза. – 2000. – № 6. – С. 4-8.

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

365. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 14.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2022) // Собрание законодательства РФ. – 2002. – № 1 (ч. I). – ст. 3.

366. Тэйлор, Р.Б. Трудный диагноз. В 2 т. Т. 1 / Р.Б. Тейлор ; пер.: М.Г. Лепилин, А.А. Еременко. – М. : Медицина, 1988. – 608 с.

367. Тягунов, Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз) : диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.03.05 / Тягунов Денис Владимирович. – М., 2010. – 213 с.

368. Тягунов, Д.В. Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных СМЭ / Д.В. Тягунов, А.Н. Самойличенко // Медицинское право. – 2008. – № 4. – С. 44-47.

369. Уголовное право России. Практический курс: учеб.-практ. пособие : учеб. для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» / [Р.А. Адельханян, Д.И. Аминов, Ю.Н. Ансимов и др.]

Под общ. ред. А.И. Бастрыкина; под науч. ред. А.В. Наумова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Волтерс Клувер, 2007. – 808 с.

370. Уголовное право России. Части Общая и Особенная / [М.П. Журавлев и др.] ; под ред. А.И. Рарога. – изд. 8-е, перераб. и доп. – М. : Проспект, 2014. – 781 с.

371. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 24.09.2022) // Собрание законодательства РФ. – 2001. – № 52 (ч. I). – ст. 4921.

372. Уголовный Кодекс Канады [Criminal Code] R.C.C. 1985 с. C-46. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [//http://laws-lois.justice.gc.ca](http://laws-lois.justice.gc.ca).

373. Уголовный Кодекс Федеративной республики Германии (в редакции от 13.11.1998 по состоянию на 15.05.2003) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://rawunsch.de/images/Ugolovnyiyi_Kodeks.pdf.

374. Указ Президента РФ от 13.05.2000 № 849 (ред. от 04.02.2021) «О полномочном представителе Президента Российской Федерации в федеральном округе» // Собрание законодательства РФ. – 2000. – № 20. – ст. 2112.

375. Указание Председателя Следственного комитета Российской Федерации № 4/201 от 17.05.2019 «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)» / А.И. Бастрыкин. – 2019.

376. Унгурян, В.М. Дефекты медицинской помощи манипуляционного характера в абдоминальной хирургии и их экспертная оценка : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05, 14.01.17 / Унгурян Владимир Михайлович. – СПб., 2014. – 22 с.

377. Уруков, Ю.Н. Комплексное медико-правовое, экспертное и клиническое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании ортопедической стоматологической помощи : автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.24, 14.00.21 / Уруков

Юрий Николаевич. – М., 2008. – 35 с.

378. Федеральная служба государственной статистики. Демография. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.

379. Федеральная служба государственной статистики. Рынок труда, занятость и заработная плата. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries.

380. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – ст. 6724.

381. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 49. – ст. 6422.

382. Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ (ред. от 01.07.2021) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»: федеральный закон // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 1. – ст. 48.

383. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 01.07.2021) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 23. – ст. 2291.

384. Федеральный закон от 12.08.1995 № 144-ФЗ (ред. от 01.04.2022) «Об оперативно-розыскной деятельности» // Собрание законодательства РФ. – 1995. – № 33. – ст. 3349.

385. Филиппов, О.С. Материнская смертность в Российской Федерации в 2019 г. / О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Проблемы репродукции. – 2020. – № 26. – С. 8-26.

386. Фролов, Д.В. Экспертная оценка осложнений и неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи пациентам с травмами верхней и нижней челюстей : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.03.05, 14.01.14 / Фролов Денис Владленович. – М., 2011. – 157 с.

387. Халиков, А.А. Аналитико-синтезирующая часть заключения

судебно-медицинской экспертной комиссии на примере дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников / А.А. Халиков, А.Р. Галимов, В.В. Агзамов, К.О. Кузнецов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2022. – № 4 – С. 64-68.

388. Харченко, С.В. Медико-правовой анализ ошибок и осложнений в практике хирургической стоматологии : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Харченко Станислав Владимирович. – М., 2005. – 177 с.

389. Христофорова, О.В. Судебно-медицинский экспертный анализ осложнений после внутрисуставного введения некоторых лекарственных средств : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.25 / Христофорова Ольга Валерьевна. – М., 2006. – 23 с.

390. Хрусталева, Ю.М. Философия науки и медицины : учеб. для аспирантов и соискателей мед. специальностей / Ю.М. Хрусталева, Г.И. Царегородцев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 507 с.

391. Хрусталева, Ю.А. Критерии установления причинно-следственной связи между механической травмой и летальным исходом в случаях смерти пострадавших на месте происшествия / Ю.А. Хрусталева // Судебно-медицинская экспертиза. – 2010. – № 3. – С. 17-19.

392. Хрусталева, Ю.А. Причинно-следственные связи в судебной медицине: содержание, способы выявления и значение при механической травме : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.03.05 / Хрусталева Юлия Александровна. – СПб., 2018. – 392 с.

393. Церетели, Т.В. Причинная связь в уголовном праве / Т.В. Церетели. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Госюриздат, 1963. – 382 с.

394. Циркулярное письмо Главного судебно-медицинского эксперта Министерства здравоохранения СССР № 306 от 29.02.1956 г. «О пределах компетенции судебно-медицинского эксперта» / Прозоровский В.И. – 1956.

395. Чазов Е.И. Диагностика и диагностические ошибки в современной кардиологии / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. – 1975. – №

10. – С. 19-24.

396. Челпанов, В.Г. Учебник логики / В.Г. Челпанов. – М.: Научная Библиотека, 2010 (репринт 1915). – 128 с.

397. Черкалина, Е.Н. Экспертная оценка профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в неонатологии : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.24 / Черкалина Елена Николаевна. – М., 2009. – 25 с.

398. Шадымов, А.Б. К вопросу об установлении тяжести вреда здоровью при последствиях медицинских манипуляций / А.Б. Шадымов, О.С. Артемихина // Вестник судебной медицины. – 2019. – № 2. – С. 67-69.

399. Шамарин, П.И. О гносеологическом анализе диагностических ошибок / П.И. Шамарин // Тер. архив. – 1969. – т. 41. – № 3. – С. 119.

400. Шарабчиев, Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья / Ю.Т. Шарабчиев // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2013. – № 6. – С. 14-31.

401. Шаргородский, М.Д. Некоторые вопросы причинной связи в теории права / Шаргородский М.Д. // Советское государство и право. – 1956. – № 7. – С. 38-51.

402. Шмаров, Л.А. Актуальные вопросы экспертных ошибок и оценки качества выполнения судебно-медицинских экспертиз по материалам публикаций в журнале «Судебно-медицинская экспертиза» за период с 1958 по 2015 г. / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2017. – № 1 – С. 51-55.

403. Шмаров, Л.А. Анализ материалов гражданских дел по искам к лечебным учреждениям / Л.А. Шмаров // Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. Материалы VIII Всероссийского съезда судебных медиков, 21-23 ноября 2018. – М. : ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, 2019. – том 2. – С. 211-219.

404. Шмаров, Л.А. Анализ размеров исков по материалам

гражданских дел в связи с претензиями к лечебно-профилактическим учреждениям / Л.А Шмаров // Российское правосудие. – 2019. – № 12. – С. 64-74.

405. Шмаров, Л.А. Обзор комиссионных судебно-медицинских экспертиз по некоторым специальностям в эстетической медицине / Л.А. Шмаров, И.В. Плетянова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 4. – С. 57-61.

406. Шмаров, Л.А. Взгляд судебно-медицинского эксперта на безопасность медицинской услуги / Л.А. Шмаров // Вестник судебной медицины. – 2018. – № 1. – С. 45-49.

407. Шмаров, Л.А. Должна ли платная медицинская услуга быть безопасной? [Электронный ресурс] / Л.А. Шмаров, Г.Ф. Чекмарёв // Либерально-демократические Ценности. Том 1 – 2017 – № 3. – Режим доступа : <https://liberal-journal.ru/PDF/04LDZ317.pdf>.

408. Шмаров, Л.А. Логический анализ понятия «медицинская ошибка» / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – № 3. – С. 49-53.

409. Шмаров, Л.А. О праве преступника на хорошего врача для его жертвы / Л.А. Шмаров // Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической Конференции с международным участием, 21–22 октября 2021, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – Тамбов : ООО фирма «Юлис», 2021. – том 2. – С. 299-304.

410. Шмаров, Л.А. Объективизация величины компенсации морального вреда при исках к медицинским организациям / Л.А. Шмаров // Российское правосудие. – 2020. – № 6. – С. 35-44.

411. Шмаров, Л.А. Основные проблемы при выполнении судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Актуальные вопросы судебной медицины и права. Сборник научно-практических статей, выпуск 11, посвящённый 70-летию организации Республиканского бюро

судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – Казань, 2020. – С. 174-179.

412. Шмаров, Л.А. Применение ст. 238 УК РФ при расследовании уголовных дел по врачебным делам / Л. А. Шмаров // Вестник Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. – 2018. – № 1. – С. 71-76.

413. Шмаров, Л.А. Бездействие и причинность / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 2. – С. 58-62.

414. Шмаров, Л.А. Комиссионная или комплексная судебно-медицинская экспертиза по «врачебному делу» / Л.А. Шмаров // Вестник судебной медицины. – Новосибирск, 2021. – № 4. – С. 37-44.

415. Шмаров, Л.А. Множественность причинных связей в заключениях по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Медицинское право. – 2022. – № 2. – С. 39-46.

416. Шмаров, Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 1. – С. 5-11.

417. Шмаров, Л.А. Проблемы соблюдения экспертами законов формальной логики в публикациях журнала «Судебно-медицинская экспертиза» / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2017. – № 5. – С. 53-57.

418. Шмаров, Л.А. Соотнесение результатов выполнения СМЭ с решениями судов по искам к медицинским организациям / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 3. – С. 8-12.

419. Шотт, И.Е. Критерии оценки врачебных ошибок стоматологов-ортопедов Республики Беларусь : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Шотт Ирина Егоровна. – М., 2005. – 160 с.

420. Штольц, В. Руководство к изучению судебной медицины для юристов / В. Штольц. – СПб. : Издание И.С. Леви, 1885. – 490 с.

421. Щеголев, П.П. Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащей

медицинской помощи : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.24 / Щеголев Павел Павлович. – Гродно, 1974. – 35 с.

422. Эдель, Ю.П. Врачебные ошибки и ответственность врача : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : / Эдель Ю.П. – Харьков, 1957. – 14 с.

423. Эдель, Ю.П. Исследование причин ошибочной диагностики смертельных травм (по судебно-медицинским материалам) / Ю.П. Эдель // Судебно-медицинская экспертиза. – 1958. – № 4. – С. 34-36.

424. Эйсман, А.А. Заключение эксперта. Структура и научное обоснование / А.А. Эйсман. – М. : Юридическая литература, 1967. – 152 с.

425. Эльштейн, Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки / Н.В. Эльштейн // Терапевтический архив. – 2005. – № 8. – С. 66-92.

426. Энгельс, Ф. Диалектика природы / Ф. Энгельс. – М. : ОГИЗ Госполитиздат, 1941. – 352 с.

427. Эрделевский, А.М. Компенсация морального вреда: анализ и комментарий законодательства и судебной практики / А.М. Эрделевский. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Волтерс Клувер, 2004. – 320 с.

428. Яровинский, М.М. Проблема ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников / М.М. Яровинский // Медицинская помощь. – 1996. – № 6. – С. 41-46.

429. Baker, S.G. Good for Women, Good for Men, Bad for People: Simpson's Paradox and the Importance of Sex-Specific Analysis in Observational Studies / S.G. Baker, B.S. Kramer // Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine. – 2001. – № 9. P. 867–872.

430. Bates, D.W. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention / D.W. Bates [et al.] // JAMA. – 1995. – Vol. 274. – P. 29-34.

431. Bratzler, D.W. Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the national surgical infection prevention project / D.W. Bratzler [et al.] // Arch. Surg. – 2005. – Vol. 140. – P. 174-182.

432. Cartwright, Nancy. Do the Laws of Physics State the Facts? / Nancy Cartwright // *Pacific Philosophical Quarterly*. Wiley. – 1980. № 1–2. – P. 75-84.
433. Chowaniec, C. Medicines and psychoactive agents in traffic users the medico-legal problem in Poland / C. Chowaniec, K. Rygol, M. Kobek, M. Albert // *Forensic Sci Int*. – 2005. – Vol. 17, № 147. – P. 53-55. – Suppl.
434. Connors, J.M. Delayed diagnosis in pediatric blunt trauma / J.M. Connors, R.M. Ruddy, J. McCall, V.F. Garcia // *Pediatr Emerg Care*. – 2001. – Vol. 17, № 1. – P. 1-4.
435. Coppolo George, Spigel Saul. Medical malpractice. No-fault systems (In Eng.). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cga.ct.gov/2003/olrdata/ins/rpt/2003>
436. Davey, P. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients / P. Davey [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2005. – Vol. 19, № 4. – CD003543
437. Dean, B. What is a prescribing error? / B. Dean, N. Barber, M. Schachter // *Qual. Health Care*. – 2000. – № 9. – P. 232-237.
438. Dinelli, F. Audit sulla modalità di effettuazione della profilassi antibiotica perioperatoria in una Azienda Ospedaliero-Universitaria / F. Dinelli [et al.] // *GIIO*. – 2006. – № 4. – P. 121-126.
439. Dohna-Schlodien, Alexander. Der Aufbau der Verbrechenslehre / Alexander Dohna-Schlodien. – Bonn : L. Röhrscheid, 1936. – 60 p.
440. Dubois, Didier. Possibility Theory, Probability Theory and Multiple-valued Logics: A Clarification / Didier Dubois, Prade Henri // *Annals of Mathematics and Artificial Intelligence*. – 2001. – № 1. – P. 35-66.
441. Forgue et Aimes, E. Les «pieges» de la chirurgie en diagnostic et therapeutique. Erreurs et fautes ou faits presumes tels. Conditions et limites de la responsabilite / E. Forgue et Aimes. – Paris, 1939. – 64 p.
442. Fortescue, E.B. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients / E.B. Fortescue [et al.] // *Pediatrics*. – 2003. – Vol. 111. – P. 722-729.

443. Guliaev, P.V. Optimization of approach to regular check-up of gastroenterological patients with acid-dependent diseases / P.V. Guliaev // *Ter. Arkh.* – 2009. – Vol. 81, № 1. – P. 36-40.
444. Heise, D.R. Causal analysis / D.R. Heise. – New York : Wiley & sons., 1975. – XVI; 301 p.
445. Honer, S.M. Invitation to philosophy / S.M. Honer. – Belmont (Calif) : Wadsworth, cop., 1982. – XI; 260 p.
446. Hostiuc, S. Lethal complications of laser assisted liposuction. Case report / S. Hostiuc, A. Francisc, M. Ceaușu, I. Negoii, A. Carantino // *Rom J Leg Med.* – 2014. – № 3. – P. 173-176.
447. Jonsbu, J. Complaints of patients on medical treatment / J. Jonsbu, H. Melsom, R. Sonderland et al. // *Tidsskr Norveg Laegeforen.* – 1992. – Vol. 10. – P. 112-120.
448. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. To Err Is Human: Building a safer health system / Committee on Quality of Health Care in America. – Washington (DC, USA) : National Academy Press, 2000. – 312 p.
449. Latosinsky, S. Canadian breast cancer guidelines: have they made a difference? / S. Latosinsky [et al.] // *CMAJ.* – 2007. – Vol. 176. – P. 771-776.
450. Leape, L.L. Underuse of cardiac procedures: do women, ethnic minorities, and the uninsured fail to receive needed revascularization? / L.L. Leape [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 1999. – Vol. 130. – P. 183-192.
451. Leflar, Robert B. Public and Private Justice: Redressing Health Care Harm in Japan / Robert B.Leflar // *Drexel Law Review.* – 2011. – № 4. P. 1-23.
452. Leflar, Robert B. The Law of Medical Misadventure in Japan / Robert B. Leflar // *Chicago-Kent Law Review.* – 2012. – № 87. – P. 106-110.
453. Lesho, E.P. Do clinical practice guidelines improve processes or outcomes of primary care? / E.P. Lesho [et al.] // *Mil. Med.* – 2005. – Vol. 170, № 3. – P. 243-246.
454. Lewis, D. Causation as Influence / D. Lewis // *The Journal of Philosophy.* – 2000. – № 97(4). – P. 182-197.

455. Liang, B.A. A system of medical error disclosure [Система фиксации медицинских ошибок] / B.A. Liang // *Quality & safety in health care*. – 2002. – № 11. – P. 64-68.
456. Mackie, J.L. *The Cement of the Universe. A study of causation* / J.L. Mackie. – Oxford : Clarendon press, 1974. – 329 p.
457. Mansfield, P.F. Complications and failures of subclavian-vein catheterization / P.F. Mansfield, D.C. Hohn, B.D. Fornage // *N Engl J Med*. – 1994. – № 331(26). – P. 1735-1738.
458. Martin, L.M. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos Brasileiros de Ética Médica / L.M. Martin // *Revista Bioética*. – 1994. – Vol. 2. – № 2. – P. 163-174.
459. McTaggart, J.E. *Philosophical studies* / J.E. McTaggart. – South Bend : St. Augustine's press, 1996. – XXXIX; 292 p.
460. Mehr, S. Clinical predictors for biphasic reactions in children presenting with anaphylaxis / S. Mehr, W. Liew, D. Tey, M. Tang // *Clinical & Experimental Allergy*. – 2009. – № 9. – P. 1390-1396.
461. Menegaux, F. Severe blunt trauma of the liver: study of mortality factors / F. Menegaux, P. Langlois, J.P. Chigot // *J. Trauma*. – 1993. – Vol. 35. – P. 865-869.
462. Mill, J.S. *A System of Logic* / J.S. Mill. – London : Lincoln-Rembrandt Pub., 1986 (1843). – 622 p.
463. Norton, S.P. Effect of a clinical pathway on the hospitalization rates of children with asthma: a prospective study / S.P. Norton [et al.] // *Arch. Dis. Child*. – 2007. – Vol. 92. – P. 60-66.
464. Panesar, S. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review / S. Panesar, S. Javad, D. de Silva et al. // *Allergy*. – 2013. – № 11. – P. 1353-1361.
465. Pate, J.W. Postsplenectomy complications / J.W. Pate, T.G. Peters, C.P. Andrews // *Am Surg*. – 1985. – Vol. 51, № 8. – P. 437-441.

466. Robert, M.H. The works of Aristotle / M.H. Robert. – Chicago; London; Toronto: Brit. Inc., 1989. – 241 p.

467. Rosenfeld, J.V. The preventability of death in road traffic fatalities with head injury in Victoria, Australia The Consultative Committee on Road Traffic Fatalities / J.V. Rosenfeld, F.T. McDermott, J.D. Laidlaw et al. // J. Clin Neurosci. – 2000. – Vol. 7, № 6. – P. 507-514.

468. Rowe, S.A. Pelvic ring fractures: implications of vehicle design, crash type, and occupant characteristics / S.A. Rowe, M. S. Sochor, K. S. Staples et al. // Surgery. – 2004. – Vol. 136, № 4. – P. 842-847.

469. Ryding, E. The concept “cause” as used in historical explanation. Two studies / E. Ryding. – Lund : Gleerups, 1965. – 74 p.

470. Safi, F. Haemobilia after a gunshot Injury to the liver / F. Safi, M. Weiner, N.H. Patel // Chirung – 1999. – Vol. 70, № 3. – P. 253-258.

471. Schmal, H. Epidemiology and outcome of complex pelvic injury / H. Schmal, M. Markmiller, A.T. Mehlhorn et al. // Acta Orthopaedica Belgica. – 2005. – Vol. 71, № 1. – P. 41-47.

472. Silburn, L. Instant et cause. Le discontinu dans la pensée philosophique de l’Inde. Thèse principal pour le doctorat ès letters / L.Silburn. – Paris : Libr. Philosophique J. Vrin., 1995. – 439 p.

473. Simons, F. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis / F. Simons, L. Arduoso, M. Bilò et al. // World Allergy Organization Journal. – 2011. – № 2. – P. 13-37.

474. Singleton, R.J. Problems associated with vascular access: An analysis of 2000 incident reports / R.J. Singleton, R.K. Webb, G.L. Ludbrook // Anaesthesia and Intensive Care. – 1993. – V. 21. – № 5. – P. 664-669.

475. Stryker, L.P. Courts and doctors / L.P. Stryker. – New York : Macmillan, 1932. – 236 p.

476. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / ed. by C.J. Murray, A.D. Lopez. – Boston : MA, Harvard

School of Public Health, 1996. – 67 p.

477. Thomas, E.J. Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado / E.J. Thomas, D.M. Studdert, J.P. Newhouse // *Inquiry*. – 1999. – Vol. 36. – P. 255-264.

478. Vlastos, G. Socrates, Plato and their tradition / G. Vlastos. – Princeton University Press, 1995. – 521p.

479. Wallgren, T. The challenge of philosophy: beyond contemplation a. crit. theory: acad. diss / T. Wallgren. – Helsinki : S.n., 1996. – 222 p.

480. What philosophers think / J. Baggini, J. Stangroom, ed. – London; New York : Continuum., 2003. – VII. – 245 p.

481. Woodward, J. Making Things Happen: A Theory of Causal Explanation / J. Woodward. – New York : Oxford University Press, 2005. – 432 p.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ РАБОТ

1. Ковалев, А.В. Проблема структурирования выводов судебно-медицинского эксперта / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. Материалы VII Всероссийского съезда судебных медиков, 21-24 октября 2013, Том 2. – Москва, 2013. – С. 202-204.
2. Шмаров, Л.А. Показательные примеры медико-правовой практики по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / Л.А. Шмаров, И.В. Плетянова // «Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права». Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 24-25 апреля 2013 года, г. Суздаль. под ред. П.О. Ромодановского, С.В. Ерофеева, Е.Х. Баринаова. – М. : ЮрИнфоЗдрав, 2013. – С. 352-356.
3. Шмаров, Л.А. Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с недостатками оказания медицинской помощи, поступающих в ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России / Л.А. Шмаров, И.В. Плетянова // «Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права». Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 24-25 апреля 2013 года, г. Суздаль. под ред. П. О. Ромодановского, С.В. Ерофеева, Е.Х. Баринаова. – М. : ЮрИнфоЗдрав, 2013. – С. 350-351.
4. Ковалев, А.В. Классификации в судебной медицине и их логическая основа / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. – № 6. – С. 49-52.
5. Ковалев, А.В. Построение вопросов в судебной медицине и их логическая основа / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 1. – С. 53-55
6. Ковалев, А.В. Характеристика понятий, используемых в судебной медицине и их логическая основа / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 2. – С. 52-56

7. Ковалев, А.В. Достоверные и вероятные выводы в заключениях судебно-медицинских экспертов / А.В. Ковалев, Л.А. Шмаров, А.А. Теньков // Судебно-медицинская экспертиза. – 2016. – № 1. – С. 60-64
8. Шмаров, Л.А. Актуальные вопросы экспертных ошибок и оценки качества выполнения судебно-медицинских экспертиз по материалам публикаций в журнале «Судебно-медицинская экспертиза» за период с 1958 по 2015 г. / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2017. – № 1 – С. 51-55.
9. Шмаров, Л.А. Проблемы соблюдения экспертами законов формальной логики в публикациях журнала «Судебно-медицинская экспертиза» / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2017. – № 5. – С. 53-57.
10. Шмаров, Л.А. Должна ли платная медицинская услуга быть безопасной? [Электронный ресурс] / Л. А. Шмаров, Г.Ф. Чекмарёв // Либерально-демократические Ценности. Том 1 – 2017 – № 3. – Режим доступа : <https://liberal-journal.ru/PDF/04LDZ317.pdf>.
11. Шмаров, Л.А. Применение ст. 238 УК РФ при расследовании уголовных дел по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Вестник Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. – 2018. – № 1. – С. 71-76.
12. Шмаров, Л.А. Взгляд судебно-медицинского эксперта на безопасность медицинской услуги / Л.А. Шмаров // Вестник судебной медицины. – 2018. – № 1. – С. 45-49.
13. Шмаров, Л.А. Причинно-следственная связь между действием (бездействием) и неблагоприятным исходом / Л.А. Шмаров // Актуальные проблемы медицины и биологии. – 2018. – № 2. – С. 66-69.
14. Шмаров, Л.А. Логический анализ понятия «медицинская ошибка» / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – № 3. – С. 49-53.
15. Шмаров, Л.А. Анализ материалов гражданских дел по искам к лечебным учреждениям / Л.А. Шмаров // Задачи и пути совершенствования

судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. Материалы VIII Всероссийского съезда судебных медиков, 21-23 ноября 2018. – М. : ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, 2019. – том 2. – С. 211-219.

16. Шмаров, Л.А. Анализ размеров исков по материалам гражданских дел в связи с претензиями к лечебно-профилактическим учреждениям / Л.А Шмаров // Российское правосудие. – 2019. – № 12. – С. 64-74.

17. Шмаров, Л.А. Соотнесение результатов выполнения СМЭ с решениями судов по искам к медицинским организациям / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 3. – С. 8-12.

18. Шмаров, Л.А. Объективизация величины компенсации морального вреда при исках к медицинским организациям / Л.А. Шмаров // Российское правосудие. – 2020. – № 6. – С. 35-44.

19. Шмаров, Л.А. Обзор комиссионных судебно-медицинских экспертиз по некоторым специальностям в эстетической медицине / Л.А. Шмаров, И.В. Плетянова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 4. – С. 57-61.

20. Шмаров, Л.А. Основные проблемы при выполнении судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Актуальные вопросы судебной медицины и права. Сборник научно-практических статей, выпуск 11, посвящённый 70-летию организации Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – Казань, 2020. – С. 174-179.

21. О некоторых особенностях правового обеспечения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Методические рекомендации (утв. Департаментом по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД РФ, ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России 01.12.2020) / В.Ю. Владимиров, М.Е. Потокова, Л.А. Шмаров, Г.Х. Романенко. – М., 2020. – 25 с.

22. Ковалев, А.В. В Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство как обстоятельство, исключающее преступность

и наказуемость деяния / А.В. Ковалев, В.Ю. Владимиров, Л.А. Шмаров, Г.Х. Романенко, М.Е. Потокова // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы XVIII Международной научно-практической конференции. – М. : РГ-Пресс, 2021. – С. 651-656.

23. Шмаров, Л.А. «Врачебные дела»: уголовный процесс vs гражданский процесс / Л.А. Шмаров // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы XVIII Международной научно-практической конференции. – М. : РГ-Пресс, 2021. – С. 670-675.

24. Шмаров, Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. - № 1. – С. 5-11.

25. Шмаров, Л.А. Бездействие и причинность / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 2. – С. 58-62.

26. Шмаров, Л.А. Комиссионная или комплексная судебно-медицинская экспертиза по «врачебному делу» / Л.А. Шмаров // Вестник судебной медицины. – Новосибирск, 2021. – № 4. – С. 37-44.

27. Шмаров, Л.А. О праве преступника на хорошего врача для его жертвы / Л.А. Шмаров // Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической Конференции с международным участием, 21–22 октября 2021, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – Тамбов : ООО фирма «Юлис», 2021. – том 2. – С. 299-304.

28. Шмаров, Л.А. Об оптимальном количестве специалистов в судебно-медицинской экспертизе по материалам врачебных дел / Л.А. Шмаров // Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической Конференции с международным участием, 21–22 октября 2021, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – Тамбов : ООО фирма «Юлис», 2021. – том 2. – С. 281-288.

29. Шмаров, Л.А. Оценка правильности оказания медицинской

помощи в специализированных лечебных учреждениях онкологического профиля на примере из экспертной практики / Л.А. Шмаров, А.С. Иванцова // Вехи истории Российского центра судебно-медицинской экспертизы. К 90-летию со дня образования. Труды Всероссийской научно-практической Конференции с международным участием, 21–22 октября 2021, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – Тамбов : ООО фирма «Юлис», 2021. – том 2. – С. 289-299.

30. Шмаров, Л.А. Множественность причинных связей в заключениях по врачебным делам / Л.А. Шмаров // Медицинское право. – 2022. – № 2. – С. 39-46.

31. Шмаров, Л.А. Назначение и выполнение судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебным делам - основные сложности / Л.А. Шмаров, Т.П. Козлова // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 12-13 мая 2022, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М. : ООО «Принт», 2022. – С. 377-384.

32. Шмаров, Л.А. Анализ ответов на вопросы, касающиеся оценки оказанной медицинской помощи / Л.А. Шмаров // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 12-13 мая 2022, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М. : ООО «Принт», 2022. – С. 362-370.

33. Шмаров, Л.А. Судебно-медицинская оценка осложнений медицинских вмешательств / Л.А. Шмаров, М.В. Бобылева // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 12-13 мая 2022, Москва, под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М. : ООО «Принт», 2022. – С. 370-377.

34. Шмаров, Л.А. Анализ судебно-медицинских экспертиз – причины

роста количества врачебных дел / Л. А. Шмаров // Вестник судебной медицины. – 2023. – № 2. – С. 26-32.

35. Шмаров, Л.А. Недостаток или дефект оказания медицинской помощи – анализ понятий / Л.А. Шмаров // Вестник судебной медицины. – 2023. – № 2. – С. 33-40.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Количество выполненных судебно-медицинских экспертиз по
врачебным делам в период 2016 – 2020 гг. по субъектам Российской
Федерации по видам судопроизводства

административно-территориальная единица	наименование	всего	% от всех	в среднем за 1 год	по УД и МП	% от УД и МП	% от всех	в среднем за 1 год	по ГД	% от ГД	% от всех	в среднем за 1 год
республика	Адыгея	56	0,1	11,2	49	0,2	0,1	9,8	7	0,1	0,0	1,4
республика	Алтай	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
республика	Башкортостан	846	2,2	169,2	726	2,4	1,9	145,2	120	1,5	0,3	24,0
республика	Бурятия	228	0,6	45,6	204	0,7	0,5	40,8	24	0,3	0,1	4,8
республика	Дагестан	547	1,4	109,4	411	1,4	1,1	82,2	136	1,7	0,4	27,2
республика	Ингушетия	29	0,1	5,8	28	0,1	0,1	5,6	1	0,0	0,0	0,2
республика	Кабардино-Балкария	408	1,1	81,6	406	1,4	1,1	81,2	2	0,0	0,0	0,4
республика	Калмыкия	42	0,1	8,4	42	0,1	0,1	8,4	0	0,0	0,0	0,0
республика	Карачаево-Черкесия	513	1,4	102,6	510	1,7	1,3	102,0	3	0,0	0,0	0,6
республика	Карелия	162	0,4	32,4	132	0,4	0,3	26,4	30	0,4	0,1	6,0
республика	Коми	533	1,4	106,6	216	0,7	0,6	43,2	317	3,9	0,8	63,4
республика	Крым	327	0,9	65,4	318	1,1	0,8	63,6	9	0,1	0,0	1,8
республика	Марий Эл	546	1,4	109,2	501	1,7	1,3	100,2	45	0,5	0,1	9,0
республика	Мордовия	222	0,6	44,4	209	0,7	0,6	41,8	13	0,2	0,0	2,6
республика	Саха (Якутия)	282	0,7	56,4	209	0,7	0,6	41,8	73	0,9	0,2	14,6
республика	Северная Осетия (Алания)	227	0,6	45,4	223	0,8	0,6	44,6	4	0,0	0,0	0,8
республика	Татарстан	553	1,5	110,6	357	1,2	0,9	71,4	196	2,4	0,5	39,2
республика	Тыва	118	0,3	23,6	116	0,4	0,3	23,2	2	0,0	0,0	0,4
республика	Удмуртия	484	1,3	96,8	407	1,4	1,1	81,4	77	0,9	0,2	15,4
республика	Хакасия	582	1,5	116,4	441	1,5	1,2	88,2	141	1,7	0,4	28,2
республика	Чечня	50	0,1	10,0	48	0,2	0,1	9,6	2	0,0	0,0	0,4
республика	Чувашия	202	0,5	40,4	164	0,6	0,4	32,8	38	0,5	0,1	7,6
Край	Алтайский	688	1,8	137,6	470	1,6	1,2	94,0	218	2,7	0,6	43,6
Край	Забайкальский	486	1,3	97,2	454	1,5	1,2	90,8	32	0,4	0,1	6,4
Край	Камчатский	201	0,5	40,2	198	0,7	0,5	39,6	3	0,0	0,0	0,6
Край	Краснодарский	1286	3,4	257,2	1156	3,9	3,0	231,2	130	1,6	0,3	26,0
Край	Красноярский	2137	5,6	427,4	1512	5,1	4,0	302,4	625	7,6	1,6	125,0
Край	Пермский	975	2,6	195,0	871	2,9	2,3	174,2	104	1,3	0,3	20,8
Край	Приморский	575	1,5	115,0	409	1,4	1,1	81,8	166	2,0	0,4	33,2
Край	Ставропольский	612	1,6	122,4	531	1,8	1,4	106,2	81	1,0	0,2	16,2
Край	Хабаровский	1041	2,7	208,2	879	3,0	2,3	175,8	162	2,0	0,4	32,4
Область	Амурская	228	0,6	45,6	119	0,4	0,3	23,8	109	1,3	0,3	21,8
Область	Архангельская	301	0,8	60,2	231	0,8	0,6	46,2	70	0,9	0,2	14,0
Область	Астраханская	70	0,2	14,0	34	0,1	0,1	6,8	36	0,4	0,1	7,2
Область	Белгородская	204	0,5	40,8	166	0,6	0,4	33,2	38	0,5	0,1	7,6
Область	Брянская	366	1,0	73,2	360	1,2	0,9	72,0	6	0,1	0,0	1,2
Область	Владимирская	290	0,8	58,0	238	0,8	0,6	47,6	52	0,6	0,1	10,4
Область	Волгоградская	489	1,3	97,8	395	1,3	1,0	79,0	94	1,1	0,2	18,8
Область	Вологодская	175	0,5	35,0	110	0,4	0,3	22,0	65	0,8	0,2	13,0
Область	Воронежская	721	1,9	144,2	604	2,0	1,6	120,8	117	1,4	0,3	23,4
Область	Ивановская	74	0,2	14,8	53	0,2	0,1	10,6	21	0,3	0,1	4,2

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Область	Иркутская	1056	2,8	211,2	837	2,8	2,2	167,4	219	2,7	0,6	43,8
Область	Калининградская	167	0,4	33,4	99	0,3	0,3	19,8	68	0,8	0,2	13,6
Область	Калужская	221	0,6	44,2	184	0,6	0,5	36,8	37	0,5	0,1	7,4
Область	Кемеровская	700	1,8	140,0	486	1,6	1,3	97,2	214	2,6	0,6	42,8
Область	Кировская	466	1,2	93,2	287	1,0	0,8	57,4	179	2,2	0,5	35,8
Область	Костромская	169	0,4	33,8	153	0,5	0,4	30,6	16	0,2	0,0	3,2
Область	Курганская	96	0,3	19,2	79	0,3	0,2	15,8	17	0,2	0,0	3,4
Область	Курская	313	0,8	62,6	259	0,9	0,7	51,8	54	0,7	0,1	10,8
Область	Ленинградская	621	1,6	124,2	475	1,6	1,3	95,0	146	1,8	0,4	29,2
Область	Липецкая	373	1,0	74,6	334	1,1	0,9	66,8	39	0,5	0,1	7,8
Область	Магаданская	103	0,3	20,6	95	0,3	0,3	19,0	8	0,1	0,0	1,6
Область	Московская	639	1,7	127,8	373	1,3	1,0	74,6	266	3,3	0,7	53,2
Область	Мурманская	66	0,2	13,2	62	0,2	0,2	12,4	4	0,0	0,0	0,8
Область	Нижегородская	545	1,4	109,0	426	1,4	1,1	85,2	119	1,5	0,3	23,8
Область	Новгородская	166	0,4	33,2	158	0,5	0,4	31,6	8	0,1	0,0	1,6
Область	Новосибирская	198	0,5	39,6	90	0,3	0,2	18,0	108	1,3	0,3	21,6
Область	Омская	421	1,1	84,2	277	0,9	0,7	55,4	144	1,8	0,4	28,8
Область	Оренбургская	506	1,3	101,2	395	1,3	1,0	79,0	111	1,4	0,3	22,2
Область	Орловская	149	0,4	29,8	125	0,4	0,3	25,0	24	0,3	0,1	4,8
Область	Пензенская	425	1,1	85,0	373	1,3	1,0	74,6	52	0,6	0,1	10,4
Область	Псковская	147	0,4	29,4	136	0,5	0,4	27,2	11	0,1	0,0	2,2
Область	Ростовская	894	2,4	178,8	732	2,5	1,9	146,4	162	2,0	0,4	32,4
Область	Рязанская	194	0,5	38,8	170	0,6	0,4	34,0	24	0,3	0,1	4,8
Область	Самарская	586	1,5	117,2	379	1,3	1,0	75,8	207	2,5	0,5	41,4
Область	Саратовская	560	1,5	112,0	466	1,6	1,2	93,2	94	1,1	0,2	18,8
Область	Сахалинская	294	0,8	58,8	266	0,9	0,7	53,2	28	0,3	0,1	5,6
Область	Свердловская	1136	3,0	227,2	767	2,6	2,0	153,4	369	4,5	1,0	73,8
Область	Смоленская	246	0,6	49,2	195	0,7	0,5	39,0	51	0,6	0,1	10,2
Область	Тамбовская	156	0,4	31,2	142	0,5	0,4	28,4	14	0,2	0,0	2,8
Область	Тверская	366	1,0	73,2	332	1,1	0,9	66,4	34	0,4	0,1	6,8
Область	Томская	407	1,1	81,4	289	1,0	0,8	57,8	118	1,4	0,3	23,6
Область	Тульская	295	0,8	59,0	268	0,9	0,7	53,6	27	0,3	0,1	5,4
Область	Тюменская	640	1,7	128,0	539	1,8	1,4	107,8	101	1,2	0,3	20,2
Область	Ульяновская	665	1,8	133,0	588	2,0	1,6	117,6	77	0,9	0,2	15,4
Область	Челябинская	616	1,6	123,2	407	1,4	1,1	81,4	209	2,6	0,6	41,8
Область	Ярославская	365	1,0	73,0	303	1,0	0,8	60,6	62	0,8	0,2	12,4
город федерального значения	Москва	1390	3,7	278,0	1014	3,4	2,7	202,8	376	4,6	1,0	75,2
город федерального значения	Санкт-Петербург	2629	6,9	525,8	1664	5,6	4,4	332,8	965	11,8	2,5	193,0
город федерального значения	Севастополь	253	0,7	50,6	232	0,8	0,6	46,4	21	0,3	0,1	4,2
автономная область	Еврейская	101	0,3	20,2	100	0,3	0,3	20,0	1	0,0	0,0	0,2
автономный округ	Ненецкий	3	0,0	0,6	3	0,0	0,0	0,6	0	0,0	0,0	0,0
автономный округ	Ханты-Мансийский - Югра	607	1,6	121,4	590	2,0	1,6	118,0	17	0,2	0,0	3,4
автономный округ	Чукотский	5	0,0	1,0	3	0,0	0,0	0,6	2	0,0	0,0	0,4

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
автономный округ	Ямало-Ненецкий	85	0,2	17,0	73	0,2	0,2	14,6	12	0,1	0,0	2,4
всего		37916	100,0	7583,2	29732	100,0	78,4	5946,4	8184	100,0	21,6	1636,8

Таблица 2. Количество выполненных судебно-медицинских экспертиз по
врачебным делам в период 2016 – 2020 гг. по федеральным округам
Российской Федерации по видам судопроизводства

федеральный округ	всего	% от всех	в среднем за 1 год	по УД и МП	% от УД и МП	% от всех	в среднем за 1 год	по ГД	% от ГД	% от всех	в среднем за 1 год
Центральный	6531	17,2	1306,2	5273	17,7	13,9	1054,6	1258	15,4	3,3	251,6
Северо-западный	4970	13,1	994,0	3286	11,1	8,7	657,2	1684	20,6	4,4	336,8
Южный	3417	9,0	683,4	2958	9,9	7,8	591,6	459	5,6	1,2	91,8
Северо-Кавказский	2386	6,3	477,2	2157	7,3	5,7	431,4	229	2,8	0,6	45,8
Приволжский	7581	20,0	1516,2	6149	20,7	16,2	1229,8	1432	17,5	3,8	286,4
Уральский	3180	8,4	636,0	2455	8,3	6,5	491,0	725	8,9	1,9	145,0
Сибирский	7021	18,5	1404,2	5176	17,4	13,7	1035,2	1845	22,5	4,9	369,0
Дальневосточный	2830	7,5	566,0	2278	7,7	6,0	455,6	552	6,7	1,5	110,4
всего	37916	100,0	7583,2	29732	100,0	78,4	5946,4	8184	100,0	21,6	1636,8

Таблица 3. Относительное количество выполненных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам в период 2016 – 2020 гг. по федеральным округам Российской Федерации по видам судопроизводства

федеральный округ	население, млн.	смэ на 1 млн. по УД и МП	смэ на 1 млн. по ГД	смэ на 1 млн., всего
Центральный	39,22	134,45	32,08	166,52
Северо-западный	13,94	235,72	120,80	356,53
Южный	16,43	180,04	27,94	207,97
Северо-Кавказский	9,78	220,55	23,42	243,97
Приволжский	29,65	207,39	48,30	255,68
Уральский	14,54	168,84	49,86	218,71
Сибирский	19,34	267,63	95,40	363,03
Дальневосточный	6,18	368,61	89,32	457,93
всего	149,08	199,44	54,90	254,33

Таблица 4. Абсолютное и относительное количество выполненных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам в Российской Федерации в период 2016 – 2020 гг.

вид судопроизводства	2016	2017	2018	2019	2020
уголовные дела и материалы проверок, в абс. числах	4727	5667	6310	6893	6135
уголовные дела и материалы проверок, в %	15,9	19,1	21,2	23,2	20,6
гражданские дела, в абс. числах	1503	1592	1718	1791	1580
гражданские дела, в %	18,4	19,5	21,0	21,9	19,3
всего, в абс. числах	6230	7259	8028	8684	7715
всего, в %	16,4	19,1	21,2	22,9	20,3

Таблица 5. Количество анализируемых судебно-медицинских экспертиз по медицинским специальностям, выполненных в ГСМЭУ СССР в период 1957 – 1991 гг.

медицинская специальность	всего	в %
акушерство и гинекология	13	26,0
анестезиология-реаниматология	2	4,0
гнойная хирургия	4	8,0
кардиология	4	8,0
неврология	1	2,0
нейрохирургия	3	6,0
онкология	1	2,0
педиатрия	3	6,0
сердечно-сосудистая хирургия	1	2,0
травматология и ортопедия	3	6,0
трансфузиология	1	2,0
урология	2	4,0
хирургия	10	20,0
эндокринология	1	2,0
эпидемиология	1	2,0
всего	50	100,0

Таблица 6. Количество анализируемых судебно-медицинских экспертиз в зависимости от региона и ведомства, выполненных в ГСМЭУ СССР в период 1957 – 1991 гг.

административно-территориальная единица	наименование	всего	в %
республика	Азербайджан	1	2,0
республика	Армения	2	4,0
республика	Белоруссия	1	2,0
республика	Молдавия	2	4,0
республика	РСФСР	8	16,0
республика	Узбекистан	1	2,0
республика	Украина	2	4,0
область	Ленинградская	3	6,0
область	Московская	3	6,0
город союзного значения	Москва	2	4,0
СССР	ЦСМЛ Министерства обороны	1	2,0
СССР	НИИ судебной медицины Министерства здравоохранения	24	48,0
всего		50	100,0

Таблица 7. Количество анализируемых судебно-медицинских экспертиз, выполненных в ГСМЭУ РФ и в РЦСМЭ в период с 2008 по 2022 гг., в зависимости от медицинской специальности, к которой имеется основная претензия

медицинская специальность	всего	в %
акушерство и гинекология	150	18,6
анестезиология-реаниматология	55	6,8
гастроэнтерология	15	1,9
гематология	7	0,9
гнойная хирургия	27	3,3
дерматовенерология	2	0,2
инфекционные болезни	37	4,6
кардиология	47	5,8
комбустиология	9	1,1
косметология	2	0,2
оториноларингология	5	0,6
неврология	13	1,6
нейрохирургия	35	4,3
неонатология	39	4,8
нефрология	10	1,2
онкология	26	3,2
офтальмология	13	1,6
педиатрия	36	4,5
пластическая хирургия	21	2,6
пульмонология	32	4,0
рентгенология	3	0,4
скорая медицинская помощь	11	1,4
сердечно-сосудистая хирургия	23	2,9
стоматология	20	2,5
токсикология	4	0,5
торакальная хирургия	15	1,9
травматология и ортопедия	30	3,7
урология	16	2,0
фтизиатрия	5	0,6
хирургия	77	9,5
челюстно-лицевая хирургия	3	0,4
эндокринология	7	0,9
эндоскопия	13	1,6
всего	808	100,0

Таблица 8. Количество анализируемых судебно-медицинских экспертиз, выполненных в ГСМЭУ РФ и в РЦСМЭ в период с 2008 по 2022 гг., в зависимости от региона Российской Федерации, министерства, ведомства и права собственности экспертного учреждения

административно-территориальная единица	Наименование административно-территориальной единицы, министерства, ведомства, права собственности экспертного учреждения	всего	в %
республика	Башкортостан	2	0,2
республика	Дагестан	4	0,5
республика	Кабардино-Балкария	8	1,0
республика	Карачаево-Черкесия	4	0,5
республика	Карелия	2	0,2
республика	Коми	2	0,2
республика	Крым	9	1,1
республика	Марий эл	3	0,4
республика	Мордовия	2	0,2
республика	Северная Осетия (Алания)	4	0,5
республика	Татарстан	8	1,0
республика	Удмуртия	7	0,9
республика	Хакасия	1	0,1
республика	Чечня	2	0,2
республика	Чувашия	5	0,6
край	Алтайский	13	1,6
край	Краснодарский	20	2,5
край	Красноярский	14	1,7
край	Пермский	10	1,2
край	Приморский	1	0,1
край	Ставропольский	35	4,3
край	Хабаровский	1	0,1
область	Архангельская	5	0,6
область	Астраханская	4	0,5
область	Белгородская	3	0,4
область	Брянская	4	0,5
область	Владимирская	1	0,1
область	Волгоградская	11	1,4
область	Вологодская	1	0,1
область	Воронежская	11	1,4
область	Ивановская	3	0,4
область	Иркутская	4	0,5
область	Калужская	3	0,4
область	Кемеровская	1	0,1
область	Кировская	1	0,1
область	Курганская	2	0,2
область	Курская	5	0,6
область	Ленинградская	1	0,1
область	Липецкая	1	0,1
область	Московская	19	2,4
область	Мурманская	2	0,2
область	Нижегородская	9	1,1

Продолжение таблицы 8

1	2	3	4
область	Новгородская	1	0,1
область	Новосибирская	6	0,7
область	Омская	1	0,1
область	Оренбургская	4	0,5
область	Орловская	1	0,1
область	Пензенская	6	0,7
область	Псковская	1	0,1
область	Ростовская	12	1,5
область	Рязанская	7	0,9
область	Самарская	6	0,7
область	Саратовская	5	0,6
область	Сахалинская	1	0,1
область	Свердловская	6	0,7
область	Смоленская	13	1,6
область	Тамбовская	3	0,4
область	Тверская	7	0,9
область	Томская	2	0,2
область	Тульская	8	1,0
область	Тюменская	6	0,7
область	Ульяновская	4	0,5
область	Челябинская	1	0,1
область	Ярославская	9	1,1
город федерального значения	Москва	31	3,8
город федерального значения	Санкт-Петербург	35	4,3
город федерального значения	Севастополь	4	0,5
автономный округ	Ханты-Мансийский - Югра	16	2,0
автономный округ	Чукотский	2	0,2
автономный округ	Ямало-Ненецкий	1	0,1
Российская Федерация	ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России	208	25,7
Российская Федерация	ВМедА им. С.М.Кирова Минобороны России	22	2,7
Российская Федерация	111 ГГЦСМиКЭ Минобороны России	21	2,6
Российская Федерация	ФМБА Минздрава России	2	0,2
Российская Федерация	ФГКУ «СЭЦ» СК РФ	25	3,1
Российская Федерация	коммерческие	80	9,9
республика	Армения	3	0,4
всего		808	100,0

Таблица 9. Количество поступивших в РЦСМЭ материалов уголовных и гражданских дел в 2012-2021 гг. в зависимости от наличия или отсутствия вопросов, касающихся оценки правильности оказания медицинской помощи (врачебные дела)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012-2021	
											Всего	%
не врачебные	Всего	228	334	292	231	176	147	147	135	235	2224	33,5
	%	42,1	51,1	41,4	29,2	21,5	17,6	17,6	23,5	33,9	4417	66,5
врачебные	Всего	314	319	413	482	643	526	478	479	459	6641	66,5
	%	57,9	48,9	58,6	67,6	78,5	78,2	47,8	78,0	66,1	6641	66,5
всего	Всего	542	653	705	713	819	673	625	614	694	6641	100,0
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	6641	100,0
	Всего	299	304	299	299	299	299	299	299	299	603	603
	%	49,6	50,4	49,6	49,6	49,6	49,6	49,6	49,6	49,6	603	603

Таблица 10. Количество поступивших в РЦСМЭ материалов врачебных дел в 2012-2021 гг. в зависимости от вида судопроизводства

Вид судопроизводства	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012-2021			
	Всего	%	Всего	%										
уголовное	200	65,8	205	65,3	221	69,3	291	70,5	291	65,6	316	70,5	2820	63,8
гражданское	104	34,2	109	34,7	98	30,7	122	29,5	166	34,4	166	39,5	1597	36,2
Всего	304	100,0	314	100,0	319	100,0	413	100,0	457	100,0	582	100,0	4417	100,0

Таблица 11. Количество и соотношение судебно-медицинских экспертиз, выполненных в ГСМЭУ, из поступивших в РЦСМЭ в 2012-2021 гг. материалов врачебных дел

статистические показатели	всего	УД и МП	ГД
поступило материалов врачебных дел	2169	1156	1013
всего СМЭ в анализируемых материалах врачебных дел	3189	2491	698
на один материал врачебного дела	1,47	2,15	0,69
соотношение СМЭ по УД и МП к ГД без выполненных в РЦСМЭ	3,13		
выполнено в РЦСМЭ	1444	699	745
всего СМЭ с учётом выполненных в РЦСМЭ	4633	3190	1443
на 1 материал врачебного дела с учётом выполненных в РЦСМЭ	2,14	4,56	1,94
соотношение СМЭ по УД и МП к ГД с учётом выполненных в РЦСМЭ	2,36		

Таблица 12. Количество выполненных в РЦСМЭ в 2012-2021 гг. судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебных дел

Год	судопроизводство вид	уголовное	гражданское	Всего	2012-2021	
					%	Всего
2012	Всего	85	82	167	52,7	84,2
	%	50,9	49,1	100,0		
2013	Всего	89	96	185	52,7	84,2
	%	48,1	51,9	100,0		
2014	Всего	109	101	210	52,7	84,2
	%	51,9	48,1	100,0		
2015	Всего	137	113	250	52,7	84,2
	%	54,8	45,2	100,0		
2016	Всего	126	110	236	52,7	84,2
	%	53,4	46,6	100,0		
2017	Всего	114	160	274	52,7	84,2
	%	41,6	58,4	100,0		
2018	Всего	145	165	310	52,7	84,2
	%	46,8	53,2	100,0		
2019	Всего	180	143	323	52,7	84,2
	%	55,7	44,3	100,0		
2020	Всего	153	88	241	52,7	84,2
	%	63,5	36,5	100,0		
2021	Всего	157	104	261	52,7	84,2
	%	60,2	39,8	100,0		
2012-2021	Всего	1295	1162	2457	52,7	84,2
	%	60,2	39,8	100,0		

Таблица 13. Количество поступивших в РЦСМЭ материалов врачебных дел в 2012-2021 гг., в зависимости от медицинской специальности, к которой имеется основная претензия

медицинская специальность	всего	в %
акушерство и гинекология	718	16,3
инфекционные болезни	371	8,4
хирургия	364	8,2
нейрохирургия	257	5,8
кардиология	246	5,6
травматология и ортопедия	244	5,5
онкология	237	5,4
стоматология	223	5,0
неонатология	206	4,7
сердечно-сосудистая хирургия	170	3,9
педиатрия	158	3,6
пульмонология	146	3,3
анестезиология-реаниматология	144	3,3
неврология	120	2,7
пластическая хирургия	87	2,0
гнойная хирургия	84	1,9
офтальмология	83	1,9
урология	67	1,5
оториноларингология	50	1,1
эндокринология	50	1,1
гастроэнтерология	41	0,9
скорая медицинская помощь	41	0,9
гематология	37	0,8
фтизиатрия	32	0,7
токсикология	30	0,7
нефрология	29	0,7
психиатрия	24	0,5
торакальная хирургия	23	0,5
наркология	19	0,4
челюстно-лицевая хирургия	18	0,4
комбустиология	17	0,4
эндоскопия	15	0,3
дерматовенерология	12	0,3
косметология	12	0,3
проктология	9	0,2
рентгенология	8	0,2
трансплантология	7	0,2
эпидемиология	5	0,1
радиология	4	0,1
трансфузиология	4	0,1
лечебная физкультура и спортивная медицина	3	0,1
ревматология	2	0,1
всего	4417	100,0

Таблица 14. Количество поступивших в РЦСМЭ материалов врачебных дел в 2012-2021 гг., в зависимости от медицинской хирургической специальности, к которой имеется основная претензия

медицинская специальность	всего	в %
гнойная хирургия	84	1,9
нейрохирургия	257	5,8
онкология	237	5,4
пластическая хирургия	87	2,0
колопроктология	9	0,2
сердечно-сосудистая хирургия	170	3,9
торакальная хирургия	23	0,5
травматология и ортопедия	244	5,5
урология	67	1,5
хирургия	364	8,2
челюстно-лицевая хирургия	18	0,4
всего	1560	35,3

Таблица 15. Количество выполненных в РЦСМЭ судебно-медицинских экспертиз по материалам врачебных дел в 2012-2021 гг., в зависимости от медицинской специальности, к которой имеется основная претензия

	всего	в % от группы
акушерство и гинекология	366	15,8
инфекционные болезни	225	9,7
хирургия	170	7,3
неонатология	136	5,9
нейрохирургия	128	5,5
травматология и ортопедия	115	5,0
кардиология	111	4,8
онкология	111	4,8
стоматология	107	4,6
анестезиология-реаниматология	92	4,0
сердечно-сосудистая хирургия	105	4,5
пульмонология	73	3,1
педиатрия	72	3,1
офтальмология	63	2,7
пластическая хирургия	55	2,4
неврология	52	2,2
урология	41	1,8
гнойная хирургия	40	1,7
оториноларингология	35	1,5
гастроэнтерология	27	1,2
эндокринология	22	0,9
фтизиатрия	21	0,9
скорая медицинская помощь	19	0,8
токсикология	18	0,8
гематология	17	0,7
дерматовенерология	11	0,5
торакальная хирургия	11	0,5
психиатрия	9	0,4
комбустиология	7	0,3
косметология	7	0,3
нефрология	7	0,3
психиатрия-наркология	6	0,3
колопроктология	6	0,3
рентгенология	6	0,3
челюстно-лицевая хирургия	6	0,3
ревматология	5	0,2
трансплантология	5	0,2
эпидемиология	5	0,2
лечебная физкультура и спортивная медицина	3	0,1
эндоскопия	3	0,1
радиология	1	0,04
трансфузиология	1	0,04
всего	2457	100,0

Таблица 16. Данные СК РФ по рассмотрению сообщений о совершении преступлений медицинскими работниками за 2016-2021 гг.

Сведения о рассмотрении сообщений о преступлениях и расследовании уголовных дел	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Всего	в % от всех сообщений о преступлениях	в % от уголовных дел
В СК России поступило сообщений о преступлениях	4947	6050	6623	6599	5452	6248	35919	100,0	332,6
принято решений о возбуждении уголовных дел	878	1791	2229	2168	1639	2095	10800	30,1	100,0
принято решений об отказе в возбуждении уголовного дела	3179	3128	3222	3249	2791	3035	18604	51,8	172,3
находилось дел в производстве	1588	2658	3916	4226	3532	3722	19642	54,7	181,9
окончено уголовных дел	867	1098	1837	2194	1854	1636	9486	26,4	87,8
из них направлено в суд с обвинительным заключением	164	175	265	274	202	176	917	2,6	8,5
прекращено уголовных дел	675	869	1481	1825	1625	1457	7932	22,1	73,4
количество потерпевших лиц	230	242	410	417	476	215	1990	5,5	18,4
из них умерших	184	193	284	317	221	165	1364	3,8	12,6
из них несовершеннолетних	55	65	79	89	58	40	386	1,1	3,6
число обвиняемых по направленным в суд делам	205	199	305	307	230	196	1442	4,0	13,4
число оправданных судом лиц, либо в отношении которых дела прекращены судом	3	8	21	27	18	0	77	0,2	0,7

Таблица 17. Уголовные дела, возбуждённые в период 2016-2021 гг. в зависимости от состава инкриминируемого медицинским работникам преступления

Статья УК РФ	2016	2017	2018	2019	2020	2021	всего	в % от всех
ч. 2 и ч. 3 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	675	1290	1604	1522	1218	1569	7878	72,9
ч. 1 и ч. 2 ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	14	29	47	58	26	41	215	2,0
ч. 2 ст. 124 (...повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего)	11	7	14	16	14	5	67	0,6
ч. 1, ч. 2 и ч. 3 ст. 238 (оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности)	80	257	384	383	215	292	1611	14,9
ч. 1, ч. 2 и ч. 3 ст. 293 (халатность)	76	143	112	124	115	137	707	6,5
иные статьи УК РФ	22	65	68	65	51	51	322	3,0
всего	878	1791	2229	2168	1639	2095	10800	100,0
в % от всех	8,1	16,6	20,6	20,1	15,2	19,4	100,0	

Таблица 18. Поступило материалов уголовных дел в зависимости от состава инкриминируемого медицинским работникам преступления и медицинской специальности, к которой имеется основная претензия

медицинская специальность	109	118	124	238	293	иные ст. УК РФ	всего	в %
акушерство и гинекология	70	12	0	42	12	0	136	14,7
анестезиология-реаниматология	24	2	1	3	1	0	31	3,3
гастроэнтерология	9	0	0	0	1	0	10	1,1
гематология	8	1	0	1	0	0	10	1,1
гнойная хирургия	23	1	0	2	0	0	26	2,8
инфекционные болезни	62	1	1	18	5	0	87	9,4
кардиология	61	2	3	5	4	0	75	8,1
комбустиология	5	0	0	1	1	0	7	0,8
косметология	0	0	0	1	0	0	1	0,1
оториноларингология	5	1	0	0	0	0	6	0,6
неврология	24	0	1	1	5	1	32	3,5
нейрохирургия	30	2	0	12	7	12	63	6,8
неонатология	20	2	0	0	1	0	23	2,5
нефрология	11	0	0	3	0	0	14	1,5
онкология	34	4	0	4	1	0	43	4,6
офтальмология	1	0	0	6	0	1	8	0,9
педиатрия	38	2	0	6	3	0	49	5,3
пластическая хирургия	2	0	0	9	0	0	11	1,2
психиатрия	3	0	0	1	2	1	7	0,8
психиатрия-наркология	0	0	0	1	0	0	1	0,1
пульмонология	38	1	0	0	2	0	41	4,4
радиология	0	0	0	0	0	1	1	0,1
ревматология	1	0	0	0	0	0	1	0,1
скорая медицинская помощь	7	0	0	2	0	0	9	1,0
сердечно-сосудистая хирургия	24	1	0	38	1	1	65	7,0
стоматология	0	1	0	7	0	0	8	0,9
токсикология	11	0	0	0	0	0	11	1,2
торакальная хирургия	2	0	0	0	0	0	2	0,2
травматология и ортопедия	5	1	0	1	0	8	15	1,6
трансфузиология	0	0	0	0	1	0	1	0,1
урология	4	1	0	1	0	1	7	0,8
фтизиатрия	0	1	0	0	0	0	1	0,1
хирургия	84	1	0	12	2	6	105	11,3
челюстно-лицевая хирургия	1	1	0	0	0	0	2	0,2
эндокринология	7	0	0	3	1	0	11	1,2
эндоскопия	5	1	0	0	0	0	6	0,6
всего	619	39	6	180	50	32	926	100,0
в %	66,8	4,2	0,6	19,4	5,4	3,5	100,0	

Таблица 19. Анализируемые поступившие материалы гражданских дел
в зависимости от медицинской специальности

специальность	всего	в %	специальность	всего	в %
акушерство и гинекология	75	14,8	психиатрия	2	0,4
анестезиология-реанимация	6	1,2	пульмонология	11	2,2
гастроэнтерология	5	1,0	рентгенология	2	0,4
гематология	1	0,2	репродуктология	1	0,2
гнойная хирургия	6	1,2	скорая медицинская помощь	7	1,4
инфекционные болезни	11	2,2	сердечно-сосудистая хирургия	13	2,6
кардиология	17	3,4	спортивная медицина	1	0,2
комбустиология	1	0,2	стоматология	70	13,8
косметология	3	0,6	токсикология	1	0,2
лечебная физкультура	1	0,2	торакальная хирургия	1	0,2
оториноларингология	9	1,8	травматология	48	9,5
наркология	2	0,4	трансплантология	2	0,4
неврология	10	2,0	урология	10	2,0
нейрохирургия	19	3,7	фтизиатрия	9	1,8
неонатология	8	1,6	хирургия	25	4,9
нефрология	2	0,4	челюстно-лицевая хирургия	4	0,8
онкология	44	8,7	эндокринология	6	1,2
офтальмология	16	3,2	эндоскопия	3	0,6
педиатрия	11	2,2	эпидемиология	4	0,8
пластическая хирургия	38	7,5	всего	507	100,0
колопроктология	2	0,4			

Таблица 20. Размеры исков по материалам гражданских дел в зависимости от состояния подэкспертного и их количества

состояние пациента	всего	средняя цена иска (материальный и ущерб здоровью), млн. руб.	средний размер морального вреда, млн. руб.	средняя общая сумма иска, млн. руб.
подэкспертный жив	351	0,82	2,40	3,22
несколько живых подэкспертных	18	0,27	5,96	6,23
живой и умерший подэкспертные	19	0,17	6,13	6,30
умерший подэкспертный	118	0,17	4,28	4,45
несколько умерших подэкспертных	1	0,00	10,00	10,00
всего	507	0,62	3,12	3,74

Таблица 21. Распределение всех анализируемых материалов
в зависимости от причины их возбуждения

все дела	причина	Всего материалов	Доля от материалов в группе, в %	Доля от всех материалов, в %
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с позицией граждан	рост медицинской и юридической «псевдограмотности» населения	58	45,0	16,9
	потребительский терроризм	23	17,8	6,7
	психологическая причина	36	27,9	10,5
	эффект «побочного эффекта»	12	9,3	3,5
	всего в группе	129	100,0	37,5
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные действиями медицинских работников	нарушения в медицинской деонтологии	51	42,1	14,8
	характеристика медицинскими работниками ранее оказанной медицинской помощи, как неверная	32	26,4	9,3
	недостаточная квалификация специалистов	38	31,4	11,0
	всего в группе	121	100,0	35,2
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суды, связанные действиями медицинских организаций	рост числа коммерческих клиник	52	65,0	15,1
	переход медицинских организаций на коммерческую основу	28	35,0	8,1
	всего в группе	80	100,0	23,3
Причины роста, связанные с медициной в целом	собственно развитие медицины (парадоксальная причина)	14	100,0	4,1
всего		344	100,0	100,0

Таблица 22. Распределение материалов уголовных дел и материалов доследственных проверок в зависимости от причины их возбуждения

УД, МП	причина	Всего материалов	Доля от материалов в в группе, в %	Доля от всех УД и МП в %	Доля от всех материалов, в %
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с позицией граждан	рост медицинской и юридической «псевдограмотности» населения	46	52,9	18,7	13,4
	потребительский терроризм	5	5,7	2,0	1,5
	психологическая причина	29	33,3	11,8	8,4
	эффект «побочного эффекта»	7	8,0	2,8	2,0
	всего в группе	87	100,0	35,4	25,3
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с действиями медицинских работников	нарушения в медицинской деонтологии	43	46,7	17,5	12,5
	характеристика медицинскими работниками ранее оказанной медицинской помощи, как неверная	22	23,9	8,9	6,4
	недостаточная квалификация специалистов	27	29,3	11,0	7,8
	всего в группе	92	100,0	37,4	26,7
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суды, связанные с действиями медицинских организаций	рост числа коммерческих клиник	37	67,3	15,0	10,8
	переход медицинских организаций на коммерческую основу	18	32,7	7,3	5,2
	всего в группе	55	100,0	22,4	16,0
Причины роста, связанные с медициной в целом	собственно развитие медицины (парадоксальная причина)	12	100,0	4,9	3,5
всего		246	100,0	100,0	71,5

Таблица 23. Распределение материалов гражданских дел
в зависимости от причины их возбуждения

ГД	причина	Всего материалов	Доля от материалов в в группе, в %	Доля от всех ГД в %	Доля от всех материалов, в %
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с позицией граждан	рост медицинской и юридической «псевдограмотности» населения	12	28,6	12,2	3,5
	потребительский терроризм	18	42,9	18,4	5,2
	психологическая причина	7	16,7	7,1	2,0
	эффект «побочного эффекта»	5	11,9	5,1	1,5
	всего в группе	42	100,0	42,9	12,2
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суд, связанные с действиями медицинских работников	нарушения в медицинской деонтологии	8	27,6	8,2	2,3
	характеристика медицинскими работниками ранее оказанной медицинской помощи, как неверная	10	34,5	10,2	2,9
	недостаточная квалификация специалистов	11	37,9	11,2	3,2
	всего в группе	29	100,0	29,6	8,4
Причины роста обращаемости в правоохранительные органы и суды, связанные с действиями медицинских организаций	рост числа коммерческих клиник	15	60,0	15,3	4,4
	переход медицинских организаций на коммерческую основу	10	40,0	10,2	2,9
	всего в группе	25	100,0	25,5	7,3
Причины роста, связанные с медициной в целом	собственно развитие медицины (парадоксальная причина)	2	100,0	2,0	0,6
всего		98	100,0	100,0	28,5

Таблица 26. Соотношение постановлений и определений по количеству поставленных вопросов, из поступивших в РЦСМЭ в период 2014–2022 гг. материалов уголовных дел, материалов доследственных проверок и материалов гражданских дел

Год	УД	всего вопросов в постановлениях по УД	вопросов на одно постановление по УД	МП	вопросов в постановлениях по МП	вопросов на одно постановление по МП	ГД	вопросов в определениях по ГД	вопросов на одно определение по ГД	всего материалов
2014	7	147	21,0	2	29	14,5	0	0	0,0	9
2015	31	864	27,9	4	98	24,5	0	0	0,0	35
2016	45	1201	26,7	2	41	20,5	0	0	0,0	47
2017	13	129	9,9	0	0	0,0	0	0	0,0	13
2018	193	5009	26,0	6	128	21,3	0	0	0,0	199
2019	236	5767	24,4	77	1334	17,3	57	550	9,6	370
2020	241	7536	31,3	58	1336	23,0	61	741	12,1	360
2021	198	6128	30,9	38	874	23,0	204	1932	9,5	440
2022	59	1985	33,6	9	127	14,1	101	1041	10,3	169
Всего	1023	28766	28,1	196	3967	20,2	423	4264	10,1	1642

Таблица 30. Соотношение вопросов, ответ на которые не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, содержащихся в постановлениях и определениях, по которым были выполнены анализируемые 808 заключений

род вопросов, ответ на которые не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта	вид вопросов, ответ на которые не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта	всего вопросов	в % в группе	в % от всех	на одно постановление (определение)
вопросы, ответы на которые не требуют специальных познаний в области медицины	персонализация медицинских работников	721	36,4	5,2	0,89
	оценка проведённых по делу экспертиз	97	4,9	0,7	0,12
	не требующие специальных познаний в какой-либо области знаний	638	32,2	4,6	0,79
	юридическая оценка действий медицинских работников	472	23,8	3,4	0,58
	оценка деятельности медицинской организации	55	2,8	0,4	0,07
	всего в группе	1984	100,0	14,3	2,46
теоретические вопросы		957	100,0	6,9	1,18
гипотетические вопросы	условно гипотетические	180	61,9	1,3	0,22
	истинно гипотетические	111	38,1	0,8	0,14
	всего в группе	291	100,0	2,1	0,36
всего		3233	100,0	23,3	4,00

Таблица 31. Количество и качество судебно-медицинских экспертов и клинических специалистов, входивших в состав комиссий экспертов при выполнении анализируемых 808 заключений

наличие учёных степеней	всего	на одну СМЭ	всего стаж, лет	средний стаж специалистов, лет	стаж на одну СМЭ, лет
клиницист, доктор медицинских наук	761	0,9	25341	33,3	31,4
клиницист, кандидат медицинских наук	583	0,7	15175	26,0	18,8
клиницист без научного звания	459	0,6	10508	22,9	13,0
врач - судебно-медицинский эксперт, доктор медицинских наук	216	0,3	6168	28,6	7,6
врач - судебно-медицинский эксперт, кандидат медицинских наук	584	0,7	13186	22,6	16,3
врач - судебно-медицинский эксперт без научного звания	1172	1,5	24458	20,9	30,3
всего клиницистов	1803	2,2	51024	28,3	63,1
всего врачей - судебно-медицинских экспертов	1972	2,5	43812	22,2	54,2
всего	3775	4,7	94836	25,1	117,4

Таблица 44. Соотношение назначенных и выполненных СМЭ по врачебным делам

вид судебно-медицинской экспертизы	назначено		выполнено	
	всего	в %	всего	в %
комиссионная	471	58,3	714	88,4
комплексная	99	12,3	63	7,8
комиссионная-комплексная	37	4,6	0	0,0
единоличная	5	0,6	31	3,8
не указано	196	24,3	0	0,0
всего	808	100,0	808	100,0

Таблица 45. Соотношение каждой из назначенных и выполненных СМЭ по врачебным делам

вид судебно-медицинской экспертизы	комиссионная	комплексная	единоличная	всего
комиссионная	452	17	2	471
комплексная	73	26	0	99
комиссионная-комплексная	31	6	0	37
единоличная	0	0	5	5
не указано	158	14	24	196
всего	714	63	31	808

примечание: по вертикали назначено, по горизонтали выполнено.

Таблица 47. Варианты сочетаний утверждений о соотношении правильности оказания медицинской помощи и исхода для пациента

Утверждение		Итог (результат), экспертная оценка
А	В	
Ложь	Ложь	Медицинская помощь оказана правильно + благоприятный исход = ИСТИНА
Ложь	Истина	Медицинская помощь оказана правильно + неблагоприятный исход = ИСТИНА
Истина	Ложь	Медицинская помощь оказана неправильно + благоприятный исход = ЛОЖЬ
Истина	Истина	Медицинская помощь оказана неправильно + неблагоприятный исход = ИСТИНА

Таблица 48. Частота ответов на вопросы о тяжести вреда, причинённого здоровью человека выявленными недостатками оказания медицинской помощи в виде невыполнения необходимых диагностических, лечебных мероприятий (бездействие медицинского работника)

ответы о тяжести вреда, причинённого здоровью человека	всего	в %
вред здоровью не причинён	90	60,8
не причинившие вреда здоровью (п. 9 Правил 2008)	0	0,0
лёгкий вред здоровью	0	0,0
средней тяжести вред здоровью	1	0,7
тяжкий вред здоровью	34	23,0
установить не представилось возможным	11	7,4
нет ответа	12	8,1
всего	148	100,0

Таблица 56. Частота ответов на вопрос об определении конкретного медицинского работника, допустившего недостатки оказания медицинской помощи (персонализация) в зависимости от вида судопроизводства

ответы о персонализации	всего, ГД	в % от всех	в % от группы	всего, УД	в % от всех	в % от группы	всего, МП	в % от всех	в % от группы	всего	в % от всех	в % от группы
да (с указанием)	8	1,0	1,9	67	8,3	15,6	26	3,2	6,0	101	12,5	23,5
да (без указания фамилии)	3	0,4	0,7	34	4,2	7,9	19	2,4	4,4	56	6,9	13,0
установить не представилось возможным	0	0,0	0,0	1	0,1	0,2	1	0,1	0,2	2	0,2	0,5
не входит в компетенцию	10	1,2	2,3	113	14,0	26,3	20	2,5	4,7	143	17,7	33,3
нет ответа	11	1,4	2,6	79	9,8	18,4	38	4,7	8,8	128	15,8	29,8
всего	32	4,0	7,4	294	36,4	68,4	104	12,9	24,2	430	53,2	100,0

Таблица 59. Распределение количества заключений, в выводах которых содержатся нарушения закона достаточного основания

виды ошибок при нарушении закона достаточного основания	всего заключений, содержащих ошибку	доля от всех заключений с анализируемой ошибкой, в %	доля от всех проанализированных заключений с ошибками, в %	доля от всех проанализированных заключений, в %
отсутствие (недостаточное) обоснования	437	95,3	61,8	54,0
основное заблуждение (ложное основание)	79	17,3	11,2	9,8
предвосхищение основания (недоказанное основание)	150	32,8	21,3	18,6
порочный круг (круг в доказательстве)	51	11,2	7,3	6,4
после этого, значит вследствие этого	130	28,3	18,4	16,0
от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно	69	15,1	9,8	8,6