Университет прокуратуры Российской Федерации
Дальневосточный юридический институт (филиал)

В.Б. Хазизулин

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШЁННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Монография

Владивосток
Издательство ДВФУ
2026

© Дальневосточный юридический институт (филиал)
Университета прокуратуры
Российской Федерации, 2026

ISBN 978-5-7444-6149-2

УДК 343.985.7
ББК 67.51

Рекомендован к изданию редакционно-издательским советом ДЮИ (филиала) Университета прокуратуры РФ 05.05.2026 г.

Рецензенты:
Е.В. Зубенко, канд. юрид. наук, доцент кафедры прокурорского надзора за исполнением законов в оперативно-розыскной деятельности и участия прокурора в уголовном судопроизводстве ДЮИ (филиала) Университета прокуратуры РФ;
И.С. Дроздов, канд. юрид. наук, заместитель начальника управления по надзору за уголовно-процессуальной и оперативно-разыскной деятельностью прокуратуры Республики Саха (Якутия) – начальник отдела по надзору за процессуальной деятельностью органов Следственного комитета Российской Федерации по Республике Саха (Якутия);
А.А. Минин, канд. юрид. наук, врио начальника кафедры криминалистики и специальной техники Владивостокского филиала Дальневосточного юридического института МВД России имени И.Ф. Шилова.

Хазизулин, Виталий Билалуевич. Научные основы расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи : монография / В.Б. Хазизулин ; Университет прокуратуры Российской Федерации, Дальневосточный юридический институт (филиал). – Владивосток : Изд-во Дальневост. федерал. ун-та, 2026. – 1 CD-ROM ; [160 с.]. – Загл. с титул. экр. – ISBN 978-5-7444-6149-2. – Текст : электронный.

Рассматриваются вопросы повышения эффективности расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи. Исследование связано с анализом специфики общественных отношений в сфере здравоохранения. Демонстрируются практическое значение научного осмысления процесса расследования и использования специальных знаний. Законодательство приведено по состоянию на 30 апреля 2026 г.

Для студентов, аспирантов, преподавателей юридических вузов, научных и практических работников.

Текстовое электронное издание

Минимальные системные требования:
процессор с частотой 1,3 ГГц (Intel, AMD); оперативная память 256 МБ,
свободное место на винчестере 335 МБ; Windows (XP; Vista; 7 и т. п.)

Программное обеспечение:
Acrobat Reader, Foxit Reader либо любой другой их аналог

Дальневосточный федеральный университет
690922, Приморский край, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс, 10.
Тел.: 8 (423) 226-54-43. E-mail: dvfutip@yandex.ru, prudkoglyad.sa@dvfu.ru

Изготовитель CD-ROM:
Дальневосточный федеральный университет,
690922, Приморский край, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс, 10.

Подписано к использованию 23.06.2026 г.
Объем 1,30 Мб. Тираж 10 экз.

© Дальневосточный юридический институт (филиал)
Университета прокуратуры Российской Федерации, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4
ГЛАВА 1. СУЩНОСТЬ, ПРАВОВАЯ ОСНОВА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШЁННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 6
§ 1. Понятие и основные черты характеристики преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи 6
§ 2. Правовая основа расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи 26
§ 3. Современное состояние расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи 37
ГЛАВА 2. ТАКТИКА ПРОИЗВОДСТВА ОТДЕЛЬНЫХ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШЁННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 57
§ 1. Тактика производства отдельных следственных действий на первоначальном этапе расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи 57
§ 2. Тактика производства отдельных следственных действий на последующем и заключительном этапах расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи 76
§ 3. Тактические особенности использования специальных знаний при расследовании преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи 95
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 136
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 141

ВВЕДЕНИЕ

Повышение качества и доступности медицинской помощи, включая вакцинацию и лекарственное обеспечение, является одной из основных задач государственной политики в области обеспечения национальной безопасности и устойчивого развития Российского государства[1].

В современных условиях массовый характер приобрело оказание медицинской помощи на коммерческой основе, в том числе в области вспомогательных репродуктивных технологий, что представляет собой сферу профессиональной деятельности, приносящую огромные доходы. При этом факт оплаты гражданином медицинской помощи не гарантирует её качество[2].

В свете состоявшейся в роддоме г. Новокузнецка[3] трагедии особая актуальность рассматриваемой проблематики подчёркнута на состоявшейся 19.03.2026 коллегии Генеральной прокуратуры Российской Федерации, в ходе которой обращено внимание на необходимость усиления прокурорского надзора за соблюдением законодательства в сфере оказания медицинской помощи, в частности, в сфере акушерства и гинекологии, оказания медицинской помощи новорождённым детям[4].

Статистические данные свидетельствуют, что только за последние пять лет было возбуждено более 10 тысяч уголовных дел о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи. Однако привлечение к уголовной ответственности по данному виду преступлений продолжает оставаться невысоким.

Анализ деятельности медицинских работников показывает, что способы сокрытия следов преступления постоянно совершенствуются моделированием ситуаций, затрудняющих установление объективной истины, и выработкой единой тактики поведения в случае наличия недостатков (дефектов) оказания медицинской помощи в целях противодействия установлению объективной действительности посредством производства следственных действий. Это связанно с закрытостью системы здравоохранения и разработкой в ней внутренних корпоративных алгоритмов противодействия расследованию. Кроме того, медицинские работники применяют различного рода ухищрения, позволяющие вуалировать ненадлежащий результат медицинской помощи путём сокрытия неблагоприятных

---

[1] Стратегия национальной безопасности Российской Федерации: утверждена Указом Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» (п. 33).

[2] См., напр.: Бастрыкин встретится с клиентами частной клиники «Медицина 24/7» в Москве // ТАСС. 04.06.2021. URL: https://tass.ru/obschestvo/11562349.

[3] Матвиенко назвала смерть детей в роддоме «трагедией для государства» // RBC.RU. 13.01.2026. URL: https://www.rbc.ru/rbcfreenews/696606f69a794777e8f6392d.

[4] Решение коллегии Генеральной прокуратуры РФ от 19.03.2026 «Об итогах работы органов прокуратуры за 2025 год и о задачах по укреплению законности и правопорядка на 2026 год».

последствий для пациента посредством необоснованных выводов со стороны ведомственного контроля и надзора, что, разумеется, влечёт неэффективность проведения следственных действий для установления истины и существенно затрудняет расследование обозначенных преступлений.

Практика правоприменения свидетельствует, что отсутствие целостной, научно обоснованной системы выявления, фиксации и установления виновности медицинского работника в преступном посягательстве при оказании медицинской помощи не позволяет оказывать адекватное противодействие таким негативным явлениям.

Данные обстоятельства обуславливают необходимость комплексного исследования закономерностей, проявляющихся в процессе практического решения правовых, организационных и тактических вопросов расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи.

ГЛАВА 1
СУЩНОСТЬ, ПРАВОВАЯ ОСНОВА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШЁННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

§ 1. Понятие и основные черты характеристики преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Рассматривая понятие преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, следует отметить, что в научной юридической литературе криминального цикла, главным образом по вопросам расследования преступлений, широко используются термины «ятрогенные преступления»[1], «профессиональные преступления медицинских работников»[2], «преступления, связанные с медицинской деятельностью»[3], «медицинские дела»[4], «преступления в сфере здравоохранения»[5] и некоторые другие, которые как расширяют, так и сужают перечень их субъектов.

Так, преступления в сфере здравоохранения подразумевают, в том числе, коррупционные деяния, совершённые медицинскими работниками, выступающими должностными лицами, а также преступления против собственности и ряд других, совершённые медицинским персоналом, которые не связаны с непосредственным процессом оказания медицинской помощи пациенту. В круг профессиональных преступлений медицинских работников можно с уверенностью включить внесение заведомо ложных сведений в листок нетрудоспособности, то есть служебный подлог. Проведение медицинских экспертиз, осмотров и освидетельствований также относится к медицинской деятельности, но не к профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи. В связи с этим в контексте рассматриваемых правоотношений применение таких понятий нецелесообразно.

Сделанные выводы и отсутствие единства научной мысли при употреблении вышеперечисленных понятий позволяют сформулировать новую дефиницию

---

[1] Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. Монография. СПб, 2005. С. 74-75.

[2] Истоки и современное содержание уголовной политики в области здравоохранения: актуальные вопросы теории и практики. Монография / под ред.: А.В. Грошева, Е.В. Епифановой. М.: Юрлитинформ, 2013. 456 с.

[3] Яковлев М.М. Проблемы теории и практики выявления и расследования преступлений, связанных с профессиональной деятельностью: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Краснодар, 2008. С. 11.

[4] Эртель Л.А. Использование судебно-медицинской экспертизы в уголовном судопроизводстве в качестве доказательства по делам о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками профессиональных обязанностей // Медицинское право. 2018. № 2. С. 52-55.

[5] Ким Е.П. Уголовно-правовая характеристика преступлений в сфере здравоохранения // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск. 2016. № 15. С 81-86.

преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, путём унификации значений уже существующих терминов.

В первую очередь необходимо обратиться к понятию преступления, закреплённому в ст. 14 УК РФ[1], согласно которому это «виновно совершённое общественно опасное деяние, запрещённое УК РФ под угрозой наказания». Оно законодательно регламентировано и едино для всех преступлений, предусмотренных уголовным законом нашей страны. В то же время этот закон не выделяет преступления, совершённые при оказании медицинской помощи, в качестве отдельного уголовно-правового запрета в виде специальной нормы, раздела или главы, в отличие от аналогичных законов в ряде других государств[2]. Следовательно, важно определить особенности таких преступлений, позволяющие рассматривать их в качестве самостоятельного объекта криминалистического исследования.

Изучение научных работ в анализируемой сфере свидетельствует об отсутствии до настоящего времени единого подхода к обозначению соответствующего термина. Однако в уголовно-правовой науке уже присутствуют сформулированные и устоявшиеся определения таких специфичных групп преступлений, как должностные, коррупционные, налоговые и адвенальные, а также преступления на объектах морского транспорта и пр., то есть тех, которые по отношению к каждому из них объединены общими уголовно-правовыми и криминалистическими признаками: объектом, определённым субъектом, деяниями, связанными с исполнением профессиональных и иных полномочий, формой вины, мотивом и другими. В то же время такая групповая принадлежность не предусмотрена уголовным законом.

В связи с этим очевидна необходимость в рассмотрении основных взглядов на определение понятия преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, и их соотношения между собой, содержащихся как в уголовно-правовых, так и в медицинской науках.

Ещё в 1996 г. В.Д. Пристансков, рассматривая соответствующие преступления и основываясь, в том числе, на позиции академика С.Я. Долецкого[3], применил к ним термин «ятрогенные», то есть «порождаемые действиями медицинских

---

[1] Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 09.04.2026).

[2] См., напр.: Уголовный кодекс Республики Казахстан от 03.07.2014 № 226-V. Алматы: ТОО «Издательство LEM», 2022; Уголовный кодекс КНР от 14.03.1997 // Посольство КНР в РФ: офиц. сайт. URL: https://www.mfa.gov.cn/ce/cerus/rus/zfhz/zgflyd/t1330730.htm.

[3] В 1988 г. академик С.Я. Долецкий, рассматривая нежелательные последствия действий врача в качестве ятрогений (термин «ятрогения» (от греч. Iatros – врач + genes – порождающий – «болезни, порожденные врачом»), введён в медицинский лексикон немецким психиатром и неврологом О. Бумке в 1925 г.), отметил, что их «волна … захлестнула ныне весь мир», акцентируя внимание на возрастающей необходимости большей фиксации ятрогений в качестве основного или сопутствующего заболевания пациента (См.: Долецкий С.Я. Ятрогения: клинический и социальный аспекты // Архив патологии. 1988. Вып. 5. С. 16.).

работников вследствие преступной небрежности и самонадеянности»[1]. Позже он же расширил данное понятие, увязав его с «системой действий и их последствий, обусловленных ненадлежащим исполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей»[2]. При этом автор рассматривал такие деяния только с неосторожной формой вины.

В развитие такой позиции Л.В. Сухарникова исключила из понятия «ятрогенные преступления» ятрогении, влекущие гражданскую, административную и дисциплинарную ответственность, а также все варианты привлечения медицинских работников к уголовной ответственности с умышленной формы вины. Она же выделила пять признаков, характеризующих данную группу преступлений: субъект – медицинский работник, нарушение им правил оказания медицинской помощи при выполнении профессиональных обязанностей (в том числе путём бездействия), последствие в виде вреда здоровью или смерти, отсутствие умысла к таким последствиям, а также наличие прямой причинно-следственной связи между деянием и последствиями. В результате все эти признаки объединены ею в определении рассматриваемой категории преступлений, в котором сделан акцент на их неосторожное посягательство на жизнь и здоровье человека[3].

Следует отметить, что в своём исследовании Л.В. Сухарникова оценила деяния медицинских работников только по отношению к человеку, не рассматривая возможность виновного причинения гибели его плоду. При этом она отнесла к данной категории преступления, предусмотренные ч.ч. 2, 3 ст. 238 УК РФ, влекущие неосторожные последствия в результате ненадлежащего оказания медицинской услуги, однако, совершённые умышленно. В то же время она исключила из этого перечня ч. 1 ст. 238 УК РФ, не предусматривающую наступления общественно-опасных последствий.

И.О. Никитина сформулировала подход о возможности совершения медицинским работником как умышленного, так и неосторожного общественно опасного деяния в отношении пациента, с включением в используемое ею понятие «ятрогенного преступления» акцента на нарушения принципов и условий оказания медицинской помощи, определённых как основным законом нашей страны, так и

---

[1] См.: Пристансков В.Д. Проблемы выявления неосторожных преступлений в медицине // Проблемы прокурорской и следственной деятельности в сфере борьбы с преступностью в современных условиях. Междун. науч.-практ. конф. 5-6 июля 1996 г.: Тез. выст. СПб., 1996. С. 179-180.

[2] См.: Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: дис. … канд. юрид. наук. СПб., 2000. С. 44-47.

[3] См.: Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: автореф. дис. … канд. юрид. наук. СПб., 2006. С. 13-14.

нижестоящими нормативными правовыми актами. При этом она отнесла к данной группе деяний те, которые, в том числе, угрожают причинению вреда пациенту[1].

Далее Я.И. Иванова, используя термин «ятрогенное преступление», определила его как «общественно опасное противоправное деяние, выраженное в умышленном или неосторожном нарушении медицинскими работниками правил оказания медицинской помощи, что повлекло наступление неблагоприятных последствий для жизни и здоровья пациента». Однако она исключила возможность привлечения этих работников к уголовной ответственности за деяния, фактически не причинившие вреда пациенту, то есть за угрозу его причинения[2].

Затем в процессе осмысления психического отношения деяний медицинских работников к неблагоприятным последствиям от их профессиональной деятельности формулировалась иная точка зрения, отличная от обозначенной позиции В.Д. Пристанскова и других исследователей в части формы вины.

Например, по мнению Н.А. Огнерубова, соответствующие деяния следует рассматривать в качестве преступлений в сфере медицинской деятельности, которые непосредственно связаны с профессиональными функциями медицинских работников. Автор применяет понятие «криминальная ятрогения» в качестве «виновного профессионального медицинского воздействия на пациента, повлекшего за собой уголовно-наказуемые общественно опасные последствия». При этом к таким преступлениям он относит как умышленные и неосторожные уголовно-наказуемые деяния против жизни и здоровья (например, убийство, причинение смерти по неосторожности), так и преступления против конституционных прав и свобод граждан (ч. 2 ст. 128, ч. 2 ст. 137 УК РФ), выделив в качестве субъекта их совершения лиц, обладающих юридическим правом на медицинскую деятельность и осуществляющих соответствующие полномочия[3]. В данном случае на себя обращает внимание факт отнесения к преступлениям, связанным с профессиональной деятельностью медицинских работников по оказанию медицинской помощи, таких, которые выходят за рамки её осуществления (убийство, нарушение неприкосновенности частной жизни и др.). Думается, что с этим нельзя согласиться, так как совершение таких деяний не связано с особой охранительной функцией медицинских работников в отношении жизни и здоровья пациентов. В результате названные преступления теряют свою профессиональную составляющую.

---

[1] См.: Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис. … канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2007.

[2] См.: Иванова Я.И. Методика расследования ятрогенных преступлений, совершённых в сфере родовспоможения: дис. … канд. юрид. наук. М., 2017. С. 19.

[3] См.: Огнерубов Н.А. Профессиональные преступления медицинских работников: дис. … канд. юрид. наук. М., 2014. С. 51-56.

Таким образом, можно констатировать, что термин «ятрогенное преступление» получил достаточно широкое распространение в научной литературе. Помимо перечисленных исследователей он находит своё отражение в трудах С.В. Замалеевой, Г.П. Кулешовой, М.В. Тузлуковой и других авторов.

До недавних пор в системе СК России, уполномоченного осуществлять предварительное расследование по большинству анализируемых преступлений, этот термин также имел широкое применение[1]. Вместе с тем, результаты расследования по подавляющему большинству уголовных дел, возбужденных по сообщениям о ненадлежащем оказании (неоказании) медицинской помощи, свидетельствуют об отсутствии фактов виновных ятрогений. Иными словами, не по каждому уголовному делу рассматриваемой категории устанавливается факт противоправного деяния медицинского работника, повлекшего неблагоприятные последствия для пациента, ввиду объективного его отсутствия, в связи с чем такие уголовные дела подлежат прекращению за отсутствием события или состава преступления.

Некоторые авторы отмечают, что в настоящее время термин «ятрогенное преступление» получил расширительное толкование[2], которое способствует формированию заведомо обвинительного отношения к оцениваемому с юридической точки зрения событию[3].

В современном отечественном правовом поле нет дефиниции «ятрогения» и, соответственно, понятия «ятрогенное преступление». В то же время, как пишет В.Н. Чаплыгина, зачастую первый из указанных терминов «используется в связи с причинением смерти и вреда здоровью, что приводит к тому, что он расценивается юристами и медиками как синоним юридической ответственности»[4]. Вместе с тем, в судебно-экспертной среде под ятрогенией понимаются любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных,

---

[1] См., напр.: Проведение процессуальных проверок и расследование ятрогенных преступлений: сборник методических рекомендаций / под ред. А.М. Багмета. М.: Московская акад. СК России, 2017.

[2] См., напр.: Иванцева Н.В. Медицинское преступление и медицинская ошибка: проблемы разграничения // Юридический вестник Самарского ун-та. 2020. Т. 6. № 1. С. 63.

[3] См.: Козлов С.В. Об отношении врачей и правоприменителей к проблеме ятрогенной патологии (результаты социологического опроса) // Медицинское право. 2011. № 3. С. 28-31.

[4] Чаплыгина В.Н. Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Сборник статей по материалам Всерос. научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. // Северо-Западный фил. ФГБОУ ВО «Российский государственный ун-т правосудия» / под общ. ред. Е.Н. Рахмановой. СПб.: ИД «Петрополис», 2017. С. 211-215.

так и правильных действий или бездействий врача. Из этого следует, что ятрогения может быть порождена и надлежащими действиями медицинского работника. При этом в медицинской среде, в частности, различают: ятрогению диагностических процедур, психогенные, госпитальные, лекарственные, имплантационные и трансплантационные ятрогении, ряд из которых напрямую не связан с действиями врача. Например, сам факт помещения больного в стационар способен оказать воздействие на его психосоматическое состояние[1] (в частности, посредством тревоги, переживания, страха). Представляется, что в данном случае как минимум необоснованно было бы утверждать о наличии в действиях медицинского работника, принявшего решение о необходимой госпитализации пациента, признаков преступления в связи с развитием у последнего указанного состояния.

В связи с этим необходимо обратиться к введённой П.Ф. Калитеевским классификации, согласно которой под ятрогенией он понимал:

– любое новое заболевание, связанное с действиями медицинских работников независимо от их правильности;

– осложнения основного заболевания, вызванные ошибочными или неадекватными действиями врача[2].

Исходя из этого не каждая ятрогения является прямым результатом ненадлежащего деяния медицинского работника, так как его действия, соответствующие установленным требованиям, также могут повлечь ятрогенное событие.

Кроме того, ятрогении могут возникнуть в результате врачебной ошибки, при осуществлении оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости или обоснованного риска, а также являться результатом несчастных случаев. Не исключено, что неблагоприятный исход может быть обусловлен действиями или бездействием самого пациента.

При таких обстоятельствах представляется не вполне оправданным использование термина «ятрогения» в характеристике преступных деяний медицинских работников, совершённых в процессе осуществления ими профессиональной деятельности.

В отличие от перечисленных авторов, Е.К. Сенокосова производит классификацию преступлений в системе оказания медицинской помощи, с выделением среди них тех, при совершении которых не выполняются (ненадлежаще выполняются) возложенные на медицинского работника обязанности по оказанию и организации оказания медицинской помощи (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ст.ст. 124, 238, 293 УК РФ), по поддержанию в надёжном состоянии лекарств, оборудования и помещений, предназначенных для оказания медицинской помощи

---

[1] См.: Дворецкий Л.И. Ятрогения в практике интерниста // Терапевтический архив. 2019. № 91 (1). С. 121-128.

[2] См.: Там же.

(ст.ст. 171[1], 236 УК РФ), по сохранению врачебной тайны (ст. 137 УК РФ)[1]. Однако, причисление последних двух подгрупп к связанным с процессом оказания медицинской помощи преступлениям не вполне обоснованно, так как они не имеют прямого отношения к правоотношениям «врач-пациент» в процессе оказания медицинской помощи. Отнесение же деяний первой подгруппы к соответствующим преступлениям исходя из существа обозначенных правоотношений представляется убедительным.

И.В. Тимофеев определяет рассматриваемые преступления, как «связанные с дефектами медицинской помощи», под которыми он понимает «недостаток медицинской помощи в виде деяния лица медицинского персонала, являющегося нарушением действующих руководящих документов и выражающегося в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи в определённый период времени в конкретных условиях»[2].

Оценивая это определение, необходимо отметить, что в практической судебно-медицинской деятельности на основе анализа проводимых экспертиз выделяют пять групп указанных дефектов, которые связаны с диагностикой, лечением, тактикой, организацией оказания медицинской помощи и оформлением медицинской документации[3].

При этом Е.О. Данилов обращает внимание, что дефект медицинской помощи – многофакторное явление, представляющее собой результат сочетания различных обстоятельств. Для точной их квалификации необходимо выявить решающую движущую силу, ставшую главной его причиной. Автор классифицирует такие дефекты по родовому признаку на «медицинские деликты», рассматривая их как противоправные виновные нарушения правил медицины, и «медицинские казусы», понимая под ними нарушения правил медицинской деятельности, которые не зависят от воли лица и поэтому не могут быть предусмотрены в определённых условиях, обозначая характер отношения субъекта медицинской деятельности к своим обязанностям, свидетельствующий о наличии либо отсутствии его вины, в качестве основания для такого разделения[4].

При изучении относящейся к рассматриваемой тематике литературы также можно встретить термин «врачебная ошибка», которая характеризуется наступлением неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи при объективно

---

[1] См.: Сенокосова Е.К. Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты: дис. … канд. юрид. наук. Омск. 2018. С. 71.

[2] См.: Тимофеев И.В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия // Медицинское право. 2018. № 6. С. 8-15.

[3] См.: Веселкина О.В. Дефекты оказания медицинской помощи с точки зрения судебно-медицинской экспертизы. URL: http://nasci.ru/?id=40205.

[4] См.: Данилов Е.О. Юридическая квалификация дефектов медицинской помощи // Актуальные проблемы российского права. 2021. № 5. С. 123-138.

неправильных действиях, однако, при отсутствии психического отношения медицинского работника к выполняемым им действиям в форме умысла или неосторожности[1]. Такое наименование также не закреплено нормативно, что порождает различные его толкования. Например, как высказывается И.А. Сидакова, только основоположник отечественного медицинского права Ю.Д. Сергеев насчитывает не менее 65 промежуточных определений, понятий и признаков врачебных ошибок[2].

Таким образом, единства в определении понятия преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, и сопряжённых с ним дефиниций не имеется.

Вместе с тем, исходя из приведённых выше формулировок понятия рассматриваемых преступлений, важно определить общие отличительные уголовно-правовые признаки элементов их составов, позволяющих охарактеризовать эти преступления по групповому признаку. Значение таких признаков заключается в необходимости вычленения из всего массива уголовно-наказуемых деяний, в том числе совершённых медицинскими работниками, именно таких, которые напрямую связаны с оказанием медицинской помощи, в целях их выделения в рамках обозначенной групповой принадлежности.

Следует отметить, что действующее примечание[3] к ст. 238 УК РФ исключает возможность квалификации анализируемых деяний медицинских работников по данной норме уголовного закона, в связи с чем такая квалификация в настоящем исследовании не рассматривается.

Как ранее отмечено, указанные признаки заключаются во взаимосвязи соответствующих деяний с медицинской деятельностью. Очевидно, что в их характеристике основной является формулировка «оказание медицинской помощи», сама по себе выступающая в данном случае источником криминалистически значимой информации. В результате следует обратиться к закреплённому в законе понятию «медицинская помощь», под которой понимается «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг»[4]. Анализ коррелирующих с указанным понятием терминов «медицинская услуга» и «медицинское вмешательство» позволяет

---

[1] См., напр.: Чаплыгина В.Н., Васюков В.Ф. Дискуссионные вопросы терминологической конструкции понятия «ятрогенное преступление» // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции. М., Московская акад. СК России, 2018. С. 158.

[2] Сидакова И.А. К вопросу о дефиниции понятий врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи, ятрогненное преступление // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: матер. межд. науч.-практ. конф. М., Московская акад. СК России, 2018. С. 139.

[3] Федеральный закон от 28.12.2024 № 514-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации».

[4] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 2).

сделать вывод, что такая помощь оказывается медицинскими работниками и иными лицами, имеющими право на осуществление соответствующей деятельности в отношении пациента (далее – медицинские работники).

Тем самым законодатель определяет субъекта оказания медицинской помощи, выделяя его профессиональную компетенцию в качестве необходимого основания для её организации и осуществления, чем констатирует сферу его профессиональной деятельности в качестве специфических правоотношений, участие в которых присуще только этому субъекту.

В данном случае обозначенная компетенция, трансформируясь в способность непосредственного оказания медицинской помощи пациенту, определяет характер отношений с последним, уровень соответствующих требований к медицинскому работнику, порядок его действий, а также границы указанной помощи. Следовательно, там, где нет такого субъекта, нет и соответствующих отношений[1]. Такое обстоятельство позволяет ограничить медицинскую помощь от иной деятельности, в том числе внешне направленной на оздоровление (например, от народной или нетрадиционной медицины).

Таким образом, особая охранительная функция медицинского работника, связанная с обследованием и воздействием на организм пациента, сама по себе является тем общественным отношением, которое при ненадлежащем её выполнении напрямую связано с преступлением, совершённым при оказании медицинской помощи. В то же время, анализируя действующее уголовное законодательство, можно прийти к выводу, что такие деяния посягают на правоотношения, аналогичные для иных общих (не специальных) по соответствующей квалификации преступлений (например, связанных с причинением вреда здоровью, смерти по неосторожности), вследствие чего их в общем можно рассматривать в качестве идентичных с точки зрения общественной опасности. Как представляется, с таким подходом нельзя согласиться, так как указанное обстоятельство только на первый взгляд является внешне не имеющим принципиального различия. Однако оно имеется и обусловлено тем, что первые из названных преступлений (за исключением ст. 235 УК РФ) совершаются только специально уполномоченными лицами – медицинскими работниками, призванными в силу своих профессиональных полномочий организовывать и оказывать медицинскую помощь в установленном порядке, то есть совершать исключительно благую медицинскую функцию, в том числе для общества и государства в целом. Вторые же –

[1] Исключением из этого правила является лицо, незаконно занимающееся частной медицинской практикой, которое при наличии профессионального образования фактически оказывает медицинскую помощь пациенту, но не имеет для этого законных оснований ввиду отсутствия необходимой лицензии (например, профессиональный врач, оказывающий в частном порядке возмездные медицинские услуги за пределами медицинского учреждения внерабочее время).

совершаются иными лицами (в т.ч. в общеуголовной сфере), включая имеющих другие профессиональные компетенции и ненадлежаще исполняющих свои обязанности (например, главный инженер энергетической компании, в результате бездействия которого по устранению ненормативного провисания находящегося под электрическим напряжением провода погиб ребёнок), но не являющихся медицинскими работниками и не в сфере обеспечения здравоохранения. Следовательно, такие преступления совершаются не в процессе оказания медицинской помощи и в отсутствие факта необходимости её оказания, в результате чего они имеют иную степень общественной опасности, нежели та, которая присуща для медицинского поддержания и восстановления человеческого здоровья либо рождения на свет новой жизни в процессе родовспоможения.

Анализ действующих уголовно-правовых норм свидетельствует, что основным объектом указанных преступлений выступают общественные отношения в сфере безопасности жизни и здоровья. Однако, учитывая названные цели здравоохранения, следует констатировать, что дополнительным их объектом также должно выступать здоровье населения и нации в целом, а также обозначенные интересы общества и государства.

Таким образом, очевидна необходимость выделения преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, в самостоятельную разновидность вследствие специфичности затрагиваемых ими правоотношений, наличия объединяющего их субъекта, объекта и наступивших последствий, а также отсутствия в действующем уголовном законе норм, учитывающих специфику профессиональной медицинской деятельности. Вследствие этого уголовно-правовую характеристику рассматриваемых преступлений нужно дополнительно расширить за счёт включения в неё преступлений, предусмотренных ч.ч. 1, 2 ст. 235, ч.ч. 1, 2, 3 ст. 293 УК РФ.

Рассматривая особенности объективной стороны анализируемых преступлений, также следует вернуться к их специфике. Профессиональная практика медицинских работников осуществляется при наличии медицинского образования и сертификата специалиста, в рамках компетенции каждого из них (например, врач-терапевт не может и не должен осуществлять полномочия врача-анестезиолога), в соответствии с требованиями, установленными нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения, а также согласно стандартам, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, должностным инструкциям и пр. При этом нарушение специальных медицинских правил является отличительным признаком рассматриваемых преступлений. Таким образом, медицинскому работнику необходимо исполнять свои профессиональные обязанности в рамках тех полномочий, которые входят в его компетенцию и возложены на него. То есть такая деятельность не является произвольной. В связи

с этим виновное нарушение указанных условий и требований (при наличии реальной возможности для их соблюдения), то есть недостаток (дефект) оказания медицинской помощи, повлекшее наступление общественно-опасного результата либо в некоторых случаях (ст. 125 УК РФ) угрозу его наступления, находящееся в прямой причинно-следственной связи с деянием медицинского работника, образует соответствующее преступление. Здесь, как верно отмечает М.В. Тузлукова, определение содержания (механизма) причинной связи между действием медицинского работника и наступившим последствием имеет важное криминалистическое значение, так как позволяет установить субъекта и степень его вины путём проведения анализа ятрогенного процесса с целью выяснения его характера и динамики развития[1].

Субъективная сторона преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, характеризуется как умышленной (ст. 125 УК РФ), так и неосторожной формой вины (ч.ч. 1, 2, 3 ст. 109; ч.ч. 1, 2 ст. 118; ч. 4 ст. 122; ч.ч. 1, 2 ст. 124; ч.ч. 1, 2, 3 ст. 293 УК РФ). Также уголовный закон предусматривает ответственность за преступление (ч.ч. 1, 2 ст. 235 УК РФ), совершаемое с двумя формами вины: умышленно по отношению к действиям и неосторожно по отношению к последствиям. По общему правилу, установленному ст. 27 УК РФ, при причинении тяжких последствий это преступление признаются совершённым умышленно.

Перечисленные посягательства в большинстве своём выражаются в неосторожной форме вины в виде легкомыслия (самонадеянности) или небрежности. Тем самым, как обоснованно отмечает Б.Б. Галиев, основным критерием преступных действий «работников медицины следует считать недобросовестность их действий и отсутствие стремления выполнить все требования врачебного долга»[2].

Таким образом, дополнительно введённые и систематизированные правонарушения в рассматриваемой сфере позволяют сделать вывод о необходимости разработки понятийного аппарата. Итак, *преступления, совершённые при оказании медицинской помощи, это виновные общественно опасные деяния медицинских работников или лиц, незаконно занимающихся частной медицинской практикой, совершённые ими в процессе медицинской помощи либо при необходимости её оказания, вопреки установленных правил и требований, а также положений медицинской науки и практики, повлекшие существенное нарушение прав и законных интересов граждан и охраняемых законом интересов общества и государства, заключающееся в наступлении смерти человека и (или) причинении тяжкого вреда его здоровью, а равно в гибели человеческого плода, либо создавшие реальную угрозу их нарушения.*

---

[1] См.: Тузлукова М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: дис. … канд. юрид. наук. Казань, 2017. С. 16-17.

[2] См.: Галиев Б.Б. Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности // Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. № 2. С. 39.

Такое понятие включает в себя необходимые признаки и особенности преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, в том числе обусловленные фактическим отсутствием в современных уголовно-правовых нормах прямого указания на ответственность за виновное причинение гибели плода человека в процессе родоразрешения, позволяющие выделить такие преступления в самостоятельную группу, а также выражает их суть.

Приведённые обстоятельства обуславливают необходимость введения специальной уголовной ответственности за преступления в рассматриваемой сфере, позволяющей, в том числе, особо отметить в ней признак профессионального долга и специфику общественной опасности.

Из указанного определения следует, что обозначенные деяния являются одной из групп преступлений в действующем уголовном законе. Специфичная направленность таких посягательств позволяет выделить их в самостоятельную систему, которая включает в себя следующие компоненты:

– профессиональный лечебный процесс, заключающийся в необходимости диагностики и медицинского лечения заболеваний (оказания медицинской помощи ввиду определённых физиологических состояний);

– медицинского работника или лица, незаконно занимающееся профессиональной частной медицинской практикой, как субъекта таких преступлений, и характеризующие его признаки;

– потерпевшего – пациента, то есть лица, нуждающегося в оказании медицинской помощи либо непосредственно получающего её;

– объект преступного посягательства в виде жизни и здоровья пациента, а также общественных отношений, связанных с обеспечением здоровья населения, его воспроизводством и национальной безопасностью государства.

Опираясь на сказанное, общую характеристику преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, можно представить *как научно обоснованную, комплексную систему знаний об особенностях таких преступлений, о лицах, причастных к их совершению, а также о других, представляющих интерес, взаимосвязанных фактах и явлениях, с помощью которых формируется научная база для выработки рекомендаций по организации и тактике расследования указанных преступлений*.

Из данного определения вытекает круг задач расследования, к числу которых следует отнести следующие: выявление данных об особенности личности потерпевшего – пациента, исследование субъекта преступления, его действий (бездействия) и психической деятельности, установление способа преступления, фактически наступивших последствий, а также сведений об окружающей обстановке

и обстоятельствах, предшествующих и сопутствующих совершённому медицинским работником преступлению[1].

Таким образом, установление способа ненадлежащей (дефективной) медицинской помощи выступает одной из обозначенных задач.

Как отмечает Р.С. Белкин, способ преступления издавна и вполне обоснованно находится в центре внимания учёных, занимающихся проблемами частной криминалистической методики[2]. Он представляет собой «форму, в которой выразились общественно опасные деяния, приёмы и методы, использованные преступником для совершения преступления»[3]. Она позволяет правильно оценивать общественную опасность деяния и назначать наказание. Не случайно законодатель рассматривает способ, как часть события преступления, и включает его в число обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу (ст. 73 УПК РФ). Он подлежит отражению в обвинительном заключении (ст. 220 УПК РФ) и в приговоре суда (ст. 351 УПК РФ).

С позиции общей характеристики рассматриваемых преступлений способы их совершения определяют алгоритм образования следов преступных деяний. Обнаружение и скрупулёзный анализ таких следов позволяют не только выдвигать вероятные версии в целях выявления, раскрытия преступлений и установления лиц, их совершивших, но и зафиксировать относящиеся к предмету доказывания обстоятельства.

Так, исследуя способ совершения анализируемых преступлений, А.А. Бессонов и Н.В. Маланина обоснованно выделяют семь видов допускаемых медицинскими работниками дефектов: ненадлежащее проведение диагностических и лечебных мероприятий, когда неправильная диагностика влечёт неверное лечение на стадиях обследования, наблюдения и госпитализации; проведение отдельной медицинской процедуры с нарушениями (например, блокада, пункция, санация и т.п.); оперативное вмешательство, проведённое с нарушениями, несвоевременно либо без оснований; неправильная тактика ведения пациента (например, беременности и родов); непроведение госпитализации пациента при наличии к тому оснований; проведение ненадлежащих реанимационных мероприятий; бездействие в форме неоказания помощи больному.

При этом они же выделяют три основные группы дефектов: «нарушение правил диагностики и лечения», связанное с неполным обследованием, отсутствием

---

[1] См.: Бессонов А.А. Основы криминалистического учения об исследовании и использовании криминалистической характеристики преступлений: монография. М.: Юрлитформ, 2016. С. 147-149.

[2] Белкин Р.С. Криминалистическая характеристика преступления – реальность или иллюзия // Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. Злободневные вопросы российской криминалистики. М., 2001. С. 223.

[3] Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу РФ: под общей ред. В.В. Мозякова. М., Экзамен XXI, 2002. С. 181.

факта привлечения необходимо специалиста, перевода в иное медицинское учреждение, игнорированием определённых данных; «дефект на основе субъективного фактора», связанный с непрофессионализмом медицинского работника; «дефект при медицинском вмешательстве», связанный с неправильной тактикой ведения пациента, недооценкой риска[1].

Как видно из приведённой классификации, первые шесть видов допускаемых дефектов непосредственно связанны с оказанием пациенту медицинской помощи, то есть они могут совершаться как в форме действия, так и в форме бездействия (например, установление диагноза и отсутствие факта назначения адекватного лечения диагностированного заболевания; неизвлечение салфетки из организма пациента в процессе хирургической операции). Седьмой вид классифицированных дефектов может быть совершен исключительно в форме бездействия (например, отказ от необходимой хирургической операции при наличии реальной возможности её проведения).

В литературе встречаются другие разновидности способов совершения преступлений при оказании медицинской помощи (например, «непрофильная госпитализация», «преждевременное прекращение лечебных мероприятий»[2] и другие). При этом необходимо согласиться с общей их классификацией в качестве «дефектов диагностики» и «дефектов лечения»[3].

Первая группа приведённых дефектов свидетельствует о способе совершения преступления в процессе диагностирования медицинским работником заболевания (физиологического состояния) посредством оценки жалоб и симптомов пациента, клинико-диагностических исследований, компьютерной томографии, методом ультразвуковой диагностики, рентгенологических исследований, эндоскопической диагностики, лабораторной диагностики и пр. Результатом таких дефектов является неправильный диагноз, влекущий неверную тактику медицинского лечения (родовспоможения).

Вторая их группа свидетельствует о совершении преступления в процессе проведения лечебных процедур либо при их отсутствии, в то время как имеется соответствующая необходимость. В данном случае такие процедуры тождественны вышеперечисленным второму-седьмому видам дефектов.

В процессе дальнейшего осмысления общей характеристики рассматриваемых преступлений следует перейти к механизму медицинской помощи, что

---

[1] См.: Бессонов А.А., Маланина Н.В. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2018. № 4. С. 150-157.

[2] См.: Подольный Н.А., Кулешова Г.П., Коваль Е.А., Матюшкина А.В., Подольная Н.Н. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой, криминологический и криминалистический аспекты: монография. М.: Юрлитинформ, 2020. С. 160-161.

[3] См.: Там же.

позволит выделить основные элементы, исследование которых способно установить преступность соответствующего деяния. При этом необходимо разделять понятия механизма оказания медицинской помощи и механизма преступления.

В современных криминалистических взглядах под механизмом преступления традиционно понимается «система процессов взаимодействия участников преступления, как прямых, так и косвенных, между собой и с материальной средой, сопряжённых с использованием соответствующих орудий, средств и иных отдельных элементов обстановки»[1]. Из этого следует, что такой механизм является динамичной системой, элементы которой во взаимодействии между собой обуславливают наступление общественно-опасных последствий.

Расследование анализируемых преступлений предполагает необходимость исследования механизма оказания медицинской помощи, как лечебного процесса, состоящего из нескольких этапов, обуславливающего возникновение негативного результата. Соответствующая практика свидетельствует о распространенности фактов отсутствия противоправного поведения в деятельности медицинских работников, оцениваемой с точки зрения уголовного закона. Вследствие этого закономерности механизма преступления применительно к такой деятельности прямому применению не подлежат.

Однако необходимость познания процесса лечебной деятельности для последующей её уголовно-правовой оценки является краеугольным камнем расследования. В связи с этим возможно использовать ряд элементов механизма преступления для познания закономерностей механизма оказания медицинской помощи, который не всегда будет иметь уголовно-правовой характер.

Применяя такой подход при рассмотрении типичной модели механизма оказания медицинской помощи, можно прийти к выводу, что он является совокупностью взаимодействия таких элементов как: «медицинское заболевание (физиологическое состояние) – пациент – медицинский работник – окружающая обстановка».

В целях познания соответствующего механизма надлежит исследовать особенности личности пациента, его отношение к процессу оказания медицинской помощи и поведения.

В данном случае необходимо обратить внимание на то, что в лечебном процессе пациент является непосредственным его участником. Его организм является носителем патологических и болезненных состояний и объективных факторов, которые могут оказать существенное влияние на указанный процесс. К таковым следует отнести как индивидуальные характеристики человека (возрастно-половые: возраст, фаза жизни и половой диморфизм; индивидуально-

[1] Антонов О.Ю. К вопросу о понятиях механизма и криминалистической характеристики (модели) преступлений и преступной деятельности // Вестник Удмуртского ун-та. Сер. Экономика и право. 2011. № 2. С.112.

типические: конституционные и нейродинамические), так и наличие у него заболеваний (профессиональных, хронических), генетических предрасположенностей, аллергических реакций и т.п.

Кроме того, необходимо учитывать срок развития заболевания (физиологического состояния), его этиологию и степень поражения организма (стадию развития человеческого плода), наличие (отсутствие) соответствующего медицинского лечения, его формы и методы, а также соблюдение пациентом предписанного порядка лечения (диета, периодичность и сроки приёма лекарственных препаратов, соблюдение запретов и ограничений: алкоголь и курение, посещение бани, ограниченные физические нагрузки и т.п.), факты самолечения и использования народной медицины, которые как в отдельности, так и в различном их сочетании могут оказывать непосредственное влияние на процесс оказания медицинской помощи и его качество.

В ходе изучения медицинского работника, как элемента рассматриваемого механизма, важно помнить, что медицинская деятельность – это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, в связи с чем она предполагает непосредственное профессиональное её оказание медицинским работником. Следовательно, как отмечено выше, анализируемые преступления могут быть совершены только профессиональными медицинскими работниками, имеющими соответствующий статус, вопреки правилам и (или) стандартам оказания данной помощи.

Как верно определяет Замалеева С.В., нарушение таких правил – это «неисполнение (игнорирование) или ненадлежащее исполнение медицинским работником положений (требований), устанавливающих порядок медицинского вмешательства или комплекса таких вмешательств, направленных на профилактику, диагностику, лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию.

Неисполнение (игнорирование) медицинским работником правил и (или) стандартов медицинского вмешательства выражается в совершении деяния вопреки установленному запрету либо в полном невыполнении профессиональных обязанностей, в результате чего наступают общественно опасные последствия (смерть или вред здоровью) или создаётся угроза их наступления»[1].

Говоря о персональном составе медицинских работников, необходимо отметить, что в процессе медицинской помощи оказывать её пациенту могут быть уполномочены как лечащий врач (например, врач-травматолог), так и другие специалисты (например, врач-уролог), а также прочий медицинский персонал. В связи с этим они также могут являться типичными субъектами рассматриваемых преступлений.

Например, в обязанности операционной сестры в процессе хирургической операции входит пересчёт количество зажимов, тампонов, салфеток, извлечённых

[1] Замалеева С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации: автореф. дис. … канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2016. С. 9.

из полости, и сравнение их с той цифрой, которая была зафиксирована перед началом операции[1]. В результате характер и степень выполнения ею своих обязанностей может оказать непосредственное влияние на качество медицинской помощи.

Рассматриваемые преступления не ограничиваются неосторожным причинением вреда здоровью пациента или его смерти, так как медицинский работник в процессе реализации своих профессиональных полномочий может умышленно нарушить регламентированную процедуру оказания медицинской помощи. В связи с чем необходимо установить причину отклонения от такой процедуры в отношении конкретного пациента. Следовательно, при изучении субъекта медицинской помощи нужно установить факт наличия (отсутствия) у него специальных профессиональных знаний (например, стаж работы, квалификация, прохождение аттестации и т.п.). Также важное криминалистическое значение имеет исследование индивидуальных черт и особенностей личности медицинского работника с точки зрения их влияния на взаимоотношения с пациентом, на процесс выполнения медицинских манипуляций и на следообразование. Например, такие черты личности, как отзывчивость, добросовестность, самообладание, ответственность и т.п. будут положительно характеризовать соответствующего субъекта, хотя сами по себе они не являются однозначным подтверждением качества оказанной им медицинской помощи. Но их установление будет являться свидетельством общего отношения конкретного медицинского работника к своему профессиональному долгу, что наряду с иным доказательствами необходимо оценивать с точки зрения внутреннего убеждения как следователя, так прокурора и судьи. Напротив, такие черты, как черствость и высокомерие, лживость и лень, эгоизм и самоуверенность и т.п., должны обращать на себя особое внимание, так как они способны оказать влияние на добросовестность и качество выполнения медицинским работником своей лечебной функции.

Так, невосприятие врачом жалоб пациента вследствие безразличия, в частности – «медицинский газлайтинг», может явиться причиной наступления вредных последствий для здоровья или жизни последнего.

При этом такие индивидуальные социально-психологические качества и особенности, как алкоголизм, системность в нарушении профессиональных обязанностей, рассеянность, профессиональная «усталость», утрата чувства профессионального долга, излишняя самоуверенность, легкомыслие, пассивность, апатия и т.п., также подлежат скрупулезному изучению с точки зрения их влияния на качество медицинской помощи. Например, находящийся в состоянии алкогольного опьянения врач-акушер-гинеколог К. не воспринял медицинские показания к необходимости незамедлительного родоразрешения путём проведения

[1] Василенко В.А. Справочник операционной и перевязочной сестры / В.А. Василенко. Изд. 2-е. Ростов н/Д: Феникс, 2013. С. 291.

операции кесарево сечение. В результате он ненадлежаще исполнил свои профессиональные обязанности в процессе родовспоможения, что повлекло гибель плода роженицы. В ходе расследования по данному уголовному делу также установлено, что указанный медицинский работник на протяжении пяти лет осуществлял профессиональную деятельность, состоя с синдромом алкогольной зависимости на учете в наркологическом диспансере, что в совокупности с совершённым им деянием позволило дать ему судом соответствующую характеристику при вынесении приговора[1].

При установлении подобных обстоятельств важно обращаться к причинам соответствующего поведения и изучать их следственным путём. Используя подход Ю.М. Антоняна и В.Е. Эминова[2], можно выделить следующие из них, которые в рассматриваемых правоотношениях обращают на себя особое внимание:

– эгоизм, обусловленный желанием медицинского работника реализовать личные цели (стремление избавиться от «лишней» нагрузки, упростить свои профессиональные обязанности, желание скрыть совершение других нарушений медицинских норм и правил и пр.);

– избирательный правовой нигилизм, связанный с игнорированием определенной регламентации профессиональной деятельности ввиду субъективной оценки её в качестве нецелесообразной либо излишней (использование личного мнения в обоснование отсутствия необходимости проведения тех или иных диагностических и медицинских манипуляций со ссылкой на свой собственный профессиональный опыт и знания и т.п.);

– ложно понятые цели и задачи медицинской помощи, когда медицинский работник стремится завершить не доведённый до конца лечебный процесс, объясняя такое стремление необходимостью выполнения других обязанностей (выписка «недолеченного» пациента в целях освобождения койко-места для другого пациента, стремление снизить или повысить определенные статистические показатели и т.д.).

Такие мотивы свидетельствуют о непринятии либо игнорировании субъектом оказания медицинской помощи необходимых требований к её процедуре, что даёт соответствующую характеристику ему самому и субъективной стороне его деяния.

Кроме того, профессиональная деформация медицинского работника также коррелирует с наступлением неблагоприятных последствий. В процессе медицинской помощи у указанного субъекта может возникнуть противоречие

---

[1] Уголовное дело № 1-6/2020 // Архив Чернышевского районного суда Забайкальского края. 2020.

[2] Антонян Ю.М., Эминов В.Е. Личность преступника. Криминолого-психологическое исследование: монография. М.: Норма, Инфра-М, 2015.

между достижением поставленной цели в виде эффективности медицинского лечения и его безопасностью. И здесь длительное профессиональное выполнение медицинских манипуляций (как в процессе оказания конкретной медицинской помощи, так и с позиции сформировавшегося профессионального опыта) способно повлиять на внимательность и осмотрительность медицинского работника. Примером такого влияния, в частности, являются факты «забывания» квалифицированными врачами инородных тел (салфеток, тампонов, медицинских инструментов) в организме пациентов в ходе хирургических операций.

Приведённые примеры демонстрируют как отдельные индивидуальные личные особенности медицинского работника, несмотря на уровень его профессионального образования и стаж работы, явились причиной наступления необратимых последствий, то есть нашли своё отражение в самом событии ненадлежащей медицинской помощи. Следовательно, такие особенности во взаимосвязи и в совокупности с деянием соответствующего субъекта оказывают непосредственное влияние на процесс негативного преобразования им окружающей материальной среды.

Рассматривая медицинского работника в качестве элемента механизма оказания медицинской помощи, при оценке его поведения также необходимо охарактеризовать психическое отношение к содеянному.

Давая соответствующую оценку, А.В. Матюшкина отмечает, что «медицинский работник не желает наступления неблагоприятного исхода для потерпевшего, однако, в силу завышения собственной самооценки (своих профессиональных навыков) либо в силу легкомысленного отношения к жалобам и состоянию больного принимает решение действовать в нарушение технологии оказания медицинской помощи (минуя стадии процессов диагностики и лечения, не производя необходимых проверочных тестов состояния пациента), допуская при этом диагностический или лечебный дефект»[1]. Признавая справедливость такого утверждения, когда медицинский работник самонадеянно полагает, что его деяние не повлечёт для пациента неблагоприятных последствий, к вариантам оценки психического отношения к содеянному следует также добавить небрежное отношение к физическим последствиям для пациента, когда медицинский работник в силу невнимательности или непредусмотрительности не предвидит их наступление, хотя должен и может это сделать. Такая оценка применяется при квалификации соответствующих деяний по ст. 109 УК РФ, которая наиболее распространена в следственно-судебной практике по анализируемым преступлениям.

Например, при наличии явных рисков для жизни пациента, у которого установлен кардиостимулятор, медицинский работник провела пожилому мужчине магнитно-резонансную томографию. При этом она не приняла необходимых мер

[1] См.: Подольный Н.А., Кулешова Г.П. и др. Указ соч. С. 163.

безопасности: не провела надлежащий опрос пациента, не проверила документы на имплантированное устройство и не отказала в проведении исследования. В результате проведённого МРТ-исследования из-за воздействия магнитного поля работа кардиостимулятора была нарушена, что привело к острой сердечно-сосудистой недостаточности и смерти пациента. В связи с чем действия медицинского работника квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ[1].

Оценивая значение окружающей обстановки в механизме оказания медицинской помощи, необходимо подчеркнуть, что к этому элементу относятся как время и место её оказания (неоказания), так и предметы материального мира, используемые в этом процессе. Кроме того, к данному элементу также необходимо относить поведение иных лиц, напрямую не участвовавших в процессе оказания медицинской помощи и не имеющих профессиональных полномочий по её оказанию, но каким-либо образом повлиявших на него. Таковым, например, может выступать участник дорожно-транспортного происшествия, совершивший наезд на пешехода и оказавший ему первую помощь до приезда бригады скорой медицинской помощи. К этим же лицам могут относиться специалисты, производящие лабораторные исследования анализов пациента, но непосредственно в процессе диагностирования заболевания (физиологического состояния) и оказания медицинской помощи участия не принимающие, а также родственники пациента.

Следует констатировать особую значимость сведений об окружающей обстановке для оценки качества медицинской помощи. В частности, сложно представить успех экстренного медицинского лечения аппендицита, требующего хирургического вмешательства, у пациента, находящегося на борту летящего воздушного судна, даже при наличии высококвалифицированного хирурга, но в отсутствие элементарных медицинских инструментов (например, скальпель, анестезия и пр.). Другим примером непосредственного влияния окружающей обстановки на качество медицинской помощи являются условия медицины катастроф («один врач – множество пациентов» при чрезвычайной ситуации), когда даже при наличии специализированного оборудования вероятность снижения качества такой помощи очевидно более высока.

В результате обстановка, характеризуя условия оказания медицинской помощи, может играть значительную роль и оказать существенное влияние, как на деятельность медицинского работника, так и на поведение пациента.

Таким образом, познание механизма оказания медицинской помощи предусматривает усвоение процесса развития заболевания (физиологического состояния) и обусловленного им лечебного процесса, включающего в себя действие факторов объективной действительности. При этом степень взаимодействия перечисленных

[1] В Приморье медика будут судить за смерть пациента после МРТ // MAIL. Новости. 30.04.2026. URL: https://news.mail.ru/incident/70725467/.

элементов между собой и их влияния на конечный результат медицинской помощи обуславливает её качество.

В практической деятельности встречаются случаи внешне опосредованного влияния оказывающего медицинскую помощь лица на её недостаток (дефект), когда неблагоприятный исход для пациента обусловлен не только и не столько деянием медицинского работника, сколько характером и тяжестью заболевания (травмы). Примером такой ситуации может являться факт игнорирования (недооценки) медицинским работником клинических признаков и симптомов проявляющегося у пациента иного скрытого заболевания (например, язвенная болезнь), в результате которого наступает трагическое последствие. И здесь влияние поведения медицинского работника на недостаток (дефект) медицинской помощи обусловлено наличием у него реальной возможности для диагностирования соответствующего заболевания и предотвращения его негативных последствий. В случае отсутствия таковых для уголовного преследования не будет достаточных оснований.

Таким образом, если медицинский работник, вовлечённый в медицинскую помощь, но не обладающий необходимыми знаниями медицинской науки и практики либо легкомысленно нарушающий порядки и стандарты оказания такой помощи, допустил её недостаток (дефект), данное обстоятельство не может являться однозначным свидетельством его уголовно-наказуемого деяния, так как наступившие неблагоприятные для пациента последствия могут быть обусловлены иными элементами механизма оказания медицинской помощи. Именно поэтому он является центральным ядром в познании существа конкретного процесса медицинской деятельности при исследовании отдельно взятого события, связанного с лечебным процессом. Структурный анализ развития такого механизма без нивелирования его элементов позволяет установить преступность деяния медицинского работника или её отсутствие и дать соответствующую юридическую оценку по уголовному делу.

§ 2. Правовая основа расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Эффективность следственных органов по расследованию рассматриваемых преступлений во многом определяется состоянием законодательного и ведомственного нормативного правового обеспечения данной деятельности, юридической упорядоченностью отношений, возникающих в ходе расследования. Другими словами, речь идет о правовом регулировании следственной деятельности в указанном направлении, причём с позиции системного подхода.

В современных условиях правовая регламентация, нормативное правовое закрепление компетенции и ответственности уполномоченных следственных органов являются одним из факторов, влияющих на организацию расследования преступлений.

Е.О. Данилов, подчеркивая, что в нашей стране основным источником права является нормативный правовой акт, обоснованно констатирует, что для решения вопроса о признании противоправным поведения медицинского работника необходимо установить факт нарушения акта, регламентирующего его деятельность, и определить, какой она должна была быть в конкретной ситуации[1]. Следовательно, уяснение законодательства и иных нормативных актов в сфере здравоохранения обуславливает возможность применения в правоохранительной деятельности норм уголовного закона, призванных противодействовать такому поведению.

В данном случае фундаментальной основой для такого уяснения и расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, является Конституция РФ. Она декларирует человека, его права и свободы, в том числе право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41), в качестве высшей ценности (ст. 2). Таким образом, такое право признаётся государством за каждым, как и его гарантия.

Право на охрану здоровья реализуется посредством применения всех основных прав и свобод человека и гражданина. Они представляет собой определённый комплекс полномочий, включающий в себя:

– права граждан в сфере охраны здоровья (ст. ст. 20, 21, 22, 38, 39, 41, 42);

– обязанность государства посредством федеральных, региональных и местных органов власти, их должностных лиц по защите этих прав (ст. ст. 45, 46, 53, 55);

– установленную законом ответственность государства, юридических и физических лиц за нарушение прав граждан и несоблюдение обязанности органов власти, их должностных лиц по охране здоровья граждан, и за вред, причинённый здоровью человека[2].

Так, в российском государстве конституционно гарантируется правовая защита человеческой жизни (ст. 20), что следует из Всеобщей декларации прав человека. При этом жизнь рассматривается с момента рождения ребёнка, которым является момент отделения человеческого плода от организма матери посредством родов, до момента смерти человека, которым является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

Также Основной закон стоит на страже государственной охраны достоинства личности (ст. 21), защита которого в области здравоохранения и медицинского обеспечения реализуется посредством соответствующего законодательства. Это относится к таким общечеловеческим постулатам, как запрет в процессе оказания медицинской помощи на жестокое, бесчеловечное и унижающе достоинство обращение, намеренное причинение физических страданий, проведение

---

[1] См.: Данилов Е.О. Указ. соч. С. 134.

[2] Черных А.Е. Конституционное право граждан на охрану здоровья и проблемы его реализации в Российской Федерации: автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2012. С. 12.

медицинских манипуляций без согласия пациента (за исключением случаев, когда такое согласие призвано обеспечить жизнедеятельность организма, и в то же время объективно получено быть не может) и т.п.

Кроме того, этот же закон предусматривает право каждого на личную неприкосновенность, как элемент его свободы (ст. 22). В развитие этого положения уголовным законом установлена ответственность за посягательства на жизнь и здоровье человека, включая виновные деяния в сфере оказания медицинской помощи.

В области медицинской родовспомогательной деятельности особую важность имеют конституционные положения, призванные обеспечить государственную защиту материнства и детства (ст. 38). Следует подчеркнуть значение этой гарантии не только при юридической оценке наступления смерти новорождённого, но и в случаях виновного причинения гибели человеческого плода в ходе родовспоможения, что влечёт фактическое нарушение неотъемлемого права женщины стать и быть матерью. При этом сохранение у неё репродуктивной функции никак не должно влиять на юридическую оценку факта нарушения указанного конституционного права, что противоречило бы общему смыслу гражданских прав, так как реализовать его по отношению как к умершему новорождённому, так и к не родившемуся ребёнку она уже не может. Рождение же в последующем ею детей никоим образом не влияет на данное право, так как восстановить положение, существовавшее до его нарушения, невозможно.

Таким образом, право на охрану здоровья и продуцируемое им право на медицинскую помощь входят в число основных прав, без реализации которых невозможно полноценное развитие личности. Именно вследствие этого данные права находятся в поле пристального внимания как отдельных граждан и общества в целом, так и государства, в том числе с точки зрения обеспечения его национальной безопасности.

Важным законодательным актом по регулированию отношений в анализируемой сфере являются УПК РФ, устанавливающий подследственность, предмет и пределы доказывания при расследовании преступлений.

В соответствии требованиями ч. 2 ст. 151 УПК РФ предварительное расследование большинства рассматриваемых преступлений отнесено к компетенции следователей СК России. В связи с этим к основным законодательным актам, создающим правовые предпосылки для расследования преступлений, относится Федеральный закон от 28.12.2010 № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации».

Другим важным законодательным актом выступает Федеральный закон от 26.07.2019 № 224-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и Федеральный закон «О Следственном комитете Российской Федерации». В его исполнение СК России уполномочено создавать своё судебно-экспертное подразделение и

проводить в нём, в том числе, комиссионную судебно-медицинскую, молекулярно-генетическую и иные экспертизы.

К другим законодательным актам, создающим правовые основы для организации расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, относится УК РФ, в котором:

– раскрывается понятие преступления (ст. 14);

– перечисляются общественно опасные деяния;

– регламентируются вопросы ответственности за них; дифференцируются виды составов преступлений, за совершение которых установлены различные по характеру и степени суровости наказания;

– устанавливается возможность освобождения от уголовной ответственности (при определённых условиях), позволяющая проводить гибкую карательно-воспитательную политику.

Как отмечалось в предыдущем параграфе, отечественная правовая система не содержит специальных норм, устанавливающих уголовно-правовую ответственность за анализируемые преступления. Но в уголовном законе предусмотрены нормы, согласно которым применяется такая ответственность: ст. 109 – причинение смерти по неосторожности; ст. 118 – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности; ч. 4 ст. 122 – заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей; ст. 125 – оставление в опасности; ст. 235 – незаконное занятие частной медицинской практикой; ст. 293 – халатность.

Однако специфические особенности оказания медицинской помощи не всегда в полной мере соответствуют перечисленным составам преступлений. На этом фоне единообразия нет и в соответствующей судебной практике. В связи с чем следователи сталкиваются со сложным выбором необходимой нормы уголовного закона, которая должна соответствовать как деянию медицинского работника, так и наступившем в результате него последствиям[1]. И здесь отдельным вопросом является квалификация таких деяний в процессе применения вспомогательных репродуктивных технологий, который до сих пор остаётся дискуссионным и не разрешённым[2].

В результате в СК России обращено внимание на важность специальной уголовной ответственности медицинских работников. Поэтому на общественное обсуждение вынесены вопросы введения в уголовный закон статей 124[1]

---

[1] См.: СК России: офиц. сайт. URL: https://sledcom.ru/news/item/1240870.

[2] См., напр.: Кручинина Н.В. Юридическая ответственность за злоупотребления и преступления в сфере искусственной репродукции человека // Право и современные технологии в медицине. М.: РГ-Пресс, 2019. С. 323-327.

«Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и 124[2] «Сокрытие нарушения оказания медицинской помощи»[1].

Данная инициатива обусловлена особой значимостью сферы медицинских правоотношений, которая вследствие этого требует самостоятельного уголовно-правового регулирования.

Практическое применение приведённых специальных норм создало бы возможность оградить медицинского работника от необоснованной квалификации его действий по иным статям уголовного закона, что продолжает встречаться в правоприменительной практике.

Однако необходимого одобрения, в том числе в профессиональном медицинском сообществе, указанная позиция СК России не нашла, несмотря на остроту общественного восприятия фактов ненадлежащей медицинской помощи, влекущей наступление тяжких последствий либо смерть пациента (гибель человеческого плода).

В качестве одной из причин отсутствия такого одобрения выступает неприемлемая позиция о рассмотрении медицинского работника специальным субъектом таких преступлений.

Такая ситуация вызывает закономерный вопрос: имеется ли в уголовно-правовой науке примеры регулирования специфических общественных отношений, где представители гражданских профессий выступают соответствующими субъектами?

Действующий уголовный закон даёт исчерпывающий ответ на него, предусматривая, в частности, специальные нормы за нарушения правил в области строительных работ, эксплуатации транспорта (ст.ст. 216, 263, 264 УК РФ) и пр. Потребность в таком правовом регулировании сомнений не вызывает, так как сама специфика нарушения требований к профессиональной деятельности в обозначенных сферах общественных отношений свидетельствует об их повышенной опасности.

В качестве обоснования такого утверждения выступает довод о том, что вопрос необходимости надлежащего обеспечения безопасности жизни и здоровья пассажира со стороны капитана круизного лайнера или машиниста электропоезда ни у кого сомнений не вызывает. При этом, заходя на палубу судна или в вагон, пассажир фактически доверяет свою жизнь и здоровье в профессиональную компетенцию указанных специалистов. В результате нарушение ими при осуществлении профессиональных обязанностей специальных правил, влекущее причинение тяжкого вреда здоровью пассажира или его смерть, является бесспорным основанием для наступления уголовной ответственности.

---

[1] См.: Право на ошибку. Следователи и медики высказали своё мнение о предложенных изменениях в Уголовный кодекс для врачей // Российская газета – Федеральный выпуск. № 158 (7621). 22.07.2018.

Подобным образом выглядят правоотношения «врач-пациент». Однако первый из них не несёт ответственности по специальной норме уголовного закона ввиду её отсутствия при нарушении правил профессионального поведения и совершении общественно-опасного деяния в ходе оказания медицинской помощи пациенту, повлекшего аналогичные последствия. Данное обстоятельство обусловлено отсутствием соответствующего правового регулирования, хотя медицинский работник, по справедливому утверждению ряда исследователей, фактически является одним из специальных субъектов преступлений[1].

В настоящее время в научной литературе нет единства по вопросу введения уголовной ответственности для медицинских работников. Позиция одних авторов свидетельствует о достаточности в действующем уголовном законе правовых норм, позволяющих эффективно обеспечивать соответствующую охрану прав пациентов[2]. Другие утверждают о необходимости установления специального уголовно-правового запрета для дефективной медицинской помощи[3]. Третьи предлагают декриминализовать правонарушения медицинских работников с неосторожной формой вины и перевести их в рамки административной ответственности[4].

Рассуждая по данной тематике, некоторые авторы ссылаются на опыт других государств, где введена соответствующая уголовная ответственность (ст. 335 УК КНР, ст. 130 УК Армении, ст. 162 УК Беларуси, ст. 152 УК Кыргызстана, ст. 138 УК Латвии, ст. 213 УК Молдовы, ст. 129 УК Таджикистана, ст. 122 УК Туркменистана, ст. 140 УК Украины). Также имеются упоминания западных государств (Австралия, Великобритания, США и другие), где распространена практика привлечения медицинских работников к гражданско-правовой ответственности. Однако следует обратить внимание, что, например, в правоприменительной и научной среде Великобритании также нет единства мнения по вопросу о том, должна ли ненадлежащая медицинская помощь (медицинская халатность)

---

[1] См.: Назмутдинова Л.М. Особенности уголовной ответственности медицинский работников // Вестник экономики, права и социологии. 2017. № 1. С. 98; Закордонец С.В., Огнерубов Н.А. Врач как специальный субъект правоотношений // Вестник Тамбовского ун-та. Сер. Естественные науки. 2017. Т. 2. Вып. 6. С. 1735-1738.

[2] См., напр.: Сариев О.М. Врачебные ошибки и их влияние на определение оснований и пределов уголовной ответственности медицинских работников // Вестник СевКавГТИ. 2014. № 17. С. 108-112.

[3] См., напр.: Винокурова М.А. Ответственность за преступно ненадлежащее оказание медицинской помощи (часть 2 статьи 109, часть 2 статьи 118 УК РФ) // Правопорядок: история, теория, практика. 2016. № 1 (8). С. 72-75; Дементьева Т.Ю., Ангипова Н.Ф. Проблемы при квалификации ятрогенных преступлений в ходе предварительного следствия // Вектор науки Тольяттинского государственного ун-та. Сер. Юридические науки. 2020. № 3. С. 12-18.

[4] См., напр.: Печерей И.О. Казнить нельзя помиловать: в настоящее время в юридической литературе насчитывается около 70 определений понятия врачебной ошибки // Московская медицина. 2018. № 2 (24). С. 18-23.

быть основанием для уголовной ответственности[1]. В то же время, например, в УК Казахстана введена специальная глава «Медицинские уголовные правонарушения», состоящая из 7 статей (Гл. 12, ст. ст. 317-323). При этом в следственно-судебной практике этого государства применение, в частности, ст. 317 УК Казахстана (Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником) имеет достаточно широкое распространение.

При названных пробелах в отечественной правоприменительной практике общественное правосознание находится в определённом противоречии с действующими уголовно-правовыми нормами, в которых отсутствует наказуемость деяний медицинских работников за виновное причинение гибели человеческого плода в процессе родового акта. Этот вывод основан на том факте, что такая гибель подавляющим числом граждан воспринимается несправедливой в отличие от соответствующего юридического контекста. Следовательно, приведённая причина необходимости специальной криминализации общественных отношений в сфере оказания ненадлежащей медицинской помощи обусловлена, в том числе, моральными нормами.

В результате можно констатировать, что имеется социальный запрос на применение мер уголовной ответственности за приведённую несправедливость. При этом в отсутствие соответствующих мер вызывают неоднозначную общественную оценку факты привлечения к уголовной ответственности за жестокое обращение с животными (ст. 245 УК РФ), которые являются объектом уголовно-правовой охраны, в отличие от ещё не рожденного ребёнка – человеческого плода.

Это свидетельствует о некоем разрыве действующего уголовного закона от позиции трактующих в указанной части реальность граждан. Такой разрыв подтверждает, что общественные отношения в социально-значимой сфере – здравоохранении нуждаются в специальном регулировании, в том числе посредством соответствующих уголовно-правовых норм, структура которых позволяет упорядочить правоприменение в рассматриваемой области и избежать формирования соответствующей социальной амбивалентности. В данном случае непосредственным объектом воздействия таких норм являются как интересы граждан, нуждающихся в медицинской помощи, так и государственные и общественные интересы в сохранении здоровья нации и в её воспроизводстве, которые в совокупности должны выступать побуждающим фактором к осуществлению соответствующей законотворческой деятельности. При этом действующий институт гражданско-правовой ответственности нельзя рассматривать в качестве

[1] См., напр.: Bioethics, medicine, and the criminal law: the criminal law and bioethical conflict: walking the tightrope / [edited by] Amel Alghrani, Rebecca Bennett, Suzanne Ost. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.

альтернативы уголовной ответственности, так как он не достигает реализации целей назначения уголовного судопроизводства.

В данной ситуации сохраняет свою актуальность вопрос специальной уголовной ответственности медицинских работников в качестве наиболее эффективной меры реагирования на преступления в указанной сфере. Такая ответственность, в случае её введения на основе обозначенной инициативы СК России, явилась бы базисом в правовой основе организации расследования указанных преступлений и позволила бы устранить обозначенные пробелы.

Базовым нормативным правовым актом в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ). Он, определяя специфику рассматриваемых правоотношений, закрепляет основные принципы: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с ними государственных гарантий, приоритеты интересов пациента при оказании медицинской помощи и охраны здоровья детей, доступность и качество медицинской помощи, недопустимость её отказа, ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья и другие. Этот закон даёт определение таким понятиям, как «здоровье», «охрана здоровья граждан», «медицинская помощь», «медицинский работник», «пациент», «лечащий врач», «заболевание», «качество медицинской помощи» и пр., которые необходимы для полноценного уяснения существа медицинской помощи и процесса её оказания. При этом он регламентирует вопросы профессиональной подготовки медицинских работников, порядок их сертификации и аттестации, определяет в рассматриваемой сфере права и обязанности, как граждан, в том числе реализуемых в связи со смертью человека, так и медицинских работников, устанавливает виды медицинской помощи (первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная), её формы (экстренная, неотложная, плановая) и условия оказания:

– вне медицинской организации, то есть по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации;

– амбулаторная, то есть в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника;

– в дневном стационаре, то есть в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;

– стационарная, то есть в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Также этот закон регламентирует вопросы момента рождения и смерти, организации медицинской помощи больным в состоянии последней стадии болезни, особенности такой помощи с применением телемедицинских технологий, вопросы патолого-анатомического вскрытия; выделяет необходимость создания информационных систем в сфере здравоохранения и ведения персонифицированного учёта при осуществлении медицинской деятельности; конкретизирует понятие медицинской экспертизы, разделяя в её перечне судебно-медицинскую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи. Отдельная глава закона посвящена контролю в сфере охраны здоровья, предусматривая государственный, ведомственный и внутренний уровни[1].

Кроме того, данный закон (ст. 37) устанавливает, что медицинская помощь организуется и оказывается:

– в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи (например, Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утв. Приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 185н);

– в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (например, Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия», утв. Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 923н);

– на основе клинических рекомендаций (например, Клинические рекомендации «Туберкулёз у взрослых», одобренные Минздравом России в 2025 г.);

– с учётом стандартов медицинской помощи (например, Стандарт медицинской помощи взрослым при фолиеводефицитной анемии (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утв. Приказом Минздрава России от 10.03.2026 № 173н).

Под положением об организации оказания медицинской помощи понимается правовой акт Минздрава России, определяющий правила оказания конкретного вида медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи устанавливает последовательность определённых действий на этапах оказания медицинской помощи по конкретному её профилю и правила организации деятельности медицинской организации (её структурного подразделения, врача), определяет рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения медицинской организации, а также иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

---

[1] См.: Акопов В.И. Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала: учеб. пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2021. С. 65-66.

Клинические рекомендации (протоколы лечения) представляют собой единые субстантивные требования к оказанию медицинской помощи, содержащие сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний и синдромов.

Стандарт медицинской помощи формализовано описывает объём той медицинской помощи, которая должна быть обеспечена пациенту с конкретной нозологической формой, синдромом или в конкретной клинической ситуации.

Именно по этим актам «строится логика принятия врачом решений в различных клинических ситуациях и при разных особенностях течения заболевания»[1]. Их применение призвано обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

Следует отметить, что в условиях эпидемической ситуации, вызванной новой коронавирусной инфекцией, широкое внедрение получила и в настоящее время активно развивается медицинская помощь с применением телемедицинских технологий, организация и оказание которой регламентированы специальным порядком оказания медицинской помощи[2]. К этому локальному правовому акту следует обращаться в случае необходимости юридической оценки факта оказания такой помощи.

Как видно, процесс оказания медицинской помощи унифицирован перечисленными актами. Это свидетельствует, что соответствующая деятельность имеет не только научную, но и нормативно-правовую регламентацию, которая в современных условиях находится в постоянном дополнении и развитии. В связи с чем при обращении к соответствующим актам необходимо удостоверяться в их актуальности на момент исследуемых событий.

В следственно-судебной практике встречаются факты оценки деяний медицинских работников на основе устоявшейся научно-обоснованной практики оказания медицинской помощи, что подтверждает, что она также может выступать в отдельных случаях в качестве сравнительного источника для оценки поведения медицинского работника.

Не менее важная роль в регламентации профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи возложена на Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения[3] и должностные инструкции, которые определяют должностные обязанности и требования к

---

[1] Куркова Н.А., Макарова О.А. Особенности производства отдельных следственных действий по делам об ятрогенных преступлениях // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. 2021. № 2. С. 97.

[2] См.: Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

[3] См.: Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

квалификации медицинского работника определённого профиля. При этом обязанность по оказанию медицинской помощи в соответствии с должностной инструкцией предусмотрена Федеральным законом № 323-ФЗ (ч. 2 ст. 73).

Установление факта нарушения вышеперечисленных нормативных правовых и иных актов является необходимым и обязательным условием для уголовно-правовой оценки деяния медицинского работника в процессе предварительного расследования.

К правовой основе расследования преступлений относятся также законы, которые включают правовые нормы, содержащие предписания о необходимости применения оперативно-розыскных мер, или регламентируют отдельные общие вопросы оперативно-розыскной деятельности (далее – ОРД).

К числу таких относится ряд норм Федерального закона от 12.08.1995 № 144 «Об оперативно-розыскной деятельности». В нём предусмотрен порядок представления следователю результатов ОРД, которые могут быть использованы в доказывании, для подготовки и осуществления следственных действий, служить непосредственным поводом и основанием для возбуждения уголовного дела.

Перечисленные нормативные правовые акты законодательной и исполнительной власти являются основными в регулировании расследования анализируемых преступлений.

Кроме того, в системе здравоохранения существует ряд подзаконных актов, регламентирующих критерии[1] определения степени тяжести вреда здоровью человека, а также порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз[2]. Данные акты играют существенную роль в организации производства таких экспертиз в ходе расследования анализируемых преступлений и являются необходимыми для оценки их результатов.

С учётом изложенного представляется возможным определить основные направления нормативно-правового регулирования правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи, как базиса для дальнейшего совершенствования криминалистической методики расследования соответствующих преступлений:

– выделение медицинской деятельности, как профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, в самостоятельную сферу уголовно-правового регулирования;

– признание медицинского работника специальным субъектом преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, обусловленной необходимостью выполнения профессионального долга;

---

[1] См.: Приказ Минздрава России от 08.04.2025 № 172н «Об утверждении порядка определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» (далее – Приказ Минздрава России от 08.04.2025 № 172н).

[2] См.: Приказ Минздрава России от 25.09.2023 № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы».

– обеспечение единого подхода в оценке нарушения медицинским работником прав и законных интересов граждан и виновного причинения гибели человеческого плода.

§ 3. Современное состояние расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Оценка современного состояния расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, как и других видов преступлений, может быть осуществлена на основе анализа выполнения его отдельных организационно-управленческих функций. Эти функции внешне напрямую не представляют собой практических рекомендаций для расследования соответствующих преступлений и определения особенностей следственных действий. Однако, как отмечает В.Д. Зеленский, организация расследования преступлений, являясь процессом упорядочения деятельности путём целеопределения, планирования, создания условий для её качественного функционирования, руководства практической реализацией намеченного, находит своё проявление во всех разделах криминалистики: в тактике, методике, технике[1].

Данная точка зрения представляется обоснованной, так как организация расследования, являясь «процессом создания структуры деятельности и её качественного совершенствования»[2], имеет прямую взаимосвязь с определением направлений, целей расследования и упорядочиванием следственной деятельности как при производстве отдельных следственных действий, так и при производстве по отдельному уголовному делу в целом.

Устанавливаемые в последние годы факты ненадлежащего воздействия медицинских работников на организм и здоровье пациентов занимают определённое место в общей картине национальной преступности и в её профессиональной составляющей. При этом, учитывая специфику деятельности работников медицины, вопросы их ответственности продолжают оставаться злободневными, как и в предшествующие периоды развития нашего общества.

В то же время очевидно незначительное число привлекаемых к уголовной ответственности медицинских работников за преступления рассматриваемой категории в сравнении с общим числом лиц, совершивших преступления, что объясняется характером соответствующих общественных отношений, определяющим особенности расследования данных преступлений.

Установить эти особенности следует посредством анализа как самой природы рассматриваемых отношений и необходимых следователю профессиональных

---

[1] См.: Зеленский В.Д. Теоретические вопросы организации расследования преступлений. Монография. Краснодар: КубГАУ, 2011.
[2] Там же.

компетенций для её постижения, так и действующего законодательства, оказывающего непосредственное влияние на организацию расследования указанных преступлений. В результате следует определить факторы, влияющие на его эффективность.

Такими факторами являются вопросы квалификации уголовно-наказуемых деяний медицинских работников и соответствующее ненадлежащее правовое регулирование.

Ещё одним обстоятельством, отрицательно влияющим на организацию расследования рассматриваемых преступлений, является тот факт, что в следственных подразделениях большинства территориальных органов нет специалистов, которые предметно занимались бы расследованием данного вида преступлений. И здесь не выработан или незначительно используется на практике единый алгоритм соответствующей деятельности, что порождает ненадлежащее расследование, увеличение его сроков, жалобы потерпевших и дальнейшее изъятие уголовных дел в вышестоящие следственные органы.

Переходя к рассмотрению специфичной природы сферы оказания медицинской помощи, необходимо отметить её очевидное своеобразие и отсутствие у подавляющего большинства граждан специализированных медицинских знаний, что свидетельствуют об определённой закрытости данной области общественных правоотношений и, тем самым, обуславливает сложность данного направления следственной деятельности[1].

На наличие определённых трудностей в расследовании указанных преступлений указывает А.М. Багмет, определяя соответствующую деятельность в качестве «сложной, кропотливой и многоаспектной»[2].

Утверждение о криминалистической сложности расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, соответствует действительности, ведь специфика медицинских знаний, безусловно, трудна для обычного понимания лицом, не прошедшим соответствующее обучение. Подтверждением этого, в частности, является тот факт, что процесс усвоения соответствующих знаний в современной высшей школе, как и прежде, занимает более длительный промежуток времени, чем получение профессиональных знаний в других сферах (например, в области авиации при подготовке пилота).

Такая сложность обуславливает необходимость системного подхода к рациональной организации расследования по соответствующим уголовным делам и формированию основ его методики, базируясь, в первую очередь, на принципе

---

[1] Новейшие следственные ошибки. Учеб. пособие / под ред. Ю.А. Цветкова. М., ЮНИТИ, 2021. С. 9.

[2] Багмет А.М. Медицина – во благо или во вред? // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: матер. межд. науч.-прак. конф. М., Московская акад. СК России, 2018. С. 7.

специализации. Его применение способствует повышению качества расследования, снижению его сроков и созданию предпосылок эффективности за счёт выработки у следователя специальных следственных навыков.

Выделяя правоотношения, связанные с оказанием медицинской помощи, в отдельную категорию, требующую самостоятельного уголовно-правового регулирования, Председатель СК России А.И. Бастрыкин обратил особое внимание на то, что следователю необходимо иметь «не только ясное представление о специфике врачебной деятельности, но и в совершенстве владеть ведомственными нормативными актами Минздрава России, хорошо знать возможности судебно-медицинской экспертизы и чётко формулировать вопросы, которые необходимо поставить перед судебными экспертами»[1]. Этот тезис подтверждён и результатами проведённого исследования, согласно которому наличие профессионального опыта напрямую связано с компетенцией следователя в рассматриваемой сфере.

Так, восприятие трудностей, связанных с уголовно-правовой оценкой деяний, совершённых при оказании медицинской помощи, находится в прямой зависимости от срока службы в следственных органах: чем больше этот срок, тем меньше соответствующее восприятие. Это является свидетельством того, что эффективность решения задач уголовного судопроизводства в процессе расследования рассматриваемых преступлений напрямую зависит от уровня развития профессиональных способностей у следователя.

В результате уровень способностей следователя решать задачи уголовного судопроизводства по уголовным делам об указанных преступлениях напрямую взаимосвязан со сроком его профессиональной адаптации.

В развитие обозначенной позиции главы ведомства в системе СК России с 2018 г. внедрена специализация следователей по предмету следственной деятельности, связанному с оказанием медицинской помощи. Сам факт её введения обусловлен необходимостью:

– освоения следователем элементов общей характеристики преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, а также законодательных норм, регламентирующих производство по уголовным делам данной категории;

– концентрации сведений о таких преступлениях в одном следственном подразделении в целях их анализа, обобщения следственной практики и выработки эффективных криминалистических методов их расследования, а также накопления соответствующего опыта;

– формирования наличия у следователей основных знаний в сфере здравоохранения, в том числе в области регламентирующих его нормативных и

[1] В СК России состоялось совещание по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками // СК России: офиц. сайт. URL: http://sledcom.ru/news/item/1168957.

подзаконных правовых актов, позволяющих ориентироваться во всём их многообразии и профессиональной специфике медицинской деятельности.

Это позволяет пополнить и усовершенствовать средства познания исследуемой действительности и повысить качество её освоения. Кроме того, такая специализация способствует установлению следователями постоянных контактов с работниками региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, Росздравнадзора и организаций медицинского страхования, обладающими контрольно-надзорными полномочиями в отношении субъектов медицинской деятельности.

Таким образом, специализация по расследованию преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, предполагает и имеет целью выработку и формирование у следователей профессионального опыта и необходимых компетенций по их расследованию.

Следует согласится с утверждением В.А. Белкова, что именно следователь должен контролировать направление всей досудебной стадии судопроизводства, следить, чтобы работа проводилась для достижения результата, не велась по принципу «деятельность ради самой деятельности», своевременно выявлять отклонения от этой цели и принимать меры по нейтрализации таких отклонений[1].

То есть, практическим результатом названной специализации является факт обладания следователем высокого уровня профессиональными способностями для получения, анализа и использования криминалистически значимой информации в целях эффективного расследования данной категории преступлений, а также его умение синтезировать знания в медицинской области в целях использования их в качестве указанной информации.

Подтверждением такого факта являются мотивационная, интеллектуальная и волевая готовность следователя. Обозначенные её аспекты могут рассматриваться в целом в качестве общих при определении необходимых следственных качеств по освоению той или иной частной методики расследовании отдельных видов преступлений. Однако их выделение по уголовным делам о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи, обуславливается адекватной оценкой необходимости преодоления объективных сложностей в расследовании именно этих преступлений.

Так, мотивационная готовность в данном случае должна характеризоваться уровнем формирования и развития познавательного интереса следователя к специфическому процессу оказания медицинской помощи, осознанным желанием расследовать его обстоятельства (в том числе при отсутствии факта

---

[1] Белков В.А. Пути улучшения качества профессиональной подготовки начинающих следователей // Вестник Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. 2019. № 2. С. 151.

необходимого оказания такой помощи) и стремлением установления обстоятельств, подлежащих доказыванию.

Соответствующая интеллектуальная готовность является важной предпосылкой успешности расследования, так как она связана с развитием у следователя познавательной активности и мыслительных процессов, то есть способности выявлять, устанавливать, обобщать и анализировать исследуемые обстоятельства ушедшей в прошлое объективной действительности вокруг лица, нуждавшегося в медицинской помощи, классифицировать их по определённым признакам, выявлять причинно-следственные связи, делать выводы, обобщения, умозаключения на основе имеющихся данных.

Волевая же готовность, в свою очередь, характеризуется сформированностью определённых навыков расследования. Следственная деятельность предполагает необходимый уровень развития умственной активности, умение преодолевать трудности и выполнять необходимые следственные и иные процессуальные действия исходя из следственной ситуации. В связи с этим обозначенная готовность следователя к расследованию преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, включает в себя следующие компоненты волевого действия:

– способность постановки цели, связанной, в первую очередь, с освоением специфических медицинских знаний в конкретном профиле медицинской деятельности (например, в кардиологии);

– умение разрабатывать план конкретных следственных действий и принимать процессуальные решения, направленные на установление обстоятельств, подлежащих доказыванию, соприкасаясь с внешне благой и призванной обеспечить общественную безопасность сферой человеческих отношений – медициной;

– наличие личностных качеств для последовательных и настойчивых усилий по преодолению противодействия, связанного с сокрытием дефектов при оказании (неоказании) медицинской помощи.

Сформированность вышеперечисленных компонентов, в том числе посредством рефлексивного мышления, является основой для развития профессиональных навыков следователя и его эвристического потенциала. Они определяют способность эффективно устанавливать специфические обстоятельства, подлежащие доказыванию, преобразовывать получаемую информацию в доказательства, синтезировать и оценивать результаты расследования, а также определять дальнейшее его направление в целях успешности следственной деятельности и её творческого компонента.

Иными словами, следователь должен быть высококвалифицированным специалистом, обладающим, как выделил Ю.П. Боруленков, когнитивной, инструментальной, информационной, индивидуально-личностной, коммуникативной,

экстремальной и конфликтной компетентностью, а также профессиональным мастерством и внутренней потребностью в собственной компетенции[1].

Организация расследования анализируемых преступлений детерминирована их особенностями. Однако, несмотря на определение обозначенных качеств и наблюдающееся их активное внедрение, а также применение в следственной деятельности, изучение и анализ соответствующих уголовных дел и принятых по ним решений подтвердили, что в процессе их расследования всё же имеются сложности.

Так, в следственной практике встречаются факты ненадлежащего описания в постановлениях о привлечении в качестве обвиняемого и обвинительных заключениях необходимых элементов состава преступления при изложении деяния медицинского работника, что в конечном итоге приводит к фактическому увеличению сроков предварительного и судебного следствия, а также к затягиванию процесса принятия окончательного решения по уголовному делу. Данные обстоятельства обусловлены сложностью отражения в процессуальных документах самого процесса оказания (неоказания) медицинской помощи в призме уголовно-правовых отношений и соответствующей их квалификации.

Также следователями выделяются такие факторы, влияющие на качество расследования, как несвоевременное заявление о преступлении и ошибочный анализ исходных данных на стадии процессуальной проверки, что влечёт несвоевременность возбуждения уголовного дела; низкое качество первоначальных следственных действий, а в частности – неполное изъятие (истребование) необходимых документов, в том числе в процессе осмотра места происшествия; недостатки в планировании расследовани; невыдвижение версий и контрверсий об обстоятельствах оказания медицинской помощи и ненадлежащая их проверка; ненадлежащее использование специальных знаний и другие.

Данные обстоятельства уже сами по себе свидетельствуют о необходимости новых шагов в формировании актуальной методики расследования анализируемых преступлений, в том числе с учётом ориентированных на практику научных изысканий.

Например, проведённое С.В. Шепелевым исследование позволило разработать ряд аспектов взаимодействия следователя со сведущими лицами при расследовании анализируемой категории преступлений и тактические приёмы их привлечения к производству отдельных следственных действий[2]. Однако до настоящего времени межведомственная регламентация алгоритма такого

---

[1] Боруленков Ю.П. Профессия «следователь». Статья 1. Личность следователя // Уголовное судопроизводство. 2016. № 4. С. 26-31; Боруленков Ю.П. Профессия «следователь». Статья 2. Компетентность // Уголовное судопроизводство. 2017. № 1. С. 32-36.

[2] См.: Шепелев С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: дис. … канд. юрид. наук. М., 2022.

взаимодействия на уровне уполномоченных государственных органов не закреплена. Это порождает его вариативность и отсутствие чёткой упорядоченности действий следователя, что влечёт необходимость проведения дополнительных комплексных изысканий в рассматриваемой сфере правоотношений.

На этом фоне не секрет, что современное медицинское сообщество вырабатывает соответствующие меры противодействия в качестве ответа на совершенствование криминалистической методики привлечения его представителей к уголовной ответственности[1]. Такая активная позиция является исключительной в профессиональной среде и обусловлена корпоративной закрытостью её медицинской составляющей, а также особой солидарностью её представителей.

Ю.И. Скуратов, говоря о сложности расследования по уголовным делам данной категории, отмечает, что «корпорация здравоохранения защищает своих участников». При этом, по его утверждению, «экспертизу ятрогенных преступлений делают сами врачи, в результате чего бывает сложно что-либо доказать»[2]. Об аналогичной солидарности высказывается Н.А. Огнерубов[3], и его мнение по этому вопросу не является единственным.

В таких условиях соответствующая специализация следователей выступает необходимым условием для качественного и эффективного расследования.

Складывающаяся практика специализированного расследования свидетельствует о создании условий для достижения важнейшей цели в его организации: следователь, столкнувшись с сообщением о соответствующем преступлении, чётко осознает, какие задачи ему предстоит решить и как он может достигать их решения, какие условия при этом ему необходимо соблюдать, в чём особенность производства тех или иных процессуальных и следственных действий и в целом – методики расследования анализируемых преступлений. Фактическое достижение этой цели свидетельствует о наличии у следователя уже на стадии рассмотрения вопроса о возбуждении уголовного дела готовности к расследованию специфичных преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи. Именно она является важнейшей составляющей последующего качественного расследования и всестороннего установления по уголовному делу подлежащих доказыванию обстоятельств.

---

[1] См., напр.: Баринов Е.Х., Калинин Р.Э. Исследование актов внепроцессуального контроля качества и безопасности медицинской помощи, входящих в материалы «врачебных» дел // Достижения российской судебно-медицинской науки XX–XXI столетия: к 100-летию со дня образования современных судебно-экспертных школ. Тр. VIII Всерос. съезда суд. медиков с межд. уч. М.: ООО «Принт». 2019. Т. 2. С. 163-169.

[2] Минздрав предупреждают. В Следственном комитете появляются отделы по борьбе с врачебными ошибками // Ежедневная деловая газета РБК. № 211 (2935). 29.11.2018. URL: https://www.rbc.ru/newspaper/2018/11/30/5bffa0419a79470a75dba1be.

[3] Огнерубов Н.А. Ятрогенная преступность: причины и меры предупреждения // Социально-экономические явления и процессы. 2010. № 4 (020). С. 121–126.

В данном случае нельзя не согласиться с точкой зрения А.Ф. Волынского, который, рассматривая постоянную готовность органов внутренних дел к раскрытию и расследованию преступлений, понимает под её условиями такое их состояние, которое отвечает требованиям быстрого и эффективного применения возможностей криминалистической науки и техники в обозначенных целях. Практическая же реализация данных условий – это, в том числе, повседневная деятельность следователей, связанная с применением технико-криминалистических средств и методов в общем процессе раскрытия и расследования преступлений[1].

Такое утверждение с уверенностью можно отнести к деятельности следственных органов по расследованию преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи. Этот вывод основан на фактическом внедрении соответствующей специализации и, тем самым, обеспечении готовности следователя к соответствующей специфичной деятельности и непосредственной её реализации путём применения криминалистических средств, методов и рекомендаций для расследования рассматриваемых преступлений. При этом их освоение предполагает возможность такого применения с учётом приведённых качеств следователя. То есть, иными словами, указанная специализация следователя должна позволять ему эффективно применять весь комплекс криминалистических знаний на каждом этапе расследования по уголовному делу, что влечёт накопление соответствующего опыта.

Таким образом, оценивая обозначенную готовность с позиции необходимого условия криминалистического обеспечения следственной деятельности, можно констатировать, что она является базовым элементом методологического начала расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, и как следствие – залогом качества дальнейшего производства по уголовному делу и характеристики следователя.

Вместе с тем, стоит отметить, что соответствующая специализация введена не во всех следственных органах и, как правило, отсутствует на уровне районных следственных отделов, куда попадает основная масса сообщений о преступлениях, что требует дальнейшего совершенствования организации расследования по данному направлению следственной деятельности.

Далее, с учётом обозначенного состояния расследования анализируемых преступлений, следует перейти к оценке действующего законодательства, отразив наличие в нём ряда особенностей, оказывающих непосредственное влияние на соответствующую процедуру в условиях правовой неопределённости. Эти особенности в современных условиях определяют мыслительную деятельность следователя и его действия, то есть процесс расследования, и обуславливают его структуру.

---

[1] См.: Волынский А.Ф. Технико-криминалистическое обеспечение раскрытия и расследования преступлений. М.: ВНИИ МВД РФ, 1994. С. 14.

Как отмечено в предыдущем параграфе, в указанном процессе его субъект зачастую сталкивается с выбором нормы уголовного закона, подлежащей применению в конкретном случае. Особо актуально данные вопросы проявляются при организации расследования преступных деяний, совершаемых в процессе родовспоможения. Не умаляя заслуги подавляющего большинства медицинских работников, способствующих своим мастерством и профессиональными качествами появлению на свет новых человеческих жизней, следует констатировать наличие в указанной сфере ненадлежащих деяний персонала лечебных учреждений.

Такие деяния классифицируются, в частности, как механические акушерские и гипоксические травмы, влекущие расстройство здоровья или смерь новорождённого (гибель человеческого плода). В результате следователи зачастую неоднозначно представляют себе предмет доказывания ввиду наличия определённых его особенностей.

В призме рассматриваемых отношений «врач-пациент» неоспоримым является тот факт, что женщина вправе по своему усмотрению решать вопрос о материнстве, которое является неотъемлемым естественным правом, «заложенным в природе её бытия»[1]. То есть сама природа женщины предопределяет ей возможность стать матерью путём рождения ребёнка. Этот постулат, общепризнаваемый всей человеческой цивилизацией, и физическая способность женщины к биологическому рождению новой жизни являются базисом к правовому оформлению её охраны.

В системе действующего правового регулирования общественные отношения в сфере охраны жизни и здоровья человека поставлены уголовным законом на первое место. Вследствие этого приведём пример посягательства на эти отношения при совершении преступления, связанного с оказанием ненадлежащей медицинской помощи.

Для иллюстрации такого посягательства рассмотрим ситуацию, когда врач-акушер-гинеколог в процессе родовспоможения использует к роженице медикаментозное родовозбуждение окситоцином и, ненадлежаще исполняя свои профессиональные обязанности, в результате небрежности организует крайне высокую скорость внутривенного введения данного препарата. Это влечёт у пациентки закономерные нарушения в маточно-плацентарном кровотоке и острую внутриутробную асфиксию её плода. На этом фоне происходит естественное родоразрешение живым доношенным плодом – новорождённым ребёнком, у которого внутриутробная асфиксия до его рождения спровоцировала тяжелые метаболические изменения центральной нервной системы. Такие изменения

[1] Лопухов А. М. Словарь терминов и понятий по обществознанию. 7-е изд. переб. и доп. М., 2013. С. 94-95.

приводят к прогрессирующему отеку головного мозга, в результате которого наступает постнатальная гибель новорождённого.

За совершение таких противоправных действий указанный врач признана виновной по ч. 2 ст. 109 УК РФ[1].

Оценивая в приведённом примере виновные действия медицинского работника, необходимо подчеркнуть, что в процессе родоразрешения жизнеспособный плод был отделён от организма матери, то есть произошёл факт биологического рождения ребёнка. И именно с момента рождения жизнь и здоровье новорождённого стали являться объектом конституционно-правовой защиты российского государства. В результате виновные противоправные действия медицинского работника подлежат квалификации по соответствующей норме уголовного закона, предусматривающей ответственность за неосторожное причинение смерти. Такая квалификация при описанных обстоятельствах является общепризнанной и не вызывает сомнений в следственно-судебной практике и научной среде.

Таким образом, если в уголовно-правовой оценке ненадлежащей медицинской помощи в отношении физического лица (в приведённом примере таковым является новорождённый) существует единая правовая позиция, то целостный подход к вопросу о необходимости правовой охраны человеческого плода в процессе родоразрешения до настоящего времени в отечественной правовой доктрине остается не сформированным.

При этом если в процессе беременности прекращение её течения, вызванное внешними причинами (например, причинением вреда здоровью беременной женщины), подлежит квалификации в качестве тяжкого вреда здоровью (женщины, а не её плода)[2], то с момента начала родового акта до момента отделения от организма матери плод фактически находится вне уголовно-правовой защиты. Это объясняется тем, что начало родов (то есть процесс изгнания плода из организма) следует признавать окончанием беременности (то есть процесса развития плода в организме)[3].

В отечественной юридической и медицинской науках человеческий плод до момента начала родового акта считается частью женского организма. Но научными исследованиями доказано, что спустя несколько дней после зачатия у плода начинают формироваться основные системы организма. Далее, спустя непродолжительный промежуток времени, развиваются основные органы, необходимые для жизнедеятельности. В результате к началу родоразрешения плод, как

---

[1] См.: Уголовное дело № 1-178/2019 (1-19/2020) // Архив Хасанского районного суда Приморского края. 2020.

[2] См.: Приказ Минздрава России от 08.04.2025 № 172н.

[3] Снигирев А.А. Об уголовно-правовой защите человеческого плода в процессе внутриутробного развития и родов // Медицинское право. 2009. № 4. С. 43-45.

правило (при отсутствии патологий), является жизнеспособным, то есть обладает комплексом биологических признаков, свидетельствовавших о его физической целостности и готовности к существованию вне утробы матери. В связи с этим его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому, как справедливо отмечает А.Н. Попов, его нельзя отождествлять с органом или частью органа материнского организма[1].

С точки зрения российского права человеческий плод до момента прекращения анатомической связи с организмом матери правоспособностью не обладает и считается не имеющим самостоятельного правового статуса. В связи с этим на практике особо сложно оценить деяние врача-акушера-гинеколога, в результате которого наступила интранатальная (внутриутробная) гибель плода, в то время как какой-либо физический вред здоровью роженице не причинён.

Анализ правоприменительной деятельности при расследовании таких преступлений свидетельствует о существовавшей до недавнего времени практике возбуждения соответствующих уголовных дел по ст. 238 УК РФ до введения к этой норме примечания. Однако и для такой квалификации существовали определённые трудности, которые можно продемонстрировать следующими примерами.

В первом из них в ходе родовспомогательной деятельности врач-акушер-гинеколог Н. применяет к роженице медикаментозное родовозбуждение окситоцином, увеличивая до критического уровня дозу его введения в организм, что влечёт проявление признаков острой внутриутробной гипоксии плода (учащение сердцебиения до аритмичного). При этом врач не проводит в отношении роженицы необходимые диагностические мероприятия, позволяющие определить у неё наличие клинически узкого таза, то есть несоответствие между головкой плода и тазом женщины, а также фактическое расположение головки плода в первой плоскости её малого таза, что является противопоказанием к вакуум-экстракции плода.

Далее медицинский работник, игнорируя необходимость проведения при изложенных обстоятельствах экстренной операции кесарево сечение, проводит пациенту оперативные влагалищные роды с применением вакуум-экстракции плода. Указанные противопоказания (клинически узкий таз и высокое расположение головки плода) не позволяют жизнеспособному плоду продвинуться по естественным родовым путям роженицы, в результате чего у него наступает интранатальная асфиксия, влекущая его гибель. При этом проводимые врачом медицинские манипуляции по вакуум-экстракции плода также создают реальную угрозу разрыва матки роженицы с развитием внутриутробного кровотечения и наступлением её смерти.

---

[1] Попов А.Н. О начале уголовно-правовой охраны жизни в Российской Федерации // Криминалистъ. 2013. № 2 (13). С. 77-84.

Во втором примере в процессе родоразрешения в ходе проведения операции кесарево сечение врачом-акушером-гинекологом Д. совершаются неверные действия по выводу жизнеспособного человеческого плода из матки роженицы (за головку плода путём одновременного ее сдавливания), в результате чего этому плоду причиняется травмы, влекущие его гибель. При этом вред физиологическому здоровью роженицы не причинён.

Сложность этих казусов заключается в том, что в настоящее время гибель человеческого плода в процессе родового акта без причинения вреда здоровью роженицы не относится к неблагоприятному исходу оказания медицинской помощи, повлекшему тяжкий вред здоровью посредством прерывания беременности[1].

Анализируя и расследуя приведённые обстоятельства, следователь вынужденно сталкивается с основным вопросом: как в таких случаях квалифицировать интранатальную гибель плода, рассматривая её с точки зрения наступления общественно-опасных последствий?

Кроме того, в первом случае следователю также необходимо разрешить вопрос оценки угрозы жизни и здоровью пациента в результате неверных медицинских манипуляций.

Действующее уголовное право не даёт ответ на первый из указанных вопросов, так как уголовно-правовая охрана человеческого плода в ходе родового акта до настоящего времени остается не урегулированной.

Законодательство об охране здоровья граждан устанавливает момент рождения ребёнка. Им является момент отделения плода от организма матери посредством родов[2]. В связи с этим позиция, что именно это событие свидетельствует о начале уголовно-правовой охраны человека[3], в настоящее время является доминирующей. При этом в УК РФ отсутствуют нормы, призванные обеспечить соответствующую охрану человеческого плода в ходе родоразрешения до этого момента и начала самостоятельной жизнедеятельности ребёнка. Таким образом, в обозначенном биологическом процессе человеческий плод фактически находится вне уголовно-правовой защиты.

Такое обстоятельство не позволяет буквально применить к анализируемым последствиям правовую позицию, предусматривающую возможность наступления смерти или причинения тяжкого вреда здоровью в качестве основания для наступления уголовной ответственности медицинского работника, так как такие последствия в рассматриваемых примерах не наступили ввиду отсутствия факта рождения новой жизни.

---

[1] См.: Приказ Минздрава России от 08.04.2025 № 172н.

[2] См.: Федеральный закон № 323-ФЗ (ст. 53).

[3] См.: Князев Д.С. Проблемы квалификации убийства матерью новорождённого ребёнка и пути их преодоления // Российский следователь. 2010. № 16. С. 17-19.

Следовательно, когда физиологическая жизнь новорождённого ребёнка ещё не началась, вопрос о причинении врачом-акушером-гинекологом гибели плода роженицы с точки зрения возможности наступления уголовной ответственности за виновное деяние против личности рассмотрению не подлежит. Этот правовой пробел просто нельзя не заметить, столкнувшись с необходимостью исследования соответствующих обстоятельств. В результате дефективные медицинские манипуляции (либо преступное бездействие) влекут интранатальную гибель плода, в то время как события конкретного преступления против жизни и здоровья они не образуют.

Представляется, что такая ситуация предполагает необходимость её преодоления и поиск дееспособного правового механизма, позволяющего обеспечить защиту прав пациента – роженицы, опираясь на истинные её интересы, физическое и психологическое её состояние.

В то же время необходимо оценивать закрепленное в действующем законодательстве понятие «Здоровье», к критериям которого, в том числе, относится и психическое благополучие человека[1].

В приведённых примерах особо значимым является тот факт, что качество оказанной женщинам медицинской помощи по родовспоможению лишило каждую из них возможности иметь ребёнка и реализовать по отношению к нему своё неотъемлемое право материнства, защищаемое имеющим высшую юридическую силу законом[2]. Такая утрата, несомненно, в подавляющем большинстве влечёт у готовившейся стать матерью женщины глубокие физические и нравственные страдания. Они обусловлены самой природой материнства и способны порождать эмоциональную боль, что в сложившейся следственно-судебной практике само по себе не оспаривается.

Наличие таких последствий позволяет утверждать, что отсутствие у женщины психического благополучия вследствие обозначенного события надлежит оценивать, как расстройство её здоровья. При этом для всесторонней уголовно-правовой оценки рассматриваемых обстоятельств необходимо привлекать носителей специальных знаний (специалистов, экспертов) в целях установления характера психического расстройства здоровья женщины и степени его опасности. В случае наличия психического расстройства, носящего стойкий и выраженный характер, его возможно рассматривать как причинение тяжкого вреда здоровью.

Разрешая второй из приведённых вопросов, следует констатировать ответ на него с позиции юридической оценки реально причинённого физического вреда здоровью роженицы.

---

[1] См.: Федеральный закон № 323-ФЗ (ст. 2).

[2] См.: Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изм., одобр. в ходе общерос. голосования 01.07.2020) (ст. 38).

Следует отметить, что, рассматривая ненадлежащее оказание медицинской помощи, как основание для взыскания с медицинского учреждения денежных средств в качестве эквивалента морального вреда, Верховный Суд РФ оценивает интранатальную гибель жизнеспособного плода роженицы в качестве тяжких последствий[1].

В результате в условиях фактического юридического уравнивания в гражданском судопроизводстве гибели человеческого плода и смерти человека оба эти последствия не имеют идентичной юридической оценки в уголовном законе с точки зрения общественной опасности. Данное обстоятельство объясняется тем, что степень такой оценки зависит от факта завершения (не завершения) процесса отделения плода от организма роженицы посредством родового акта.

Иными словами, можно сказать, что при рождении ребёнка в первом из приведённых примеров и последующей его смерти в результате необратимых изменений, вызванных внутриутробной асфиксией, противоправные действия медицинского работника надлежало оценивать с учётом наступившего общественно-опасного результата в виде смерти человека. С другой стороны, при отсутствии факта биологического рождения ребёнка гибель человеческого плода не подлежит соответствующей квалификации (при отсутствии стойкого и выраженного психического расстройства у женщины), так как она не предусмотрена анализируемыми нормами уголовного закона.

В связи с чем целесообразно законодательно усовершенствовать соответствующие уголовно-правовые нормы в целях обеспечения адекватного ответа на преступные посягательства в сфере медицинской помощи, учитывая их особую общественную опасность. Устранение обозначенных правовых пробелов требует продолжения дополнительных изысканий и соответственной дискуссии вследствие отсутствия как в научной, так практикующей среде единого подхода к оценке момента начала самостоятельной юридической охраны человеческого плода.

В частности, выступает обоснованной сформированная инициатива СК России, отражённая в предыдущем параграфе, о введении специальной уголовной ответственности в рассматриваемой сфере, реализация которой позволяла бы устранить обозначенный пробел путём внесения в уголовный закон специальной нормы, устанавливающей ответственность работников системы здравоохранения за дефективную медицинскую помощь, в том числе повлекшую иные тяжкие последствия (гибель человеческого плода).

Далее следует перейти к анализу другой правовой неопределённости, также влияющей на качество рассматриваемой следственной деятельности.

---

[1] См.: Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 13.05.2019 № 53-КГ19-3.

Происходящий информационно-цифровой научно-технический прогресс, применение новейших средств и методов диагностики, специальных знаний и компетенций узких специалистов неминуемо приводят к вовлечению в процесс медицинской помощи всё большего количества представителей системы здравоохранения. Это обстоятельство требует для уполномоченных государственных органов определения чётких границ их ответственности.

Следовательно, одной из трудностей в расследовании анализируемых преступлений является необходимость уголовно-правовой оценки одновременных или последовательно совершённых деяний нескольких медицинских работников, которые по неосторожности привели к одному общественно опасному результату. Когда следователи сталкиваются с подобной ситуацией, они часто не могут дать чёткую и ясную юридическую оценку действиям (бездействию) каждого из участников этого события. При этом они могут иметь длительный характер и быть наполнены различным содержанием объективной стороны преступления. В силу этих обстоятельств возникает закономерная потребность рассмотреть вопрос о механизме оказания ненадлежащей медицинской помощи и предметном содержании вины каждого из этих лиц.

Демонстрацией подобного посягательства является ситуация, когда в процессе наблюдения женщины в медицинском учреждении в послеродовой период у неё зафиксированы резкие боли в эпигастральной области, в связи с чем к специализированному её обследованию привлечён дежурный врач-хирург. Он, произведя внешний осмотр и установив наличие симптомов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, выставил пациентке диагноз «Острый гастрит. Язвенная болезнь». Однако врач-хирург не предпринял необходимых обязательных для него мер к верификации этого диагноза, в частности, путём назначения и проведения эзофагогастродуоденоскопии (далее – ЭФГДС), ограничившись его фиксацией с соответствующими симптомами в медицинской карте пациента для дальнейшей их оценки лечащим врачом. В последующие дни лечащий врач женщины, то есть врач-акушер-гинеколог, располагая сведениями об указанном диагнозе и продолжающихся у неё жалобах на боли в эпигастральной области, проигнорировал их и также не инициировал проведение необходимого инструментального обследования. Также этот врач добросовестно не интерпретировал отклонения в анализах крови, которые указывали на наличие признаков нарастающего воспаления у женщины.

В результате на третий день после родов у пациентки зафиксировано резкое ухудшение физиологического состояния, и констатирована необходимость экстренного хирургического вмешательства. В процессе его производства оперирующий врач-хирург установил наличие у женщины хронической прогрессирующей язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией кишечной

стенки (размером 1,5 х 1,5 см) с развитием разлитого фибринозно-гнойного перитонита и сепсиса. В связи с этим он произвёл дренирование брюшной полости пациентки и ушивание прободного отверстия язвы. При этом врач-хирург, игнорируя размер данного отверстия и факты прорезывания накладываемых им на его края швов, применил неверную хирургическую тактику ушивания, имея возможность изменить её и использовать более безопасный и эффективный способ операции (например, по методу Поликарпова[1]). Из-за такой тактики прорезывание наложенных на прободное отверстие швов привело к их несостоятельности, дальнейшему подтеканию дуоденального содержимого кишечника в брюшную полость пациентки, продолжению течения у неё разлитого фибринозно-гнойного перитонита и нарастания сепсиса. В результате у женщины возник инфекционно-токсический шок, и наступила её смерть.

В приведённой ситуации все три перечисленных врача осознавали последовательный взаимный характер своих действий по оказанию медицинской помощи пациентке. При этом бездействие первых двух по организации ей необходимого инструментального обследования (в частности – ЭФГДС), однозначно позволявшего выявить язвенный дефект и принять незамедлительные меры к его устранению (не допустив возможности появления и нарастания перитонита и сепсиса), а также неверная хирургическая тактика третьего в условиях наличия вариативности его действий, усугубившая происходящие негативные процессы в организме женщины, рассматриваются в качестве дефектов оказания медицинской помощи, в связи с чем они подлежат соответствующей уголовно-правовой оценке.

Все эти дефекты в их последовательности создали реальную возможность наступления неблагоприятных последствий в виде наступления смерти пациентки и явились необходимым условием её наступления. В вышеописанном едином процессе оказания медицинской помощи смерть явилась результатом деяний всех трёх врачей, которые в совокупности обусловили образование и развитие у пациентки разлитого гнойно-фибринозного перитонита, инфекционно-токсического шока и сепсиса, приведшего к летальному исходу. Однако смерть пациентки могла не наступить при надлежащем исполнении ими своих профессиональных обязанностей, что позволяло предотвратить такой необратимый результат[2].

Таким образом, можно констатировать наличие прямой причинно-следственной связи между совокупностью приведённых действий с бездействием и наступившими последствиями.

---

[1] См.: Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. II. С. 311.

[2] См.: Уголовное дело № 1-12/2024 // Архив Уссурийского районного суда Приморского края. 2024.

Рассматривая данный пример, следует отметить, что необходимость оценки деяний каждого из обозначенных медицинских работников сталкивает следователя с фактом отсутствия в законодательстве понятия неосторожного сопричинения и предусмотренной ответственности за него. В связи с этим имеется проблема методико-криминалистического обеспечения следственной деятельности по уголовным делам данной категории, так как следователь вынужден осуществлять самостоятельный поиск эффективного алгоритма расследования анализируемых преступлений.

Действующий уголовный закон не позволяет квалифицировать приведённые деяния в качестве соучастия, так как такая форма преступной деятельности согласно ст. 32 УК РФ относится только к умышленным преступлениям. В рассматриваемом же примере уголовно-правовой оценке подлежат неосторожные действия и бездействие медицинских работников.

В то же время, как отмечает Я.Н. Ермолович, в теории уголовного права существует учение о неосторожном сопричинении, которое представляет собой разновидность множественности участников преступления, где несколько лиц совершают одно преступное деяние, либо наступает единый преступный результат[1]. Следственно-судебная практика подтверждает данный тезис, демонстрируя факты квалификации неосторожных действий и (или) бездействия нескольких лиц в качестве преступлений, влекущих уголовную ответственность.

Высший судебный орган нашего государства также предусматривает возможность наступления соответствующей уголовной ответственности на примере нескольких участников дорожно-транспортного происшествия при условии наличия в их действиях прямой причинно-следственной связи с неосторожно наступившими последствиями[2].

Приведённые примеры доказывают, что неосторожное сопричинение имеет место в различных сферах общественной жизнедеятельности, в том числе возможно оно и при ненадлежащей медицинской помощи[3]. Соответствующие приговоры по общественным отношениям в медицинской сфере не являются

---

[1] См.: Ермолович Я.Н. Неосторожное сопричинение вреда в преступлениях, сопряжённых с нарушением специальных правил // Право в Вооруженных Силах – Военно-правовое обозрение. 2019. № 2 (259). С. 76-86.

[2] См.: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 09.12.2008 № 25 (ред. от 25.06.2024) «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с нарушением правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств, а также с их неправомерным завладением без цели хищения».

[3] Напр.: вступившим в законную силу приговором суда врачи-травматологи-ортопеды МУЗ «Котласская центральная городская больница имени Святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)» А. и Б. признаны виновными по ч. 2 ст. 109 УК РФ в ненадлежащем медицинском лечении С., связанном с наличием у него разрыва крупного артериального сосуда с формированием ложной аневризмы, в результате чего ему причинена смерть (Уголовное дело № 1-3/2016 // Архив Котласского городского суда Архангельской области. 2016).

единичными, что свидетельствует о фактическом формировании следственно-судебной практики привлечения к уголовной ответственности нескольких медицинских работников, совершивших неосторожное преступление.

Таким образом, очевиден законный вывод: следователь должен действовать в отсутствие законодательно закреплённой уголовной ответственности за неосторожное сопричисление при наличии необходимости установления степени вины каждого из участников лечебного процесса со стороны работников здравоохранения. В результате он обязан прибегнуть к юридической оценке подобных обстоятельств в сложившейся судебной практике. Такой эмпирический путь даёт возможность изучить накопленный опыт и применять его в целях повышения эффективности проведения предварительного расследования, а также уголовно-правовой защиты обозначенных конституционных прав граждан.

Используя обозначенную позицию, следователю, столкнувшемуся с необходимостью исследования фактов оказания (неоказания) медицинской помощи пациенту несколькими медицинскими работниками, нужно подвергать юридической оценке конкретные действия (бездействие) каждого из них, которые в первом приведённом примере заключаются как в нарушении специальных правил диагностирования заболевания и отсутствии его последующего медицинского лечения, так и в ненадлежащей тактике оперативного вмешательства исходя из объективной картины, неверно оцениваемой оперирующим врачом в процессе хирургических манипуляций. При этом надлежит учитывать, что каждый индивид несёт персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение именно своих профессиональных обязанностей, в то время как конечный преступный результат должен быть обусловлен совокупным виновным деянием.

Такая оценка даст возможность определить содержание объективных деяний всех медицинских работников, причастных к оказанию медицинской помощи, и произвести их уголовно-правовую оценку[1]. Это позволит исследовать случаи, когда врачебные ошибки и дефекты допускаются несколькими субъектами оказания медицинской помощи, но деяние только одного из них состоит в причинно-следственной связи с наступившим неблагоприятным результатом[2], что не образует совокупности анализируемого поведения.

---

[1] Хазизулин В.Б. Неосторожное сопричинение вреда при оказании медицинской помощи: отдельные вопросы методики расследования // Интеграция науки в условиях глобализации и цифровизации: матер. XIII Межд. науч.-практ. конф. (29 сентября 2021 г.): в 2 ч. Ростов н/Д: Изд-во Южного ун-та ИУБиП, 2021. Ч. 2. С. 156-162.

[2] См.: Быкова Е.Г. К вопросу об уголовно-правовой оценке содеянного медицинскими работниками при неосторожном сопричинении смерти пациенту // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Тр. Всерос. науч.-практ. конф. с межд. уч. 12-13 мая 2022 г. / под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. М.: ООО «Принт», 2022. С. 80-86.

В настоящее время некоторые учёные вносят предложения о необходимости самостоятельного уголовно-правового регулирования неосторожного сопричинения для усиления надёжности охраны соответствующих общественных отношений и правильной дифференциации виновных[1].

Учитывая обозначенную проблематику, с такими предложениями следует согласиться. В связи с чем обоснованной является точка зрения Д.А. Мелешко, который предлагает, в частности, включить в Главу 7 УК РФ определение неосторожного сопричинения вреда, понимая под ним «совместное участие двух или более лиц в совершении деяния, повлекшего по неосторожности наступление единых общественно-опасных последствий, предусмотренных УК РФ», а также закрепить критерии индивидуализации ответственности неосторожных сопричинителей посредством уточнения редакции ч. 1 ст. 34 УК РФ[2].

В результате теоретические положения и практика расследования рассматриваемых преступлений выявляют обозначенные особенности действующего законодательства и проблему необходимости его совершенствования в изложенной части. В то же время, как показывает проведённый анализ соответствующих уголовных дел, современное состояние расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, позволяет находить в таких условиях способы решения задач уголовного судопроизводства в рамках действующего правового поля, что, однако, не свидетельствует об отсутствии необходимости устранения указанных законодательных пробелов.

Таким образом, анализ современного состояния расследования соответствующих преступлений, а также правовой основы его организации, отражённой в предыдущем параграфе, позволяет выделить факторы, влияющие на эффективность соответствующей деятельности, а также произвести их классификацию. К таковым факторам относятся:

1) объективные:

– отсутствие единой регламентации уголовно-правовой ответственности медицинских работников за преступления, совершённые при оказании медицинской помощи, в том числе в условиях неосторожного сопричинения, а также процедуры доступа следователя к медицинской документации и иным материальным следам на стадии проверки сообщения о преступлении, определяющей низкий уровень её информационной насыщенности;

– несвоевременное заявление или сообщение о преступлении, либо невыявление признаков преступления сотрудниками правоохранительных органов, а также ошибочный анализ исходных данных на стадии возбуждения уголовного дела;

---

[1] См., напр.: Козлова Ю.Н. К вопросу о неосторожном сопричинении // Вестник Омского ун-та. Сер. Право. 2007. № 2 (11). С. 102-105.

[2] См.: Мелешко Д.А. Сопричинение вреда без признаков соучастия в доктрине уголовного права: автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2016. С. 11-12.

– отсутствие единого алгоритма взаимодействия следователей с Минздравом России, Росздравнадзором и ФОМС в части предоставления криминалистически значимой информации, что требует принятия межведомственных правовых актов, регламентирующих его механизм;

2) субъективные:

– несвоевременное возбуждение уголовного дела;

– низкая профессиональная компетентность, заключающаяся в отсутствии у следователя профессиональных медицинских знаний, умений и навыков;

– недостатки в планировании расследования, которые приводят к неупорядочности следственной и иной деятельности, ошибочному распределению сил и средств;

– низкое качество первоначальных следственных действий, главным образом осмотра места происшествия;

– невыдвижение всех фактически возможных версий и контрверсий, а также их неправильная, бессистемная и неполная проверка;

– низкий уровень использования в процессе расследования специальных медицинских знаний экспертов и специалистов и др.

Таким образом, правовой и управленческий аспекты расследования рассматриваемых преступлений оказывают существенное и непосредственное влияние на современное его состояние.

ГЛАВА 2
ТАКТИКА ПРОИЗВОДСТВА ОТДЕЛЬНЫХ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШЁННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

§ 1. Тактика производства отдельных следственных действий на первоначальном этапе расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Произведённое исследование позволило выявить определённые тактические особенности производства отдельных следственных действий по уголовным делам о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи.

В криминалистике сформировалась традиционная трёхэтапная структура расследования преступлений, в которой выделяются первоначальный, последующий и заключительный этапы.

Первоначальный этап расследования любого из преступлений определяется как обстоятельствами его совершения, так и поводом для возбуждения уголовного дела.

Специфика обозначенных уголовно-наказуемых деяний свидетельствует об их латентном характере, так как зачастую фактические противоправные действия и бездействие вуалируются в медицинской среде под видом объективных обстоятельств: характером заболевания пациента, возрастом и физиологическим особенностями его организма, несвоевременностью обращения в медицинскую организацию, отсутствием объективной возможности для предотвращения негативных последствий, неизбежностью наступления смерти, обоснованным риском, врачебной ошибкой или крайней необходимостью, исключающими преступность деяния, либо иными обстоятельствами, внешне указывающими на отсутствие виновного деяния медицинского работника.

Анализируя организационную сторону надлежащего обеспечения расследования соответствующих преступлений, необходимо отметить, что особенности их выявления и последующего установления следственным путём обстоятельств, подлежащих доказыванию, в целом проявляются уже на стадии возбуждения уголовного дела.

В настоящее время в случае, когда в ходе проведения проверочных мероприятий по поступившему в следственный орган сообщению о преступлении в рассматриваемой сфере получены достаточные данные, указывающие на признаки преступления, присущие конкретному виду посягательства, возникает необходимость в незамедлительном решении вопроса о возбуждении уголовного дела.

При этом следует отметить положения ч. 2 ст. 140 УПК РФ во взаимосвязи с ч. 1 ст. 146 УПК РФ, согласно которым основанием для принятия решения о возбуждении уголовного дела является наличие достаточных данных, указывающих на признаки преступления, а не его состава. Иными словами, для принятия указанного решения следователю достаточно иметь минимальное наличие процессуально полученных сведений (заявления, объяснения граждан, копий медицинских документов об оказании медицинской помощи и её последствиях и т.п.) о признаках виновного общественно опасного деяния, запрещённого уголовным законом под угрозой наказания (ч. 1 ст. 14 УК РФ).

Рассматривая вопрос о принятии соответствующего решения, необходимо также учитывать, что до недавнего времени в правоприменительной практике возникали споры по поводу законности истребования (изъятия) следователем медицинской документации из лечебных учреждений в отсутствие судебного решения, в то время как сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну[1].

Основанием для таких споров послужила позиция высшей судебной инстанции нашей страны, основанная на положениях п. 7 ч. 2 ст. 29, ч. 3 ст. 183 УПК РФ, ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ, согласно которой требуется судебное решение на выемку медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну. При этом, согласно этой же позиции, отдельные сведения, составляющие такую тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской помощью, нахождении на медицинском учёте), могут быть представлены медицинской организацией без судебного решения по запросу следователя в связи с проведением проверки сообщения о преступлении в порядке, установленном ст.144 УПК РФ, либо расследованием по уголовному делу[2].

В то же время ч. 4 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ установлена возможность предоставления следователю сведений, составляющих врачебную тайну, по его запросу в связи с производством расследования. В связи с чем утверждения о нарушении следователем порядка произведённой выемки медицинских документов, содержащих врачебную тайну, в отсутствие решения суда, и невозможности их использования при производстве комиссионной СМЭ нельзя признать состоятельными[3].

---

[1] См.: Федеральный закон № 323-ФЗ (ст. 13).

[2] См.: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 01.06.2017 № 19 «О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (ст. 165 УК РФ)».

[3] См., напр.: Определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 25.01.2022 (уголовное дело № 77-493/2022).

Таким образом, вопрос о получении следователем (как путём запроса, так и посредством изъятия) по возбужденному уголовному делу медицинской документации в медицинской организации в отсутствие судебного решения в настоящее время нашёл своё разрешение, в то время как соответствующие полномочия следователя при проведении проверки в порядке ст. 144 УПК РФ не урегулированы. Данное обстоятельство также является одним из оснований для рассмотрения вопроса о немедленном возбуждении уголовного дела в целях последующего изъятия медицинской документации в установленном порядке.

Незамедлительность возбуждения уголовного дела по сообщениям о преступлениях рассматриваемой категории обусловлена как приведённым выше характером этих преступлений, так и необходимостью предупреждения противодействию расследованию, которое может быть оказано со стороны заинтересованных лиц.

Оценивая на стадии возбуждения уголовного дела возможность такого противодействия, следователю необходимо учитывать особенность подлежащего расследованию преступления. Она обусловлена как спецификой специальных медицинских знаний, не доступных в полном объёме для полноценного понимания их подавляющим большинством получающих медицинскую помощь граждан (в том числе и лицом, сообщившем о преступлении), так и объективной сложностью восприятия этих знаний следственными работниками, не имеющими надлежащих теоретических и практических навыков для критического осмысления результатов практического применения медицинским персоналом этих знаний. В силу этих обстоятельств заинтересованные медицинские работники, осознавая наличие угрозы возможного уголовного преследования, могут совершить действия, направленные на фактическое противодействие расследованию: уничтожить материальные следы преступления (например, биологический материал пациента, полученный для гистологического и других дополнительных исследований) и информационные носители, свидетельствующие о проведённых медицинских манипуляциях (например, результаты кардиотокографии в виде записи эмбрионального сердечного ритма, движения эмбриона и маточного сокращения); создать ложные вещественные доказательства путём внесения исправлений, изменений, дополнений в медицинской документации и иных учётных документах (например, журнал учёта приёма пациентов и отказов в госпитализации), произвести их полную или частичную подделку; изменить графики дежурств, табеля учёта рабочего времени, приказы о совмещении обязанностей[1] и пр.

---

[1] Напр.: в Вологодской области осужден врач анестезиолог-реаниматолог Ф., причинивший по неосторожности смерть пациенту в период временного совмещения им исполнения обязанностей соответствующего врача в стационаре для лечения COVID-19 на период пандемии (См.: приговор Череповецкого городского суда Вологодской области от 28.12.2022 (уголовное дело № 1-555/2022) // Архив Череповецкого городского суда Вологодской области. 2022).

Осознание следователем потребности нейтрализации возможного противодействия расследованию влечёт, в свою очередь, как незамедлительность принятия решения о возбуждении уголовного дела, так и применения с этой стадии всего арсенала процессуальных полномочий для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по делу. Это обусловлено тем, что с момента возбуждения уголовного дела следователь имеет все процессуальные возможности для обнаружения, фиксации, изъятия и исследования доказательств события преступления, эффективного использования криминалистических средств и методов по взаимодействию как с органами дознания, так и с другими ведомствами государственного управления. При этом возможность использования комплекса таких полномочий на стадии доследственной проверки объективно ограничена уголовно-процессуальным законом, что также надлежит рассматривать в качестве основания, свидетельствующего о необходимости возбуждения уголовного дела по сообщениям о преступлениях рассматриваемой категории.

Итак, учитывая все перечисленные обстоятельства и приняв решение о возбуждении уголовного дела, следователь на первоначальном этапе расследования сталкивается с целым комплексом задач. Их разрешение относится к уголовно-процессуальному доказыванию, которое, как указывает В.С. Балакшин, является «ретроспективным познанием произошедших событий»[1] и установлением объективной действительности.

Первостепенной из этих задач, определяющих весь комплекс дальнейших следственных действий и судьбу уголовного дела, является необходимость установления самого факта оказания ненадлежащей медицинской помощи, то есть события преступления либо его отсутствия.

Проведённое обобщение следственной практики показывает, что рассматриваемый этап расследования характеризуется следующими типичными следственными ситуациями (при подтверждении факта оказания медицинской помощи):

1) сведения о медицинском работнике, оказавшем медицинскую помощь, и о месте её оказания известны;

2) сведения о медицинском работнике, оказавшем медицинскую помощь, не известны, но известно место её оказания;

3) сведения о медицинском работнике, оказавшем медицинскую помощь, и о месте её оказания не известны.

В результате имеющиеся условия следственной ситуации детерминируют направление, выбор и реализацию следователем определённых средств, методов и приёмов расследования.

---

[1] Балакшин В.С. Доказательства в теории и практике уголовно-процессуального доказывания (важнейшие проблемы в свете УПК Российской Федерации): дис. ... д-ра юрид. наук. Екатеринбург, 2005. С. 70.

С учётом изложенного, необходимо отметить ещё одну из особенностей уголовных дел об анализируемых преступлениях, также определяющих специфику методики их расследования. Она обусловлена их отличием от неочевидных преступлений, то есть таких, по которым при наличии факта явного преступного посягательства лицо, его совершившее, не установлено (например, убийство, похищение человека, террористический акт и пр.). Данное обстоятельство предопределяет первоочередную цель следственных действий по уголовным делам о неочевидных преступлениях – установить лицо, совершившее преступление.

Напротив, в ходе расследования по рассматриваемой категории уголовных дел законодательно закреплённая обязанность медицинских организаций вести медицинские документы[1] позволяет следователю в кротчайшие сроки в подавляющем большинстве случаев установить конкретных медицинских работников, которые участвовали либо должны были участвовать в оказании медицинской помощи пациенту на всех её этапах. При этом под такими объектами понимаются специальные формы документации, ведущейся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг[2]. По своей сути они отражают правоотношения (основания их возникновения и прекращения, характер изменений) между пациентом и медицинской организацией[3]. Именно поэтому эта документация даёт возможность определить непосредственных лиц, показания которых необходимы для установления исследуемых обстоятельств, в том числе события преступления, и деяния которых надлежит оценить с уголовно-правовой точки зрения. При этом сам факт оказания ненадлежащей медицинской помощи на данном этапе остается не установленным.

Так, работникам скорой медицинской помощи, доставившим пациента в специализированное медицинское учреждение, надлежит вносить соответствующие сведения в Карту вызова скорой медицинской помощи (учётная форма 110/у)[4] с указанием идентифицирующих сведений о лицах, оказавших медицинскую помощь на данном этапе. Оценивая эти документальные сведения, следователю, в первую очередь, необходимо воспринимать данных работников в процессе первоначального этапа расследования в качестве лиц, которым известны обстоятельства, имеющие значение для расследования и разрешения уголовного

---

[1] См.: Федеральный закон № 323-ФЗ (ст. 79).

[2] См.: ОСТ 91500.01.0005-2001. Отраслевой стандарт. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении (принят и введён в действие Приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12).

[3] Сергеева О.В., Зиненко Ю.В. Особенности проведения проверок сообщений о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи // Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. 2021. Т. 19. № 3. С. 160.

[4] См.: Приложение № 8 к приказу Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 (ред. от 15.09.2020) «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи».

дела, и которые подлежат вызову для дачи показаний. В последующем, при наличии достаточных оснований, их действия (бездействие) также могут быть подвергнуты соответствующей юридической оценке.

Н.Б. Вахмянина, разделяя медицинскую документацию на первичную и сопутствующую, дифференцирует её на три группы: учётные и отчётные документы (журнал регистрации приёма пациентов, температурный лист и т.п.); лечебные предписания и направления на обследования; результаты проведённых медицинских обследований (результаты анализов, магнитно-резонансной томографии и пр.) и исследований (например, посредством эндоскопической диагностики). По её обоснованному выводу сопутствующая документация необходима для установления возможного подлога в первичной[1], в связи с чем вся эта документация подлежит исследованию в процессе расследования.

Возвращаясь к необходимости решения первостепенных задач, обратимся к утверждению А.Ф. Волынского, согласно которому организация деятельности следователя на первоначальном этапе расследования должна быть многовариантна, определяться необходимостью выявления признаков конкретного преступления и предполагать создание условий для своевременного и активного их закрепления процессуальным путём[2]. Соглашаясь с этим утверждением и переводя его в практическую плоскость, можно констатировать, что особенность рассматриваемого этапа расследования обусловлена поиском и обнаружением следователем подтверждающих вышеперечисленные сведения доказательств, а также их процессуальной фиксацией.

Единственным способом достижения этой цели является уголовно-процессуальное доказывание, то есть собирание, проверка и оценка доказательств для надлежащего разрешения уголовного дела. Такая деятельность осуществляется посредством установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу, путём своевременного проведения предусмотренных уголовно-процессуальным законодательством следственных и процессуальных действий.

Результаты этих действий, хотя по внешнему виду могут быть обширны, но требуют своего осмысления и процессуального закрепления. Их организация на первоначальном этапе расследования связана с системой тактически грамотных наступательных следственных действий, в первую очередь нацеленных:

– на установление местонахождения и изъятие как оригиналов медицинской документации и иных носителей информации, свидетельствующих обо всех

---

[1] Вахмянина Н.Б. Поиск документов в ходе расследования ятрогенных преступлений // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: матер. Межд. науч.-практ. конф. (15 февраля 2018 года) / под общ. ред. А.М. Багмета. М.: Московская акад. СК России, 2018. С. 35-37.

[2] Криминалистика. Учебник для вузов / под ред. А.Ф. Волынского. М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 1999. С. 293.

этапах и последовательности оказания медицинской помощи пациенту и его физиологическом состоянии при этом, так и гистологических препаратов и других образцов биологического материала, взятого в процессе оказания медицинской помощи у пациента (либо в процессе патолого-анатомического исследования тела умершего пациента) для гистологического, гистохимического, генетического, молекулярно-биологического и иных исследований;

– на выявление круга лиц, в том числе из числа медицинских работников, располагающих сведениями об обстоятельствах оказания пациенту медицинской помощи, о её объёмах и лицах, её оказавших, а также о реакции пациента и его организма на данную помощь и наступивших последствиях для его жизни и здоровья.

Аналогичную цель должны иметь подобные следственные действия при оценке фактов родовспоможения, в том числе повлекших причинение вреда здоровью или смерти новорождённому либо гибель плода.

Кроме того, на первоначальном этапе расследования особое внимание следователя должно быть обращено к исследованию фактов биографии пациента (в том числе роженицы), свидетельствующих о его образе жизни, физических особенностях организма, характере имевшихся у него заболеваний и патологий, в том числе хронических, об их проявлении и длительности развития, о ранее перенесенных им медицинских вмешательствах и их основаниях, о его наблюдении или прохождении им обследований в других медицинских организациях, о его физиологическом и психологическом состоянии на момент оказания исследуемой медицинской помощи.

Таким образом, первичные следственные ситуации по уголовным делам о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи, имеют типовой характер. Это, в свою очередь, определяет на первоначальном этапе их расследования его основное направление, которое Н.П. Яблоковым определяется, как «установление действительности события преступления»[1].

Для достижения обозначенных целей следователю необходимо произвести рациональный выбор средств и тактических приёмов, позволяющих осуществлять своевременное и эффективное расследование по уголовному делу.

К таковым следует отнести отбор медицинской документации из общего перечня основных учётных документов в системе здравоохранения, относящихся к исследуемой ситуации. Облегчить эту деятельность возможно, в частности, путём использования письма Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации», которым установлен перечень такой документации, наименования её учётных форм и сроки хранения.

---

[1] Криминалистика: учебник / Н.П. Яблоков. М.: Изд-во Юрайт, 2011. С. 222.

Например, Медицинская карта стоматологического пациента имеет учётную форму № 043/у и срок её хранения составляет 25 лет[1].

Использование этого письма при подготовке к проведению процессуальных действий позволит следователю правильно ориентироваться во всём многообразии медицинской документации и произвести точечное её истребование либо изъятие в медицинской организации.

Подобным образом необходимо исследовать вопросы наличия в медицинской организации биопсийного (операционного) материала, изъятого медицинскими работниками в процессе оказания медицинской помощи пациенту. При этом следователю важно осознавать, что в процессе оказания медицинской помощи специфика конкретного заболевания может вызвать необходимость патолого-анатомических исследований данного материала в целях определения диагноза заболевания и мероприятий по лечению пациента. Для этого и производится получение медицинскими работниками соответствующего материала путём его срезания с органов и тканей пациента.

Необходимость такого изъятия предусмотрена рядом клинических рекомендаций Минздрава России. В частности, Клинические рекомендации «Саркоидоз»[2] предусматривают проведение биопсии костей, мышц, гортани, печени, селезенки и других органов пациента для получения материала пораженного органа и установления соответствующего диагноза; Клинические рекомендации «Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты)»[3] предусматривают патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала плаценты для подтверждения её врастания.

Использование следователем клинических рекомендаций, соответствующих исследуемому заболеванию, позволит при подготовке к следственному действию установить наличие у медицинских работников обязанности получения указанного материала в процессе оказания медицинской помощи и обосновать необходимость его изъятия в медицинской организации.

В такой ситуации также необходимо иметь в виду, что порядок проведения специализированного исследования биопсийного (операционного) материала закреплен в специальном приказе Минздрава России, который чётко регламентирует соответствующую процедуру и утверждает формы Направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (учётная форма № 014/у), Протокола прижизненного патолого-

---

[1] См.: Письмо Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации».

[2] Клинические рекомендации «Саркоидоз» (одобрены Минздравом России). 2025 г.

[3] Клинические рекомендации «Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты)» (одобрены Минздравом России). 2023 г.

анатомического исследования биопсийного (операционного) материала (учётная форма № 014-1/у) и Журнала регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований (учётная форма № 014-2/у)[1].

При наличии данных о необходимости получения биопсийного (операционного) материала в рамках проведённого медицинского лечения либо о состоявшемся факте такого получения следователю надлежит принять неотложные меры к изъятию этого материала и названного протокола. При этом изъятию также подлежат указанные направление и журнал в целях установления хронологической последовательности действий медицинских работников, а также для идентификации изъятого биопсийного (операционного) материала.

В случае применения телемедицинских технологий следует изъять аудио- и видеозаписи консультаций и врачебных консилиумов, текстовые сообщения и голосовую информацию, электронные медицинские документы[2].

Таким образом, на данном этапе расследования на первое место выходит производство таких следственных действий, как выемка либо обыск.

Выбор выемки, как преимущественного следственного действия по данной категории уголовных дел, обусловлен как наименьшей её конфликтогенностью в сравнении с обыском, так и объектом её проведения – медицинской организацией, в которой, как правило, осуществляется непрерывный процесс оказания медицинской помощи. В связи с чем представляется, что преимущество следует отдавать именно выемке. Однако необходимо учитывать особенности места нахождения искомых предметов и документов (например, частный медицинский центр закрытого типа) и, исходя из них, определять конкретное следственное действие, направленное на их изъятие. Производить его необходимо незамедлительно после возбуждения уголовного дела и внезапно (без предварительного осознания медицинским персоналом наличия факта следственного разбирательства) в целях недопущения утраты искомых объектов либо искажения их содержания.

Цель производства выемки или обыска заключается как в изъятии обозначенного биопсийного (операционного) материала и оригиналов медицинской документации, так и других предметов, в том числе электронных носителей (например, электронных медицинских карт, результатов компьютерной томографии и ультразвуковых исследований и пр., в том числе связанных с телемедицинскими технологиями), содержащих информацию об оказанной пациенту медицинской помощи. При этом следует учитывать, что подлежащая изъятию документация

---

[1] См.: Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 207н «Об утверждении правил патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований».

[2] См.: Сергеева О.В., Зиненко Ю.В. Указ. соч. С. 160.

может дублироваться между собой и находиться в нескольких подразделениях медицинского учреждения (например, в приёмном покое, отделении патологии беременности, отделении для новорождённых и лечебно-диагностическом подразделении родильного дома), в которых аккумулируются соответствующие сведения о приёме пациента, течении у него заболевания (беременности), его диагностике и проводимом медицинском лечении (родовспоможении). Производство изъятия искомых объектов во всех этих подразделениях позволит в дальнейшем сопоставить полученные сведения и выстроить хронологию всего процесса оказания медицинской помощи пациенту.

При проведении указанных следственных действий отдельное внимание важно сконцентрировать на выявлении и изъятии носителей информации, свидетельствующих о физиологическом состоянии пациента в процессе оказания медицинской помощи. К таковым относятся видеозаписи из медицинских учреждений (например, из травматологических пунктов, приёмных покоев, медицинских кабинетов и коммерческих клиник) и личных семейных архивов (например, при видеофиксации мужем процесса родового акта жены), видеорегистраторы из автомобилей скорой медицинской помощи и пр. Изъятие таких носителей обусловлено объективностью содержащейся на них информации, которая может способствовать установлению признаков внешнего проявления имевшегося у пациента на момент оказания медицинской помощи состояния (например, выраженные боли в области живота в результате тупой его травмы, вследствие которых пациент вынужденно принимает позу эмбриона) и реакций его организма на медицинские манипуляции, а также необходимостью их экспертной оценки.

Следует иметь в виду, что оперативное изъятие медицинской документации, биопсийного (операционного) материала и видеозаписей имеет важное значение для правильного подтверждения или опровержения выставленного пациенту диагноза, то есть установления факта соответствия его действительности, либо непосредственной причины его смерти (в том числе мертворождения, гибели плода), а также выявления дефектов оказания медицинской помощи в ходе производства комиссионной СМЭ, назначение которой осуществляется на последующем этапе расследования по уголовному делу.

Характер рассматриваемых преступлений предопределяет незамедлительность осмотра изъятой медицинской и иной документации, в том числе и информационных носителей, в целях идентификации медицинских работников, участвовавших в медицинской помощи, а также фиксации процессуальным путём хода её оказания для усвоения следователем её вида и объёма. Это является необходимым условием для последующих предметных, подробных и всесторонних допросов лиц, принимавших участие в оказании медицинской помощи пациенту.

При производстве осмотра следует изготавливать копии с осматриваемых документов, снимков и видеоинформации для их использования в процессе

расследования (например, для инициирования проведения ведомственных и иных проверок качества оказания медицинской помощи, предъявления допрашиваемым лицам и т.п.), в то время как их оригиналы подлежат последующему направлению в экспертное учреждение для производства комиссионной СМЭ.

Учитывая специфику терминологии и принятых в медицинской среде сокращений и аббревиатур, к осмотру следует привлекать соответствующих специалистов (например, главных внештатных специалистов региональных органов государственной власти в области здравоохранения), способных оказать фактическую расшифровку осматриваемой медицинской документации, содержание которой зачастую труднодоступно для следователя.

Кроме того, производство осмотра надлежит осуществлять с участием того медицинского работника, который производил конкретные записи в медицинской документации, с одновременным разъяснением им этих записей и их процессуальной фиксацией. Это позволит исключить в будущем возможные версии медицинского работника о ненадлежащей интерпретации его записей в медицинской документации в случае привлечения его к уголовной ответственности. При этом, исходя из следственной ситуации по уголовному делу, производство такого осмотра (в данном случае фактически повторного) не исключается после проведения первичного осмотра медицинской документации с участием специалиста.

В ходе этого следственного действия надлежит установить и описать в протоколе общий вид, название, реквизиты осматриваемого документа, наличие в нём подписей, оттисков печатей, штампов, его содержание, в том числе хронологическую информацию об оказанной пациенту медицинской помощи, её объёмах и лицах, её оказавших, а также о соответствии медицинской документации установленным требованиям. Здесь особо следует обращать внимание на признаки фальсификации документов – исправления, подчистки, отсутствие отдельных листов или частей и т.п.[1]

Кроме того, при производстве осмотра необходимо отметить отдельную роль лица, потерпевшего от оказания ненадлежащей медицинской помощи, либо его родственников и иных близких лиц, осведомленных о хронологии и объёмах этой помощи. Пациент является непосредственным участником процесса оказания медицинской помощи, вследствие чего он, в случае нахождения в сознании при её оказании, является носителем соответствующих сведений. Родственники и иные близкие пациенту лица также могут быть носителями таких сведений в силу посещения его в медицинской организации, контакта с ним или непосредственного участия в процессе оказания медицинской помощи (как в приведённом примере участия мужчины в процессе родоразрешения). В связи с этим целесообразно также

[1] Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021. № 1. С. 153-158.

привлекать данных лиц для участия в осмотре медицинской документации на предмет выявления возможных несоответствий в описании процесса оказания пациенту медицинской помощи либо фиксации отсутствия таковых.

Конкретизируя перечень следственных действий, подлежащих выполнению на рассматриваемом этапе расследования, следует отметить необходимость сбора документальных сведений о наступивших последствиях для жизни и здоровья пациента либо о смерти новорождённого, мертворождении или гибели человеческого плода. При этом следует разделять объём таких действий в зависимости от наступившего результата.

Так, при отсутствии факта летального исхода для пациента в процессе оказания ему медицинской помощи получение указанных сведений ограничивается выполнением вышеперечисленных следственных действий, направленных на изъятие образцов биологического материала и медицинской документации, содержащей, в том числе, данные о физиологическом состоянии пациента и его клиническом диагнозе, которые подлежат юридической оценке с точки зрения возможного наступления общественно-опасных последствий. То же самое относится и к изъятию медицинской документации, связанной со смертью новорождённого либо гибелью человеческого плода.

В том случае, когда при оказании медицинской помощи наступил летальный исход, в том числе смерть новорождённого, мертворождение либо гибель плода, следователю надлежит произвести следственные действия, направленные на изъятие медицинских документов, свидетельствующих о факте наступления таких последствий и их причинах, а также о результатах патолого-анатомического исследования тела умершего (плода).

В данном случае при подготовке к проведению следственных действий необходимо руководствоваться положениями Постановления Правительства РФ от 20.09.2012 № 950, которым утверждены Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедуры установления смерти человека. В соответствии с этими правилами моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется в виде Протокола установления смерти человека[1]. Диагноз смерти мозга человека оформляется специальным протоколом установления диагноза смерти мозга человека[2].

---

[1] См.: Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

[2] См.: Приказ Минздрава России от 25.12.2014 № 908н «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека».

Таким образом, исходя из конкретной следственной ситуации, у следователя возникает необходимость изъятия в медицинской организации соответствующего протокола, свидетельствующего о факте смерти пациента.

Необходимо иметь в виду, что для проведения патолого-анатомического вскрытия вместе с телом умершего (плода) в патолого-анатомическое бюро (отделение) направляется медицинская документация умершего, медицинская карта стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорождённого, история развития ребёнка, медицинская карта амбулаторного больного), содержащая результаты проведённых лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз и посмертный эпикриз.

Следовательно, перечисленные медицинские документы, в случае их невозвращения в медицинскую организацию после завершения патолого-анатомического исследования, подлежат изъятию совместно с направлением на патолого-анатомическое вскрытие тела умершего (мертворождённого, плода) и Журналом регистрации поступления и выдачи тел умерших (учётная форма № 015/у)[1], в котором также фиксируется факт поступления в патолого-анатомическое бюро (отделение) тела мертворождённого или плода. Изъятие последних необходимо как для установления хронологии действий медицинских работников, так и в целях возможной идентификации объектов патолого-анатомического исследования.

При этом изъятию также подлежат протокол патолого-анатомического вскрытия умершего ребенка в возрасте свыше семи дней жизни или умершего взрослого (учётная форма № 013/у) или протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворождённого или умершего ребенка в возрасте до семи дней жизни включительно (учётная форма № 013/у-1)[2], необходимые для последующего выявления в рамках комиссионной СМЭ возможного расхождения заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза, а также дефектов оказания медицинской помощи.

Кроме того, для изъятия перечисленных медицинских документов следователю надлежит использовать положения приказа Минздрава России от 14.04.2025 № 207н «Об утверждении правил патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований» в части

---

[1] См.: Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 261н «Об утверждении Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий».

[2] Там же.

регламентации им процедуры изъятия и хранения биологического материала (отдельных органов, тканей или их частей) у умерших пациентов для последующих исследований. Этот приказ подлежит применению в целях обоснования факта процессуального изъятия в медицинской организации соответствующего материала.

Также необходимо иметь в виду, что в медицинских организациях, проводящих патолого-анатомические вскрытия, имеется сформированный архив материалов, полученных по их результатам (по аналогии с государственными судебно-экспертными учреждениями, где формируются гистологический и влажный архив кусочков внутренних органов и тканей, полученных в ходе исследования трупов). В таких архивах с определённым сроком хранятся биологические материалы, гистологические препараты и указанные выше протоколы.

Так, в архиве соответствующего бюро (отделения) в течение трёх лет хранятся полученные в процессе исследования тела умершего пациента гистологические препараты (образцы тканей или клеток в виде тонких срезов, помещённые на предметное стекло) и биологические материалы в парафиновых блоках, необходимые для гистологического исследования в целях установления наличия и оценки патологических изменений в органах и тканях, обусловленных насильственными воздействиями или заболеваниями, определения прижизненности и давности причинения телесных повреждений, а также решения иных вопросов, связанных с определением микроскопической структуры органов и тканей человека.

Изъятие таких препаратов и биологического материала, как и соответствующих журналов их учёта (по вышеуказанным причинам), является необходимым для дальнейшей судебно-экспертной оценки выставленного пациенту диагноза или причины его смерти (в том числе причины мертворождения, гибели плода), а также выявления дефектов оказания медицинской помощи. При этом следует учитывать необходимые условия хранения изъятых препаратов и материала в целях исключения возможности доведения их до негодного состояния.

К тактическим приёмам на первоначальном этапе расследования рассматриваемых преступлений также относится и сбор сведений о незаинтересованных лицах, осведомленных о процессе оказания пациенту медицинской помощи. Ими являются любые лица, прямо или косвенно столкнувшиеся с пациентом (например, участник дорожно-транспортного происшествия, вызвавший скорую медицинскую помощь для доставки пострадавшего лица в медицинскую организацию; лица, присутствовавшие при оформлении пациента в регистратуре или проходившие медицинское лечение с ним в одной палате). Установление анкетных данных этих лиц возможно путём получения необходимых сведений в медицинских организациях. Практически это осуществляется посредством истребования таких сведений в порядке ч. 4 ст. 21 УПК РФ либо путём изъятия в процессе выемки или обыска соответствующих журналов учёта, медицинских карт

пациентов, обратившихся или находившихся в интересующую дату (в период времени) в медицинской организации, а также списков лиц, сформированных для направления в страховую компанию в целях возмещения затрат медицинской организации в рамках обязательного медицинского страхования. Аналогичные сведения можно также истребовать либо изъять в самой страховой компании, а также получить их путём допроса осведомленных лиц (например, заведующего отделением, в котором расположена палата пациента, и лиц, находящихся в ней; медицинского регистратора, осуществляющего соответствующие учёты).

Ещё одной из особенностей данной стадии расследования является необходимость установления статуса и профессиональной компетенции медицинских работников, имевших отношение к оказанию медицинской помощи пациенту.

Как отмечено выше, незамедлительность изъятия медицинской документации и её осмотр позволяют следователю в кротчайшие сроки установить перечень лиц, имевших непосредственное отношение к оказанию медицинской помощи пациенту. При получении таких сведений возникает необходимость поиска ответа на следующие вопросы:

– имел ли конкретный медицинский работник право оказания медицинской помощи, в том числе в определённой медицинской организации (медицинском кабинете), и обязан ли он был её оказывать;

– каков уровень его профессиональной подготовки и квалификации;

– какова степень полномочий данного работника по отношению к пациенту в процессе оказания медицинской помощи.

Для ответа на них рекомендуется истребовать или изъять в медицинской организации оригиналы либо надлежаще заверенные копии её устава, лицензии на право осуществления медицинской помощи, положения о её конкретном структурном подразделении (например, о хирургическом или реанимационном отделении), приказов о назначении медицинских работников на должности, о совмещении и распределении их обязанностей, трудовых договоров, должностных инструкций, дипломов об образовании, свидетельств о повышении квалификации, сертификатов специалиста, свидетельствующих о допуске медицинского работника к осуществлению медицинской деятельности по конкретной специальности, иных характеризующих сведений, а также графиков дежурств и табелей учёта рабочего времени. При этом необходимо иметь в виду, что зачастую работники системы здравоохранения осуществляют свою трудовую функцию, совмещая различные должности, в том числе путём использования неполного рабочего дня. В связи с этим вышеперечисленные документы, в том числе касающиеся всего суточного распорядка, подлежат истребованию (изъятию) как по основной, так и по совмещаемой должности.

Большинство из данных документов содержатся в личных делах медицинских работников, хранящихся в кадровых подразделениях медицинских организаций. При этом, несмотря на установленную п. 7 ст. 86 ТК РФ[1] обязанность работодателя обеспечивать защиту персональных данных работника, положения ч. 4 ст. 21, ст. ст. 182 и 183 УПК РФ предоставляют следователю возможность иметь доступ к этим личным делам в целях расследования уголовного дела посредством истребования их в рамках запроса, путём проведения выемки или обыска. В связи с чем для оперативности сбора необходимой информации следователю надлежит изъять личные дела конкретных медицинских работников, участвовавших в оказании медицинской помощи пациенту, произвести их незамедлительный осмотр с изготовлением необходимых копий с содержащихся в них документов, после чего вернуть их по принадлежности. При этом важно помнить, что личные дела также содержат иную персональную информацию (копию паспорта, сведения о браке и наличии детей, о постановке на воинский учёт, о регистрации по месту жительства, характеризующие и иные данные), установление которой необходимо в случае дальнейшего привлечения медицинского работника к уголовной ответственности. Наличие в распоряжении следователя соответствующих сведений, полученных на первоначальном этапе расследования, позволит значительно сократить время сбора интересующей информации при предъявлении виновному лицу обвинения.

Также изъятию подлежат журналы учёта организационно-распорядительных документов, содержащие сведения об их наименовании и дате издания, в целях последующего сопоставления этих сведений с соответствующими документами.

Кроме того, оценивая конкретную следственную ситуацию, следователю необходимо учитывать следующее.

Столкнувшись с распространением новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)[2], значительное число медицинских работников вынужденно осуществляли трудовую деятельность сверх установленных трудовым законодательством норм, то есть в условиях ненормированного рабочего времени. Практика расследования по соответствующим уголовным делам свидетельствует о наличии фактов фиксации отработанного таким образом времени в служебных записках на имя руководителей медицинских учреждений, являющихся основанием для поощрения медицинских работников путём начисления стимулирующих выплат. По своей сути эти записки, по аналогии с графиками дежурств

[1] Трудовой кодекс РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 29.12.2025, с изм. от 06.02.2026).

[2] См.: Указ Президента РФ от 02.04.2020 № 239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

и табелями учёта рабочего времени, являются документальным подтверждением фактического выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей в конкретный промежуток времени, в связи с чем они обладают установленными п. 3 ч. 1 ст. 81 УПК РФ признаками вещественного доказательства и подлежат изъятию для последующего приобщения к материалам уголовного дела.

В процессе осуществления процессуальных полномочий в ходе рассматриваемой стадии расследования следователю также надлежит обратить особое внимание на наличие регламентированной возможности оказания медицинской помощи пациенту как лечащим, так и дежурным врачом. Это свидетельствует о том, что законодатель разделил объём компетенции указанных специалистов по отношению к пациенту, что имеет существенное значение для определения степени вины каждого их них.

Согласно требованиями п. 15 ч. 1 ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ лечащий врач – это врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. В соответствии с положениями ч. 1 и 2 ст. 70 указанного закона лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учётом согласия врача; он уполномочен организовывать своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставлять информацию о состоянии его здоровья и созывать консилиум врачей.

Дежурный врач имеет более узкие полномочия в связи с отсутствием у него обязанности вести процесс медицинского лечения пациента в течение всего периода оказания ему медицинской помощи, которые ограничиваются временным интервалом его дежурства.

В силу приведённых норм закона на первоначальном этапе расследования возникает необходимость изъятия в медицинской организации приказов (распоряжений) о закреплении конкретного медицинского работника в качестве лечащего врача пациента. Столкнувшись с их отсутствием (что достаточно распространено), следователю необходимо процессуальным путём закрепить этот факт, например, путём допроса представителей руководящего звена медицинской организации или её подразделений, и принять незамедлительные меры к определению непосредственного лечащего врача пациента.

Согласно сложившейся в системе здравоохранения практике, лечащие врачи могут устанавливаться как руководителями медицинской организации либо её структурных подразделений путём закрепления за медицинским работником конкретных пациентов или палат, так и путём его определения по основному медицинскому профилю, обуславливающему факт нахождения пациента в медицинской организации. Так, сам факт доставления травмированного пациента в медицинское

учреждение и участие врача-травматолога в процессе его диагностирования может определять статус этого врача в качестве лечащего, в то время как в процессе проведения соответствующих медицинских манипуляций или в стационарном периоде может возникнуть необходимость привлечения медицинских работников иного профиля в связи с наличием у пациента каких-либо других заболеваний либо патологий. Такие обстоятельства являются основанием для допроса представителей руководящего звена медицинской организации в целях выяснения статуса и полномочий конкретного медицинского работника по отношению к пациенту: лечащий врач, дежурный врач или привлечённый специалист. Это, наряду с иными полученными по уголовному делу доказательствами, даст следователю возможность определить на первоначальном этапе расследования основное лицо, чьи профессиональные действия подлежат юридической оценке на предмет установления наличия или отсутствия уголовно-наказуемого деяния.

Ещё одной из особенностей данного этапа расследования является необходимость установления первичных сведений о пациенте.

Произвести процессуальную фиксацию таких сведений необходимо как путём допроса самого пациента, которого согласно ч. 1 ст. 42 УПК РФ следует незамедлительно признать потерпевшим, так и путём допроса близких ему лиц или родственников, последних из которых также необходимо признать потерпевшими в случае смерти пациента. В ходе этих допросов важно описать динамику физического состояния пациента в интересующий следователя период (в том числе до момента оказания медицинской помощи), а также установить сведения: о доведении (не доведении) им до медицинского работника информации о состоянии и особенностях его организма (например, наличие аллергии); о его вредных привычках, в том числе в процессе оказания медицинской помощи; о фактах самолечения и соблюдении (не соблюдении) установленного режима медицинского лечения; о доведении до пациента лечащим врачом принципов методики его лечения; об ухудшении состояния здоровья пациента в период его медицинского лечения. Кроме того, рекомендуется выяснить сведения о наличии, по мнению потерпевшего, причинной связи между деянием медицинского работника и наступившими для него последствиями.

При этом следует учитывать эмоциональное и психологическое состояние допрашиваемых лиц, которое может оказывать влияние на объективность данных ими показаний. Отдельное внимание нужно уделить выяснению вопроса наличия у них каких-либо медицинских документов (выписного эпикриза, результатов анализов и других исследований, медицинских карт из иных медицинских организаций, заключения о смерти и т.п.), свидетельствующих о физиологическом состоянии пациента и оказанной ему медицинской помощи. В случае установлении факта наличия таких документов следователю необходимо принять меры к их незамедлительному изъятию и последующему осмотру.

Существенной рекомендацией для таких допросов является учёт следователем мотивов поведения лиц, признаваемых потерпевшими. Проведённым исследованием установлено, что по большинству уголовных дел в основе детерминанты их поведения находится не только возмущение качеством медицинской помощи, но и стремление получить материальную компенсацию за наступившие последствия, которые, по мнению этих лиц, находятся в причинно-следственной связи с медицинской помощью. Это обусловлено как личными мотивами, так и возрастающим распространением консюмеризма в медицинской сфере. При этом материалы уголовного дела рассматриваются в качестве средства для обоснования исковых требований[1].

Изученная следственная практика свидетельствует, что обозначенная позиция потерпевших стала активнее проявляться после вынесения Верховным Судом РФ решения, согласно которому для компенсации морально вреда достаточно наличие дефектов (недостатков) оказания медицинской помощи, в том числе не состоящих в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями для пациента[2]. В данном случае, не оспаривая законное гражданское право на компенсацию как физического, так и морального вреда, следует отметить необходимость оценки следователем показаний лиц, признанных потерпевшими, аналогично показаниям медицинских работников, сопоставляя их в совокупности со всеми полученными по уголовному делу доказательствами и подтверждая каждый довод объективными данными, о чём более подробно будет отражено в следующем параграфе.

Подводя итог в отражении особенностей первоначального этапа расследования анализируемых преступлений, следует отметить, что практическое решение перечисленных задач, получение следователем в распоряжение названных документов, материалов и иных носителей информации, их исследование путём осмотра, анализа и сопоставления между собой позволит обеспечить конкретизацию предмета доказывания, а также определить путь для поиска ответов на

---

[1] Напр.: 14.04.2022 Михайловским районным судом Приморского края из СУ СК России по Приморскому краю по ходатайству представителя истца истребовано ранее прекращенное по п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ уголовное дело в связи с рассмотрением гражданского дела по исковому заявлению о взыскании с медицинского учреждения морального вреда. В ходе проведённого расследования по этому делу установлены дефекты (недостатки) оказания медицинской помощи, а именно: диагноз по профилю «онкология» пациенту Д. установлен несвоевременно, в том числе по причине некачественно выполненного обследования, следовательно, перевод его в специализированное лечебное учреждение был значительно затянут по времени. Эти дефекты не состоят в прямой причинно-следственной связи с наступившим последствием в виде смерти пациента, в связи с чем уголовное дело прекращено. Однако установленные обстоятельства явились основанием для защиты признанного потерпевшим лица своих прав в порядке гражданского судопроизводства. (Уголовное дело № 12002050032000005 // Архив СУ СК России по Приморскому краю. 2021).

[2] Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 22.03.2021 № 18-КГ20-122-К4.

вопросы, обусловившие возникновение исследуемой ситуации. Это является общей целью анализируемого этапа расследования, так как сам факт определения указанного предмета и осознания его специфики позволит правильно обозначить основные направления организации дальнейшего производства по уголовному делу и создать условия для его эффективности. Данное обстоятельство, в свою очередь, выступает необходимым базисом для решения вопросов конструктивного взаимодействия следователя с иными государственными органами, их должностными лицами, экспертами и специалистами на следующем этапе расследования.

§ 2. Тактика производства отдельных следственных действий на последующем и заключительном этапах расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Традиционно в криминалистике вторым этапом расследования преступлений определяется последующий этап. Криминалистические особенности данного этапа расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, определяются окончанием процесса сбора и фиксации необходимых доказательств на первоначальном этапе расследования. Проведённые в ходе этого этапа следственные и процессуальные действия завершаются как установлением данных о пациенте и медицинском работнике (работниках), принимавшем (или должном принимать) непосредственное участие в оказании ему медицинской помощи, так и обнаружением, процессуальной фиксацией и первичным исследованием иной криминалистически значимой информации, возможность обнаружения которой могла быть утрачена. В данном случае, как указывает Р.С. Белкин, «всё, что представлялось необходимым в этих условиях, сделано»[1], что предполагает дальнейшее «развернутое, последовательное, методическое доказывание»[2].

Изучение уголовных дел о рассматриваемых преступлениях позволяет сделать вывод, что характерной их отличительной особенностью является отсутствие достаточных доказательств для привлечения на первоначальном этапе расследования медицинского работника к уголовной ответственности ввиду самой специфики медицинской деятельности, требующей детального, скрупулезного и всестороннего её исследования и оценки, в том числе посредством использования специальных знаний, на предмет установления виновного деяния. Более того, подавляющее количество таких уголовных дел после установления необходимых обстоятельств прекращаются вследствие отсутствия события или состава преступления.

---

[1] Белкин Р.С. Курс советской криминалистики. Т. 3. М.: Изд-во Акад. МВД СССР, 1979. С. 260.
[2] Курс криминалистики. Учеб. пособие для вузов в 3-х т. / Р.С. Белкин. 3-е изд., доп. Т. 3. М.: Закон и право, 2001. С. 397.

Таким образом, завершение первоначального этапа расследования предполагает необходимость анализа следователем полученных доказательств, а также определение тактических приёмов для проведения дальнейшего производства по уголовному делу в целях установления объективной действительности.

Последующий этап расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, характеризируется разрешением проблемных ситуаций в отношении основных структурных элементов предмета доказывания (событие и способ преступления, лицо, его совершившее).

Поступившее к этому этапу в распоряжение следователя сведения отличаются более значительным объёмом (количественный критерий), а их содержание – логической упорядоченностью, большей конкретностью, разнообразием процессуальных источников, целенаправленностью и доказательственной надёжностью (качественные критерии). Все эти свойства доказательственной информации и дают возможность перейти от эвристического (вероятностного, многоверсионного, нередко интуитивного) к дискурсивному (последовательному, построенному на логических выводах, полученных из накопленных по делу доказательств) варианту расследования[1]. И именно в ходе данного этапа следователю надлежит решить основную его задачу по установлению всех обстоятельств, подлежащих доказыванию.

С учётом добытой на первоначальном этапе расследования доказательственной информации рассматриваемый этап характеризуется следующими типичными следственными ситуациями:

1) подтверждён факт обращения пациента за медицинской помощью, участия медицинского работника в её оказании (либо в её игнорировании) и наступления неблагоприятных последствий непосредственно в процессе соответствующей деятельности или спустя непродолжительный промежуток времени после неё; при этом медицинский работник отрицает дефект (недостаток) медицинской помощи;

2) подтверждён факт обращения пациента за медицинской помощью, участия медицинского работника в её оказании (либо в её игнорировании) и наступления неблагоприятных последствий спустя длительный промежуток времени после соответствующей деятельности; при этом медицинский работник отрицает дефект (недостаток) медицинской помощи;

3) подтверждён факт наличия неблагоприятных последствий, а также получены сведения о необходимости оказания пациенту медицинской помощи и её отсутствия.

Эти следственные ситуации и основные задачи последующего этапа расследования, состоящие в сборе следователем доказательственной информации

[1] Криминалистическая методика: учеб. пособие для академического бакалавриата / под ред. Л.Я. Драпкина. М.: Изд-во Юрайт, 2017. С. 22-23.

путём проведения как проверочных, так и исследовательских действий, определяют их тактико-криминалистические особенности.

Осознавая наличие по уголовному делу той или иной следственной ситуации, следователю в ходе рассматриваемого этапа расследования надлежит погрузиться в неизвестную ему медицинскую сферу при отсутствии специальных медицинских знаний. В ходе такого процесса он может столкнуться с объективными трудностями её понимания, что может оказать непосредственное влияние на эффективность следственной деятельности.

Для осознания соответствующих ощущений следует представить посещение медицинского работника пациентом. Несмотря на уровень образования, жизненный опыт, профессиональные и личностные качества, а также иные индивидуальные особенности, последний доверяет возможность влияния на своё здоровье лицу, имеющему, по его убеждению, соответствующую медицинскую квалификацию, добросовестность и профессионализм. Такое доверие предполагает наличие у медицинского работника особой «охранительной» компетенции, позволяющей защищать первейшие неотъемлемые ценности пациента – жизнь и здоровье. Данная компетенция, в свою очередь, базируется в сознании последнего на пришедшей из глубины веков медицинской истине «Не навреди»[1] и предусмотренной законом клятве врача[2].

Как верно заметили исследователи А.Д. Селезнева и С.В. Кузнецов, медицинский работник воспринимается как лицо, в чьи профессиональные обязанности входит оказание надлежащей медицинской помощи в соответствии с законом или со специальным правилом[3]. В результате в правоотношениях «врач-пациент» последний выступает в роли «доверителя»[4], допускающего возможность использовать первому из них свои профессиональные компетенции в целях воздействия на его организм. В то же время данному работнику, приступающему к оказанию медицинской помощи, надлежит направлять организм пациента по пути преодоления его болезненных процессов и состояний. Осознание же особенностей этого специфического пути не доступно для подавляющего большинства пациентов.

Несмотря на такое своеобразие общественных отношений в медицинской сфере, следователю в процессе производства по уголовному делу необходимо

---

[1] См.: Жарова М.Н. Принципы биоэтики и модели взаимоотношений медицинских работников с пациентами // RELGA. 2010. № 6 (204). URL: https: // www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2618&level1=main&level2=articles..

[2] Федеральный закон № 323-ФЗ (ст. 71).

[3] См.: Селезнева А.Д., Кузнецов С.В. Особенности построения составов ятрогенных преступлений по признаку специального субъекта // Вестник Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. 2021. № 2. С. 66-71.

[4] См.: Огнерубов Н.А. Специфика преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере профессиональной деятельности: криминологический анализ. // Вестник Тамбовского ун-та. Сер. Гуманитарные науки. 2014. № 2 (130). С. 225-230.

познать неизведанность конкретных обстоятельств, связанных с оказанием медицинской помощи пациенту, в определённые законом процессуальные сроки. Для этого он, представляя наличие обозначенных трудностей и приступая к последовательному расследованию, должен понимать различные варианты итога своей деятельности и сосредотачивать усилия на достижении её конечной цели – вынесении законного и обоснованного итогового процессуального решения. Тем самым следователю необходимо обеспечить рациональное и предсказуемое расследование в смысле осознания финального результата, так как сам его ход может быть не всегда предсказуем.

Для минимизации фактов подобной непредсказуемости надлежит использовать ту же самую специфическую информацию, исследование которой предстоит произвести в ходе проводимого расследования. Главная цель её использования заключается в поиске и фиксации доказательств, в том числе путём применения уже имеющихся в распоряжении следователя в качестве базиса для получения новых.

При этом необходимо осознать, что следователь – не созерцатель, а действующее лицо, то есть непосредственный творец события следственного действия. Он – субъект поисково-познавательной деятельности и её двигатель, в результате чего процесс расследования является результатом его профессиональных усилий.

Отдельные исследователи полагают, что «для следователя, расследующего дела данной категории, отсутствие специальных медицинских знаний является серьезной проблемой. Некомпетентность в вопросах медицины заставляет его целиком полагаться на результаты судебно-медицинской экспертизы»[1], с чем в полном объёме согласиться нельзя.

Представления следователя о медицинской помощи, оказанной или подлежащей оказанию конкретному пациенту, формируются на основе знаний, которые он получает в процессе проводимого расследования. Усваиваемые им знания содержат в себе сведения о различных аспектах медицинской деятельности и выполняют информационную функцию. Её значение заключается в возникновении представлений об особенностях такой деятельности и, как следствие, возможности ориентироваться в специфичной медицинской сфере.

Отсутствие специальных медицинских знаний обуславливает применение следователем метода практического их освоения в конкретном профиле медицинской деятельности посредством производимого расследования. При этом ему надлежит последовательно рационально познавать обстоятельства, связанные с медицинской помощью пациенту, опираясь на устанавливаемые факты и доказательства.

---

[1] Саранцев К.А. Особенности расследования преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи: автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2009. С. 4.

Для этого важно развивать познавательный интерес, заниматься постоянным анализом устанавливаемых по делу обстоятельств и оценкой имеющихся доказательств, после чего осуществлять прогнозирование следственной деятельности. Однако, несмотря на наличие такого прогноза, расчёт возможных вариантов расследования надлежит производить на всём его протяжении в зависимости от получаемой следователем криминалистически значимой информации. В результате ход расследования подлежит соответствующей корректировке исходя из следственной ситуации.

Производя, таким образом, оценку данной ситуации, следователю надлежит понять саму суть профессиональной медицинской деятельности, которую он исследует, а также наступившие общественно-опасные последствия для дальнейшего установления факта наличия (отсутствия) причинно-следственной связи между ними.

При этом в целях эффективного расследования по анализируемым уголовным делам рекомендуется обдумывать предстоящие и проводимые следственные действия, познавая свою деятельность. Для этого следователю важно оценивать конкретные результаты этих действий на основе ранее полученной и вновь получаемой доказательственной и иной информации. Исходя из её существа, необходимо уметь оценивать наибольшее количество вариантов её использования, в том числе в целях противодействия расследованию, и определять возможности и способы её влияния на дальнейший ход производства по уголовному делу. То есть следователь должен обладать определёнными качествами квалифицированного шахматиста, позволяющими ему строить сценарий предстоящего события, предугадывать развитие следственной ситуации и предупреждать возможность её изменения в неблагоприятную сторону. Такое умение отражает в значительной мере профессиональное мастерство следователя.

Для иллюстрации приведённого способа расследования обратимся к тактико-криминалистическим рекомендациям, предусматривающим применение конкретного следственного действия для получения доказательств по уголовному делу. В частности, рассмотрим такие рекомендации на примере допроса, являющегося одним из традиционных средств установления обстоятельств ушедших в прошлое событий и доказательственной информации.

Выделяя данное следственное действие в качестве одного из наиболее распространенных способов получения доказательств, Л.Я. Драпкин и В.Н. Карагодин определяют его сущность, которая состоит в получении следователем в установленной уголовно-процессуальной форме показаний допрашиваемого лица «об известных ему обстоятельствах и иных данных, имеющих значение для расследуемого уголовного дела»[1].

[1] См.: Драпкин Л.Я. Карагодин В.Н. Криминалистика: учебник. М.: Проспект, 2011. С. 250-252.

В юридической литературе некоторые авторы рассматривают допрос в качестве самого важного следственного действия[1], также указывая на его распространенность. В этом нет ничего удивительного, ведь ещё в начале прошлого века российский учёный-правовед Г.С. Фельдштейн определял полученные посредством допроса свидетельские показания в качестве «самой важной и серьезной по своей ценности группы доказательств»[2].

Вместе с тем, следственная практика по уголовным делам о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи, свидетельствует о несколько иной реальности, сопряжённой с производством допроса.

Прежде чем раскрыть существо этой реальности, следует выделить категории лиц, подлежащих допросу в качестве свидетеля на данном этапе:

– медицинские работники;

– осведомленные об оказании пациенту медицинской помощи лица;

– лица из круга общения пациента.

Как видно из приведённой классификации, по анализируемым уголовным делам следователь сталкивается с необходимостью допроса медицинских работников, являющихся носителями профессиональных медицинских знаний. При этом он таковым не является, что объективно может вызвать у него определённые затруднения в установлении подлежащих доказыванию обстоятельств.

В то же время, как правило, подлежащий допросу медицинский работник в силу своих личностных качеств обладает внимательностью и наблюдательностью, терпением и стрессоустойчивостью, высокими аналитическими способностями и знаниями человеческой психологии, обусловленными профессиональной деятельностью.

Такие качества и отсутствие у следователя профессиональных знаний в медицинской области могут создавать предпосылки к противодействию расследованию, для осуществления которого допрашиваемое лицо способно исказить произошедшие события, завуалировав факт медицинских дефектов (недостатков) обстоятельствами, исключающими преступность деяния, либо иным путём постараться исказить объективную реальность.

В связи с этим перед производством конкретного следственного действия следователю необходимо быть готовым к сокрытию медицинским работником факта ненадлежащей медицинской помощи при исполнении его коллегой профессиональных обязанностей вследствие корпоративных интересов либо иных

---

[1] См., напр.: Тенгизова Ж.А., Джумаева Р.Х. Допрос как следственное действие: порядок проведения и отличительные особенности // Теория и практика общественного развития. 2014. № 18. С. 98.

[2] Цит. по: Славгородская О.А. Актуальные вопросы тактики допроса свидетелей // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2016. № 1 (9). С. 75-83.

причин (в результате близких дружеских отношений, профессиональной солидарности, ложно понятой служебной этике и т.п.). Для этого допрашиваемому лицу достаточно использовать специфические медицинские термины и описание внешне правильной практической медицинской деятельности, что, с учётом его компетентности и убедительности, может создать впечатление о надлежащем проведении медицинских манипуляций[1]. В данном случае допрашиваемый медицинский работник способен преподнести свои показания на уровне заключения специалиста, ведь именно он, по его мнению, способен оценить правильность соответствующего деяния, в отличие от следователя, не имеющего необходимых знаний медицинской науки и практики.

Подобные факты дачи показаний достаточно распространены, что предполагает наличие соответствующей готовности к ним со стороны следователя исходя из принципа «предупрежден – значит вооружен».

Кроме того, при производстве соответствующего следственного действия необходимо учитывать, что подлежащий допросу медицинский работник, субъективно осознавая себя в качестве лица, в отношении которого выдвинуто предположение о его причастности к преступлению[2], может умышленно искажать известные ему факты либо сообщить неинформативные сведения.

В данном случае следует понимать, что этот медицинский работник на момент его допроса уже мог предпринять действия, направленные на сокрытие факта ненадлежащего оказания (неоказания) им медицинской помощи.

В частности, показания врача-онколога о причине смерти пациента могут обосновываться злокачественным характером опухолевого образования и тяжестью протекания у него патологических процессов, о чём им внесены соответствующие сведения в медицинскую карту стационарного больного. Этими же показаниями, которые являются доказательством по уголовному делу (в данном случае – доказательством защиты), могут скрываться или не конкретизироваться сведения о допущенных дефектах. Аналогично гибель плода в процессе родового акта может объясняться его нежизнеспособностью вследствие наличия внутриутробных патологий; смерть престарелого лица в ходе хирургической

---

[1] Напр.: допрошенные медицинские работники КГБУЗ «Владивостокский клинический родильный дом № 3» и сотрудники департамента здравоохранения Приморского края в общем количестве 11 лиц единодушно сообщали о правильности медицинских манипуляций врача-акушера-гинеколога Д. и отсутствии в её действиях каких-либо дефектов, снабдив свои показания выделением исключительных её профессиональных качеств. Однако такие показания были критически оценены следователем и впоследствии судом ввиду их опровержения иными собранными по уголовному делу доказательствами, позволившими вынести медицинскому работнику Д. обвинительный приговор. (Уголовное дело № 1-200/2020 (1-33/2021) // Архив Первомайского районного суда г. Владивостока. 2021).

[2] См.: Сопнева Е.В. Развитие представлений о заподозренном лице // Актуальные проблемы российского права. 2014. № 11 (48). С. 2569.

операции – его возрастом и наличием хронических заболеваний. При этом у следователя на момент допроса могут отсутствовать необходимые достаточные сведения, дающие основание к обоснованному подозрению в причастности медицинского работника к противоправным действиям (бездействию) в отношении пациента.

Данное обстоятельство также обуславливает необходимость исследования механизма ненадлежащей медицинской помощи для обоснования наличия (отсутствия) прямой причинно-следственной связи между деянием медицинского работника и установленными обстоятельствами оказания (неоказания) медицинской помощи. И здесь, ввиду отсутствия достаточной информационной составляющей о влиянии такого деяния на жизнь и здоровье пациента, предварительное расследование должно быть нацелено на поиск доказательств, демонстрирующих характер соответствующей связи и его обоснованную аргументацию.

В связи с этим, как в процессе допроса медицинского работника, так и на всём протяжении производства расследования, следователю необходимо производить анализ вновь поступающей к нему доказательственной информации в целях определения её достоверности и истинности для объективного познания ушедшей в прошлое реальности. При этом он должен оценивать различные точки зрения, оформленные в виде показаний отдельных допрошенных лиц, в целях установления надёжности добытых доказательств. С этой целью важно учитывать:

– тип допрашиваемого лица (очевидец, участник или иное осведомленное лицо) и источник получения им интересующей следствие информации;

– степень его зависимости от исследуемого обстоятельства (непосредственно оказывавшее медицинскую помощь, присутствующее при этом или обладающее контрольными полномочиями лицо) и от участвовавших в нём медицинских работников (например, по взаимоподчиненному принципу);

– фактор заинтересованности допрашиваемого лица в исследуемом событии и его участниках (близкое к медицинскому работнику лицо, представитель медицинского сообщества или его контрольных органов, привлечённое к ведомственной проверке лицо и т.п.).

Также следователю надлежит моделировать проводимое им следственное действие, прогнозировать возможные ответы медицинского работника на поставленные ему вопросы и, исходя из их содержания, быть готовым к постановке новых вопросов для отображения всей полноты картины устанавливаемых обстоятельств.

И здесь необходимо понимать, что допрашиваемые лица описывают события субъективно – под влиянием личностной и ситуативной апперцепции, явлений константности, личностных особенностей реконструкции материала в процессе его сохранения и воспроизведения[1]. Соответствующие закономерности выделял

[1] Антонян Ю.М., Еникеев М.И., Эминов В.Е. Психология преступника и расследования преступлений. М.: Юристъ, 1996. С. 111.

ещё выдающийся учёный-юрист А.Ф. Кони, утверждая о возможности искажения истины даже добросовестным свидетелем[1].

Помимо этого, медицинский работник, непосредственно участвовавший в оказании медицинской помощи, в силу специфики своей профессиональной деятельности, ежедневного соприкосновения и общения с многочисленными пациентами, а также истечения определённого промежутка времени с момента исследуемых событий, может иметь смутные воспоминания и, как следствие, добросовестно заблуждаться при отражении сведений об обстоятельствах, участником которых он являлся. Вследствие обозначенных причин он способен дополнять свои показания результатами активности личного воображения, которые сами по себе могут создать визуальные помехи для правильного восприятия описываемых им событий.

Данное обстоятельство предопределяет важность осознания следователем возможности допущения ошибок в оценке исследуемых им фактов вследствие как сознательного, так и не умышленного искажения их иными лицами. Такое осознание предполагает необходимость предотвращения процесса формирования у него «идола пещеры», под которым английский философ Ф. Бэкон понимал «заблуждения отдельного человека», возникающие, в том числе, в результате бесед с другими людьми и внутренних впечатлений[2]. Соответствующая деятельность следователя позволит избежать эвристического подхода при производстве по уголовному делу.

Таким образом, допрос медицинского работника ставит перед следователем следующие задачи:

– выяснение всех известных сведений, имеющих значение для уголовного дела;

– установление степени достоверности полученных показаний.

Осмысление изложенных выше обстоятельств и необходимость фокусирования на них своего внимания влечёт потребность в приобретении следователем упреждающего знания, то есть такого знания, которое выступает для него ориентиром в сфере медицинских правоотношений и позволяет в процессе его непосредственного использования предупредить возможное искажение объективной действительности и оказываемое процессу расследования противодействие.

Целями этого знания являются:

– повышение уровня осведомленности следователя о сущности медицинской деятельности в конкретном её профиле;

---

[1] См.: Кони А.В. Память и внимание (из воспоминаний судебного деятеля). Пг.: Полярная звезда, 1922. URL: http://az.lib.ru/k/koni_a_f/text_1922_pamyat_i_vnimanie.shtml.

[2] См.: Бэкон Ф. Сочинения в двух томах. 2-е, испр. и доп. изд. Т. 2. / Сост., общ. ред. и вступит. ст. Субботина А.Л. М.: Мысль, 1978. С. 19.

– обеспечение его информацией о реальном состоянии такой деятельности в определённой медицинской организации (медицинском кабинете);

– создание эффективного информационного базиса для оценки следователем воссоздаваемой им картины ушедшего в прошлое события на предмет соответствия её реальности.

С учётом изложенного, в контексте настоящего исследования *под упреждающим знанием следует понимать совокупность полученных следователем специальных сведений о конкретном профиле медицинской помощи и реальном состоянии организации процесса её оказания в определённом субъекте медицинской деятельности, посредством которых по уголовному делу устанавливаются, собираются, исследуются и анализируются доказательства, а также предупреждаются действия по воспрепятствованию расследованию и искажению объективной действительности.*

То есть, для формирования такого знания следователь должен обладать необходимой исходной информацией, которая выполняет познавательную функцию и позволяет осуществлять эффективное досудебное производство по уголовному делу.

Анализ соответствующей следственно-судебной практики свидетельствует, что в качестве упреждающего знания может выступать предварительно полученная и усвоенная следователем информация об организационно-правовой форме юридического лица (либо об индивидуальном предпринимателе), в котором пациенту оказывалась или должна была оказываться медицинская помощь, о его полномочиях, в том числе лицензионных, уставных целях и задачах, о структуре, правовом, кадровом и материальном оснащении, об организации механизма оказания медицинской помощи по конкретному профилю, о распределении обязанностей и способах закрепления лечащего врача за пациентом, а также об иных аналогичных аспектах, свидетельствующих о реальном положении дел в конкретной медицинской организации или в отдельном медицинском кабинете.

Кроме того, приобретение упреждающего знания также предполагает необходимость качественной подготовки следователя к допросу конкретного медицинского работника, в том числе с исследованием его полномочий и медицинской документации по предмету допроса, связанной с фиксацией заболевания пациента и процессом оказания ему медицинской помощи, с изучением регламентирующих определённый медицинский профиль ведомственных, правовых и нормативных документов, порядков и стандартов оказания медицинской помощи, конкретных клинических рекомендаций, медицинских терминов и аббревиатур, иных необходимых документов, вплоть до графиков дежурств медицинского персонала и табелей учета рабочего времени. В процессе такой подготовки следователь должен быть самоориентирован на структурирование находящейся

в его распоряжении исходной информации для свободного её использования в процессе допроса медицинского работника.

Произведя, таким образом, погружение в основы конкретного медицинского профиля (например, в хирургическую стоматологию) и вопросы организации соответствующей медицинской помощи в отдельно взятом её субъекте, следователь должен осознать уверенность в своих способностях получить от подлежащего допросу медицинского работника необходимые показания о его специфической профессиональной деятельности, базируясь на указанной информации, логике и здравом смысле. При этом ему также надлежит заблаговременно рассмотреть вопрос о возможности использования в процессе предстоящего допроса имеющихся в его распоряжении доказательств, а также вышеперечисленных документов.

Так, говоря с допрашиваемым медицинским работником на его профессиональном языке либо уверенно используя соответствующую лексику, следователь в ходе допроса может предъявить ему медицинскую документацию с зафиксированным в ней описанием оказанной данным специалистом медицинской помощи пациенту с одновременной демонстрацией соответствующего стандарта оказания медицинской помощи для наглядной иллюстрации различия в их объёме. В то же время необходимо задать медицинскому работнику вопрос о причинах такого расхождения, а также как можно более тщательно зафиксировать его показания на этот счёт в целях их дальнейшей юридической оценки и сопоставления с иными доказательствами по уголовному делу. При этом целесообразно проводить аутентичную фиксацию показаний с одновременным переводом на общедоступный язык специфических медицинских терминов, значений и аббревиатур.

Другим примером использования имеющихся в распоряжении следователя доказательств является предъявление в ходе допроса медицинскому работнику протокола патолого-анатомического вскрытия, в котором зафиксирована непосредственная причина смерти пациента с одновременным наличием признаков развития воспалительного процесса (следующих, например, из объективных результатов бактериологических лабораторных исследований), в то время как в медицинской карте стационарного больного сведений о надлежащем медицинском лечении имевшегося заболевания не содержится[1].

В данной ситуации перед допросом конкретного медицинского работника, непосредственно оказывавшего или должного оказывать медицинскую помощь (заподозренного лица), следователю надлежит произвести допросы соответствующих специалистов, участвовавших в получении у пациента необходимых анализов и подготавливавших результаты их исследования. Такие допросы должны

[1] См., напр.: Уголовное дело № 1-96/2021 // Архив Уссурийского районного суда Приморского края. 2021.

быть направлены на подтверждение самого факта забора подлежащего исследованию объекта (крови, мочи и т.п.) и интерпретацию результатов его лабораторных исследований в соответствии с действующими в медицинской сфере общепризнанными значениями[1]. В этих же целях необходимо допросить соответствующих специалистов из иных медицинских организаций, показания которых раскроют следователю объективную картину результатов лабораторных исследований анализов пациента. Это позволит установить сведения о реальном состоянии последнего в процессе оказания ему медицинской помощи конкретным медицинским работником[2].

Таким образом, можно констатировать, что процесс приобретения следователем упреждающего знания следует относить к организационно-подготовительному действию, которое, по утверждению В.Д. Зеленского, направленно на формирование структуры расследования, а также на создание условий для оптимального проведения следственных действий с учётом криминалистических рекомендаций[3]. То есть такое знание детерминирует следственную деятельность и определяет её качество посредством формирования адаптивного мышления и его использования в обозначенных целях.

Надо признать, что следователь, обладая упреждающим знанием и получая показания медицинского работника, уже при их одновременной процессуальной фиксации способен использовать конкретное следственное действие (в данном случае – допрос) для достижения наилучшего результата, то есть проявлять тактическое мастерство, применяя ситуационный подход, в целях получения новых доказательств.

---

[1] См., напр.: Кильдиярова Р.Р. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 1-39.

[2] Напр.: в ходе расследования по факту смерти С. по результатам её медицинского лечения в КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница № 2» следователем произведён допрос соответствующего специалиста, который интерпретировал объективные и явные отклонения в клиническом анализе крови пациентки (СОЭ 46 мм/ч при нормальных значениях до 25 мм/ч), а также в общем анализе её мочи (бактерии 57 751,0 кл/мкл при нормальных значениях от 0 до 385,8 кл/мкл; лейкоциты 249,6 кл/мкл при нормальных значениях от 0 до 39,0 кл/мкл), что, с учётом общей клинической картины, указывало на развитие восходящего пиелонефрита вследствие пролежней и начало формирования флегмоны, а также на мочекаменную болезнь, осложненную пиелонефритом. Такие показания позволили следователю установить факт отсутствия необходимой интерпретации лечащим врачом указанных отклонений ещё до завершения производства комиссионной СМЭ по уголовному делу, а также поставить соответствующие вопросы врачу-травматологу-ортопеду А. в ходе его допроса. В результате это лицо вынужденно было формировать позицию своей защиты путём сообщения следователю не соответствующих действительности сведений, которые в дальнейшем подверглись критической оценке на основе собранных по уголовному делу доказательств. (Уголовное дело № 1-222/2020 (1-27/2021) // Архив Советского районного суда г. Владивостока. 2021).

[3] См.: Криминалистика: учебник / под ред. В.Д. Зеленского и Г.М. Меретукова. СПб.: Изд-во «Юридический центр», 2015. С. 76.

Такой подход заключается в применении тех или иных вышеперечисленных тактических приёмов исходя из уникальности следственной ситуации на конкретном этапе расследования по уголовному делу. Иными словами, действия субъекта расследования при производстве допроса медицинского работника (вне зависимости от его настоящего или прогнозируемого уголовно-процессуального статуса) должны определяться предварительно полученным им упреждающим знанием и информационной насыщенностью уголовного дела, сформированной к конкретному моменту и формируемой в процессе проводимого расследования. При этом следователь должен чётко для себя представлять, какие средства воздействия на допрашиваемое лицо он может использовать.

Для этого ему на основе указанного знания важно, во-первых, осознать объём, качество и существо доказательственной информации по расследуемому уголовному делу, которой он владеет в определённый момент.

Во-вторых, надлежит оценить практическую значимость того или иного имеющегося в распоряжении следователя доказательства для эффективности его использования в целях получения новых доказательств.

И, наконец, в-третьих, на основе спрогнозированных вариантов развития следственной ситуации ему предстоит сделать выбор и применить конкретный тактический приём, который позволит получить дополнительное доказательство по уголовному делу.

В результате следователю необходимо в процессе допроса медицинского работника не просто выполнять функции «секретаря», буквально фиксирующего показания допрашиваемого лица, а производить на основе имеющегося у него упреждающего знания исследовательскую деятельность и интеллектуальную фильтрацию сообщаемой ему информации с позиции оценки её достоверности и субъективности мнения допрашиваемого лица. Другими словами, следователь должен в настоящем времени осуществлять ситуативный анализ происходящего в процессе следственного действия и корректировать своё поведение. Ему надлежит критически переосмыслять получаемую информацию, отделяя описание реальных фактов и подлинное положение вещей от приукрашиваемого либо иного необъективного их преподнесения. В ходе такой мыслительной деятельности нужно понять, где и как происходил процесс оказания медицинской помощи, кто непосредственно и каким образом в нём участвовал, что способствовало определённым действиям медицинского работника, а что их затрудняло. Кроме того, также важно одновременно решать задачу, связанную с отражением и объяснением допрашиваемым лицом сведений:

– о неблагоприятных последствиях для здоровья и (или) жизни пациента, обусловленных медицинской помощью, и их причинах;

– о наличии у медицинского работника необходимых компетенций, условий, средств и методов для надлежащего оказания такой помощи;

– о принятии (не принятии) необходимых мер для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту в иных медицинских организациях или у других специалистов в области медицины в случае отсутствия в распоряжении медицинского работника названных условий, средств и методов.

Для визуализации соответствующих обстоятельств следует представить себе процесс оказания медицинской помощи в условиях специальной военной операции на территориях Донецкой и Луганской Народных Республик, когда окружающая медицинского работника объективная реальность, связанная с боевыми действиями, может непосредственно влиять на качество медицинской помощи либо вообще не позволять надлежаще её оказывать.

Отдельным блоком в процессе допроса следует отразить осведомленность допрашиваемого медицинского работника об особенностях медицинского лечения заболевания (протекания беременности и родов), предусмотренных конкретным относимым к исследуемому событию положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядком оказания медицинской помощи, стандартом медицинской помощи или клиническими рекомендациями. В дальнейшем это позволит рассматривать степень вины медицинского работника в случае её установления, в том числе с позиции умышленной её формы (например, оценивать косвенный умысел, который подтверждается, в том числе, необходимым объёмом медицинских знаний и практических навыков по конкретной медицинской специальности).

Таким образом, допрос медицинского работника имеет важное значение по рассматриваемым уголовным делам, в связи с чем требует от следователя тщательной подготовки к нему, в том числе посредством упреждающего познания, анализа и сопоставления полученных доказательств, а также выработки последовательности их предъявления наряду с другими тактическими приёмами.

Переходя к допросу свидетелей, осведомленных об оказании пациенту медицинской помощи, следует разделить их на две категории: лица, получавшие медицинскую помощь одновременно с пациентом, и иные лица, осведомленные об оказании такой помощи, не входящие в круг общения пациента.

При допросе первых следователю надлежит установить основания оказания им медицинской помощи, её профиль, длительность лечения и его методику, а также соответствующие сведения, известные им в отношении интересующего следствие лица, столкнувшегося с медицинской помощью. Кроме того, у них необходимо установить наличие жалоб у пациента в процессе его медицинского лечения и наблюдения. Полученные следователем от этих лиц сведения об объёме и качестве оказанной им медицинской помощи надлежит подвергнуть сравнительному анализу с соответствующими данными в отношении пациента (при идентичности конкретного профиля оказания медицинской помощи и конкретного медицинского

работника). В случае наличия подозрений в расхождении этих сведений, следователь может произвести следственные действия, отражённые в первоначальном этапе расследования, направленные на документальное подтверждение таких расхождений и дальнейшее предоставление соответствующих данных в распоряжение комиссионной СМЭ в целях установления объективных действий медицинского работника в отношении различных пациентов. Это позволит установить как его компетенцию, так и фактическое его же отношение к профессиональной деятельности в отношении того или иного пациента.

При допросе иных лиц, осведомленных об оказании пациенту медицинской помощи, но не входящих в круг его общения, следует установить объективные её обстоятельства и источник их осведомленности.

Перечень вопросов для допроса лиц из круга общения пациента идентичен вопросам, подлежащих разрешению родственниками потерпевшего, отражённым в предыдущем параграфе.

Как видно из приведённой выше классификации свидетелей, в процессе проводимого расследования следователь может столкнуться с необходимостью допроса иных осведомлённых лиц, сведений о личностях и фактическом местонахождении которых у него не имеется. В данном случае следователи прибегают к даче органу дознания на основе п. 4 ч. 2 ст. 38 УПК РФ поручения о проведении соответствующих оперативно-розыскных мероприятий (далее – ОРМ).

Следует отметить, что практически по всем изученным соискателем уголовным делам процессуально оформленная ОРД ограничивалась выполнением указанного поручения. При этом всего комплекса ОРМ не проводится. Объясняется это, в том числе, отсутствием соответствующей заинтересованности у субъектов ОРД.

Несмотря на это, а также тот факт, что ряд преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, относятся к преступлениям небольшой тяжести (например, ч.ч. 1, 2 ст. 109; ч.ч. 1, 2 ст. 118; ч. 1 ст. 124 УК РФ и др.), по которым невозможно проведение отдельных ОРМ (например, прослушивания телефонных переговоров[1]), в условиях противодействия расследованию организация оперативного сопровождения по уголовному делу на законных основаниях является целесообразной.

В данном случае на первое место выходит роль руководителя следственного органа, которому надлежит организовать эффективное взаимодействие с оперативными службами с обозначенной целью, используя свои личностные и профессиональные качества: компетентность, коммуникабельность и умение ориентироваться в сложных ситуациях. Такое взаимодействие, направленное на фактическую поддержку деятельности следователя, надлежит организовать

[1] См.: Федеральный закон от 12.08.1995 № 144-ФЗ (ред. от 01.04.2025) «Об оперативно-розыскной деятельности».

посредством как совместно планирования оперативно-тактических комбинаций, заключающихся в производстве взаимосвязанных следственных действий и ОРМ, так и путём выполнения таких мероприятий по поручению следователя. И здесь конечной целью должно являться выявление и фиксация факта противодействия расследованию и его нейтрализация, а также устранение соответствующих причин и условий[1].

При этом, как отмечают С.И. Гирько и С.В. Харченко, «помимо непосредственного использования результатов ОРД…, они могут влиять на принятие решений о производстве следственных действий…, а также на ход их проведения»[2].

Таким образом, организация оперативного сопровождения является важной составляющей качественного расследования по рассматриваемой категории уголовных дел, а установление сведений о факте противодействия расследованию должно активизировать мышление и действия следователя, направленные на поиск и фиксацию доказательств, свидетельствующих о степени вины конкретного медицинского работника.

Анализ правоприменительной деятельности также свидетельствует, что, производя в процессе рассматриваемого этапа расследование по уголовному делу, следователь может столкнуться с необходимостью дополнительного исследования трупа захороненного пациента, например, в случае недостаточности для специального (гистологического, химического и т.п.) исследования или утраты биопсийного либо иного биологического материала, полученного как в процессе медицинского лечения пациента, так и в процессе патолого-анатомического исследования его трупа. Кроме того, такая процедура может потребоваться в целях получения сравнительных образцов для генотипоскопической судебной экспертизы в случае несогласия потерпевшей стороны с выводами о причине смерти пациента, основанными, в том числе, на проведённом исследовании его гистологического материала, происхождение которого от него самого оспаривается потерпевшим. В таких ситуациях необходимо прибегать к установленной ст. 178 УПК РФ процедуре эксгумации при наличии соответствующего согласия родственников покойного либо разрешения суда. Однако в следственной практике встречаются факты, когда родственники занимают активную позицию против проведения эксгумации, в том числе посредством соответствующего решения суда, основываясь как на религиозных мотивах, так и на морально-этических соображениях[3]. В данном случае

---

[1] См.: Харченко С.В. Некоторые особенности взаимодействия следственных органов СК России с органами, осуществляющими оперативно-розыскную деятельность // Вестник Московского университета МВД России. 2020. № 8. С. 189-191.

[2] Гирько С.И., Харченко С.В. Некоторые аспекты использования результатов оперативно-розыскной деятельности // Военное право. 2021. № 4 (68). С. 280.

[3] См., напр.: Уголовное дело № 12002050032000005 // Архив СУ СК России по Приморскому краю. 2021.

следователь может столкнуться с дилеммой: пойти вопреки позиции потерпевшей стороны и произвести эксгумацию по разрешению суда либо искать иные способы получения дополнительного прижизненного биологического материала, взятого у пациента до его смерти. Для ответа на эти вопросы необходимо учитывать конкретную следственную ситуацию по уголовному делу, а также уровень доверия во взаимоотношениях следователя с потерпевшим. Также важно оценивать моральную и этическую составляющую следственной деятельности.

Представляется, что первоначально всё же необходимо пойти по второму пути и принять меры к установлению местонахождения дополнительного биологического материала. При решении данной задачи следователю надлежит использовать весь комплекс имеющихся в его распоряжении следственных действий: начиная от установления медицинских учреждений, где когда-либо наблюдался потерпевший, и истребования (изъятия) в них биопсийного, гистологического или иного биологического материала (при его наличии), до производства осмотра жилища потерпевшего и изъятия в нём расчесок, одежды и иных предметов, содержащих биологические объекты пациента (волосы, ногти, кровь и т.п.), а также производства их соответствующего исследования экспертным путём. Проиллюстрировать это можно примером, когда следователь, проверяя подвергнутую сомнению потерпевшей стороной установленную причину смерти, изъял в жилище захороненной от фульминантного (молниеносного) гепатита Б. расческу с её волосами и подвергнул их судебно-химическому исследованию, по результатам которого факт её отравления какими-либо химическими элементами установлен не был. Это позволило исключить версию о соответствующей причине указанного заболевания[1].

Таким образом, только при отсутствии каких-либо положительных результатов соответствующей процессуальной деятельности следователю надлежит рассмотреть вопрос о целесообразности производства эксгумации вопреки позиции потерпевшей стороны, исходя из целей и задач уголовного судопроизводства.

В завершение анализа данного этапа расследования следует заметить, что типичными следственными и процессуальными действиями, характерными для последующего его этапа, являются назначение и проведение комплекса судебных экспертиз, а также использование иных форм специальных знаний, которые подробно будут раскрыты далее.

В рамках данного параграфа произведено исследование такого специфического следственного навыка, как овладение упреждающим знанием и его применение. В результате сделан закономерный вывод, что наличие у следователя такого знания является важной предпосылкой для формирования объективной

[1] См.: Контрольное производство по уголовному делу № 11902050007000054 // Архив СУ СК России по Приморскому краю. 2022.

доказательственной базы и предотвращения противодействию расследованию по уголовным делам о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи. Это знание способно расширить горизонт восприятия следователем устанавливаемых по уголовному делу обстоятельств, оптимизировать поиск необходимых процессуальных решений в процессе следственной деятельности и мобилизовать его способность к качественному и эффективному расследованию. Кроме того, оно позволяет определить рациональный механизм выработки тактики производства конкретного следственного действия и создаёт следователю соответствующее преимущество перед позицией защиты, которая зачастую сводится к отрицанию вины и как следствие – созданию защитительных версий и связанных с ними доказательств.

Таким образом, упреждающее знание – это профессиональное знание следователя, являющееся следственной необходимостью и залогом качественного проведения предварительного расследования по уголовным делам о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи. Его практическое использование в ходе последующего этапа расследования носит проверочно-исследовательский и доказательственный характер и направлено на всестороннее установление обстоятельств, подлежащих доказыванию, посредством дискурсивного расследования, производить которое необходимо, в том числе, с использованием возможностей ОРД и специальных знаний.

Практическое решение задач по установлению обозначенных обстоятельств, исследование, анализ и сопоставление между собой полученных по уголовному делу доказательств позволят установить факт ненадлежащей медицинской помощи или необоснованного отказа в её оказании, а также ответить на вопросы о наличии в действиях уполномоченного субъекта признаков уголовно-наказуемого деяния. Это является общей целью анализируемого этапа расследования, так как факт всестороннего установления подлежащих доказыванию обстоятельств позволит принять по уголовному делу законное и обоснованное решение: привлечение медицинского работника к уголовной ответственности и завершение производства по делу либо его прекращение ввиду отсутствия события или состава преступления.

Переходя к *заключительному этапу расследования*, следует выделить ещё одну особенность рассматриваемых преступлений. В отличие от традиционного придания уголовно-процессуального статуса обвиняемому в процессе последующего этапа расследования, соответствующее процессуальное действие в ходе расследования рассматриваемых преступлений относится к заключительному этапу расследования. Именно к моменту наступления этого этапа по уголовному делу проведён весь комплекс следственных действий проверочно-исследовательского характера, в том числе посредством использования специальных

знаний, что позволяет прийти к выводу о наличии достаточных данных о виновности конкретного медицинского работника (работников) в совершении уголовно-наказуемого деяния при оказании медицинской помощи, либо об отсутствии таковых, а также о способствовавших этому факторах. Такие данные должны быть достоверны и подтверждены всей совокупностью полученных доказательств. Эта совокупность, в свою очередь, должна отвечать критерию объективности, то есть зависимости результатов проведённого к рассматриваемому этапу расследования от реального положения установленных по уголовному делу обстоятельств.

В результате заключительный этап расследования по данным уголовным делам характеризуется вынесением постановления о привлечении в качестве обвиняемого, предъявлением обвинения медицинскому работнику и совершением процессуальных действий, направленных на завершение расследования (ознакомление с постановлениями о назначении судебных экспертиз и с их заключениями, выполнение иных процессуальных требований). Иногда на данном этапе могут потребоваться проведение дополнительных следственных действий, связанных с проверкой показаний медицинского работника, допрошенного в качестве обвиняемого. Такие действия, как правило, носят исследовательский характер и направлены на проверку и опровержение возможных защитительных версий привлечённого к уголовной ответственности лица.

Однако, как отмечено выше, в подавляющем большинстве случаев заключительный этап расследования по анализируемым уголовным делам характеризуется вынесением постановления об их прекращении ввиду отсутствия события или состава преступления. Оно должно быть обусловлено объективными результатами следственной деятельности, полученными на предшествующих этапах расследования, позволяющими сделать вывод об отсутствии каких-либо пробелов, то есть об информационной насыщенности и определённости исследуемой ситуации. Именно эти обстоятельства являются фундаментом законности и обоснованности соответствующего процессуального решения.

При этом в обоих случаях следователю при наличии оснований надлежит принять меры по предупреждению впредь нарушений охраняющего жизнь и здоровье законодательства, способствовавших совершению медицинским работником деяния вопреки его профессиональных обязанностей, в том числе и при отсутствии прямой причинно-следственной связи между этим деянием и наступившим неблагоприятным исходом.

Следовательно, на первое место выходят такие меры упреждающего характера, как комплексная оценка обстановки, складывающейся в конкретный период в определённой медицинской сфере; проведение планомерных мероприятий, связанных как с общей, так и с индивидуальной профилактикой преступлений работников медицины; использование в соответствующей деятельности

возможностей взаимодействия, как с иными правоохранительными органами, так и органами и организациями здравоохранения; системный анализ эффективности принимаемых профилактических мер[1].

Применение на системной основе всего комплекса таких мер позволит оказать существенное влияние на предупреждение соответствующих преступлений и иных правонарушений при оказании медицинской помощи, что является одной из основных задач как правоохранительных органов, так и органов здравоохранения.

§ 3. Тактические особенности использования специальных знаний при расследовании преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Как изложено выше, отдельные трудности в расследовании преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, обусловлены спецификой медицинской деятельности. Связано это в определённой мере с отсутствием у следователя, как субъекта следственной деятельности, специального медицинского образования, соответствующих знаний и практических навыков.

Такое отсутствие способно вызвать когнитивное искажение[2] и оказать существенное влияние на эффективность деятельности следователя, ведь даже субъективное толкование названия какой-либо специальной отрасли или раздела медицины, например – комбустиология[3], торакальная хирургия[4] и пр., может обусловить ошибку восприятия в мыслительном процессе ввиду отсутствия необходимого набора знаний.

В связи с этим в ходе исследования фактов оказания медицинской помощи следователю необходимо прибегать к помощи сведущих в медицинской науке лиц – судебно-медицинских экспертов, специалистов в различных профилях медицинской помощи, таких как «инфекционные болезни», «кардиология», «колопроктология», «оториноларингология», «онкология», «гастроэнтерология» и пр.[5], а также иных специалистов, являющихся носителями специальных знаний. Таковыми являются как должностные лица, осуществляющие государственный

---

[1] См.: Харченко С.В., Шеметов А.С. Некоторые особенности оперативно-розыскного предупреждения ятрогенных преступлений // Закон и право. 2020. № 12. С. 200-202.

[2] См.: Мозжухина Ю.Н. Когнитивные искажения как свойство поведенческих моделей // Проблемы педагогики. 2017. № 9 (32). С. 22-25.

[3] Отрасль медицины, изучающая ожоговые поражения и связанные с ними патологические состояния, а также методы лечения таких состояний // Общероссийская общественная организация «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»: офиц. сайт. URL: http://combustiolog.ru/chto-takoe-kombustiologiya.

[4] Раздел хирургии, изучающий болезни и травмы грудной клетки и органов грудной полости // Большой медицинский словарь. 2000. URL: https://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/50234.

[5] См., напр.: Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н (ред. от 16.12.2014) «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

надзор и ведомственный контроль в сфере здравоохранения, а также эксперты страховых медицинских организаций, контролирующие качество медицинской помощи, так и специалисты, привлечённые к участию в проводимых следователем следственных действиях. Это могут быть и частные лица, не работающие в медицинских организациях, но являющиеся носителями специальных знаний в той сфере медицинской деятельности, для содействия в которой они привлекаются[1].

Кроме того, в процессе расследования по соответствующим уголовным делам у следователя зачастую возникает потребность во взаимодействии с лицами, сведущими в других научных областях и в иных видах экспертных исследований, и их привлечения к процессу доказывания.

Применение специальных знаний обозначенных лиц обусловлено как необходимостью обнаружения, фиксации и изъятия результатов деятельности медицинских работников и её следов, так и компетентного их осмотра и исследования. В результате следователь сталкивается с необходимостью привлечения носителей соответствующих знаний в уголовное судопроизводство.

Диспозиции ст. ст. 57, 58 УПК РФ предусматривают термин «специальные знания», определяя процессуальное положение эксперта и специалиста в уголовном судопроизводстве. Вместе с тем, в уголовно-процессуальной науке в настоящее время отсутствует законодательно-закреплённая дефиниция этого понятия, то есть его легальное определение. Вследствие этого установление этимологии данного термина свидетельствует о необходимости объяснения лексического значения его компонентов.

В лингвистической науке термин «специальный» обозначает «особый, исключительно для чего-нибудь предназначенный; относящийся к отдельной отрасли чего-нибудь, присущий той или иной специальности»[2]. Под термином «знание» понимается «результат познания, научные сведения; совокупность сведений в какой-нибудь области»[3].

Исходя из приведённых лексических значений, в научной литературе приводятся разные доктринальные определения понятия «специальные знания».

Так, В.Н. Махов под ними понимает «знания, присущие различным видами профессиональной деятельности, за исключением знаний, являющихся профессиональными для следователя и судьи, используемые при расследовании преступлений и рассмотрении уголовных дел в суде в целях содействия установления

---

[1] См.: Расследование преступлений, совершённых медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А.М. Багмета. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. С. 37.

[2] Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений. М.: ООО «А ТЕМП», 2006. С. 755.

[3] Там же. С. 231.

истины по делу в случаях и порядке, определённых уголовно-процессуальным законодательством»[1]. А.А. Эйсман определяет в качестве таковых «знания не общеизвестные, не общедоступные, не имеющие массового распространения, это знания, которыми обладает ограниченный круг специалистов»[2]. И.И. Трапезникова под ними выделяет «систему научно обоснованных и практически апробированных знаний теоретического и прикладного характера (исключая специальные знания в области права, связанные с уголовно-правовой оценкой обстоятельств уголовного дела и с принятием решений процессуального характера) и специальных умений, используемых сведущими лицами в порядке и целях, установленных уголовно-процессуальным законом»[3]. Е.В. Иванова в качестве специальных считает «научно обоснованные знания, полученные в результате обучения и профессиональной деятельности, применение которых в процессе расследования преступлений возможно только специальными субъектами»[4].

Однако наиболее распространенным является приведённое Е.Р. Россинской понятие: «Специальные знания – это система теоретических знаний и практических навыков в области конкретной науки либо техники, искусства, ремесла или предпринимательства, приобретаемых путём специальной подготовки и профессионального опыта, необходимых для решения вопросов, возникающих в процессе уголовного… судопроизводства…»[5]. Учитывая специфику анализируемых преступлений и их прямое соприкосновение с медицинской наукой, представляется возможным в настоящем исследовании остановиться на этом определении.

В ходе расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, вопрос о форме взаимодействия следователя со сведущим лицом имеет существенное значение. Это обусловлено высокой корпоративной составляющей медицинских работников, которые привлекаются в качестве сведущих лиц для оценки деяний своих же коллег, что предопределяет использование различных форм такого взаимодействия и их видов.

В научной литературе приводятся несколько оснований для классификации форм использования специальных знаний, и существует несколько точек

---

[1] Махов В.Н. Использование знаний сведущих лиц при расследовании преступлений: Монография. М.: Изд-во РУДН, 2000. С. 46.

[2] Эйсман А.А. Заключение эксперта. Структура и научное обоснование. М.: Юрид. лит., 1967. С. 91.

[3] Трапезникова И.И. Специальные знания в уголовном процессе России (понятие, признаки структура): автореф. дис. … канд. юрид. наук. Челябинск, 2004. С. 3.

[4] Иванова Е.В. Концептуальные основы использования специальных знаний при выявлении и расследовании преступлений, связанных с опасными для здоровья веществами: дис. ... д-ра юрид. наук. Коломна, 2016. С. 191.

[5] Россинская Е.Р. Комментарий к Федеральному закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». М.: Право и закон, 2002. С. 15.

зрения по этому вопросу[1]. Не производя их глубоко анализа, обозначим следующие общие формы использования специальных знаний относительно рассматриваемых уголовных дел, основываясь на мнениях различных авторов[2]:

– процессуальная форма, то есть прямо предусмотренная уголовно-процессуальным законом, предполагающая получение результатов применения специальных знаний в виде доказательств: участие специалиста в следственных действиях (ст. 168 УПК РФ), заключение и показания специалиста, а также заключение и показания эксперта (ст. ст. 80, 195 УПК РФ), использование материалов контрольной и надзорной проверки, в том числе экспертизы качества медицинской помощи, которые в качестве иных документов (ст. 84 УПК РФ) приобщаются к уголовному делу;

– непроцессуальная форма, то есть прямо не предусмотренная уголовно-процессуальных законом, заключающаяся в справочном, консультативном, разъяснительном, оценочном и рекомендательном использовании специальных знаний: участие специалиста в определении перечня медицинских документов, подлежащих изъятию, обсуждении ходатайств участников уголовного судопроизводства по существу заявленных ими для экспертного исследования вопросов, а также в оценке полноты и обоснованности выводов экспертизы, определении, в связи с этим, потребности в допросе эксперта и (или) проведении повторной или дополнительной экспертизы.

Необходимость использования следователем той или иной из приведённых форм определяется конкретными задачами, подлежащими разрешению по уголовному делу, которые обуславливают соответствующий выбор. При этом, как отмечает Радионова М.А., обозначенные формы использования специальных знаний применяются в целях познания либо получения новой информации в виде сформулированных, законченных вербальных (письменных и устных) или невербальных сообщений, отражённых посредством суждений, выводов или сведений справочного характера, служащих источником доказательств, либо формирующих внутреннее убеждение субъектов доказывания[3].

Анализ материалов уголовных дел о рассматриваемых преступлениях свидетельствует, что основными видами использования по ним процессуальной формы специальных знаний являются назначение и производство судебной экспертизы, а также допрос эксперта.

---

[1] См., напр.: Каторгина Н.П., Тонков Е.Е. Формы использования специальных знаний в российском судопроизводстве: дилеммы теории и практики // Научные ведомости БелГУ. Сер. Философия. Социология. Право. 2016. № 17 (238), вып. 37. С. 127-134; Бишманов Б.М. Использование специальных знаний в процессуальной и служебной деятельности // «Черные дыры» в Российском законодательстве. 2002. № 4. С. 440-446.

[2] См., напр.: Туленев А.И. Понятие форм использования специальных знаний и их классификация // Вестник Костромского государственного ун-та им. Н.А. Некрасова. 2013. № 4. С. 166-171.

[3] Радионова М.А. Формы использования знаний сведущих лиц на стадии предварительного расследования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Челябинск, 2010. С. 8.

Согласно статистическим данным, полученным в результате изучения уголовных дел рассматриваемой категории, в процессе расследования по ним на основании постановлений следователей проводились: комиссионные СМЭ (100 %); технико-криминалистические судебные экспертизы документов (44 %); почерковедческие судебные экспертизы (32 %); психологические судебные экспертизы (2 %).

Исходя из приведённых данных, следует более подробно остановиться на рассмотрении особенностей каждой из обозначенных видов использования специальных знаний, уделив особое внимание *комиссионной судебно-медицинской экспертизе.*

Эффективная правоприменительная деятельность при расследовании рассматриваемых преступлений, разумеется, невозможна без использования совокупности сведений и познаний в области медицинской науки и практики. Необходимость получения такой специфичной информации путём привлечения сведущих лиц предусмотрена в ст. 196 УПК РФ, устанавливающей обязательное производство судебной экспертизы для определения причины смерти, характера и степени вреда здоровью. Требования данной нормы закона относятся и к уголовным делам об анализируемых преступлениях в целях установления факта наличия (отсутствия) общественно-опасных последствий от деяний медицинских работников.

Сущность судебной экспертизы применительно к рассматриваемой досудебной стадии уголовного судопроизводства заключается, как указывает Е.Р. Россинская, в изучении «сведущим лицом (экспертом) представленных в его распоряжение материальных объектов экспертизы (вещественных доказательств), а также различных документов с целью установления фактических данных, имеющих значение для правильного разрешения дела»[1].

Характер рассматриваемых уголовных дел предопределяет необходимость использования в ходе досудебного производства по ним специальных знаний в судебной медицине. Данная область научных знаний применяется в соответствующей следственной практике в виде комиссионных СМЭ, результаты которых (заключения) являются одним из доказательств по уголовному делу. Этим экспертизам отводится значительная роль при расследовании указанных преступлений; они носят особо сложный характер, так как одновременно решают несколько задач: установление степени тяжести вреда здоровью или причины смерти пациента, выявление дефектов оказания ему медицинской помощи, а также определение причинной связи между ними и наступившими последствиями. Поэтому по соответствующим делам в качестве носителей специальных знаний выступают судебно-медицинские эксперты и специалисты-клиницисты, включаемые в составы экспертных комиссий в качестве экспертов.

---

[1] См.: Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе. М.: Норма, 2006. С. 7.

Комиссионная СМЭ по таким уголовным делам является одним из наиболее затратных с точки зрения времени и труда. Её назначение, проведение и оценка отличается собственной спецификой.

Так, решение о комиссионном характере производства этой экспертизы (не менее чем два эксперта одной специальности) принимается следователем или руководителем экспертного учреждения (ч. 1 ст. 200 УПК РФ). Основанием для этого является «повышенная сложность и трудоемкость» её производства, а также «особая доказательственная значимость» её заключения для установления исследуемых обстоятельств[1].

В случае необходимости участия экспертов различных специальностей (например, в области урологии, акушерства и гинекологии, хирургии) комиссионная СМЭ будет иметь комплексный характер (ч. 1 ст. 201 УПК РФ), что необходимо отразить в постановлении о её назначении.

Комиссионный характер экспертной комиссии также предполагает включение в её состав врача-клинициста, то есть специалиста определённой клинической специальности, в рамках которой осуществлено деяние медицинского работника, подлежащее исследованию. Отсутствие такого специалиста следует рассматривать в качестве основания для критической оценки соответствующего заключения.

В ряде регионов при необходимости включения медицинских работников – специалистов в определённых клинических профилях в состав указанных комиссий предусмотрено привлечение для этого внештатных экспертов из числа лиц, на которые приказами региональных органов государственной власти в сфере здравоохранения возложены обязанности главных внештатных специалистов.

При этом следователю необходимо помнить, что эксперты, в какой-то степени заинтересованные в исходе уголовного дела (руководители и работники лечебного учреждения, где был выявлен дефект медицинской помощи; медицинские работники, её оказывавшие, и т.п.), не могут входить в состав экспертной комиссии. Также в её состав не могут быть включены эксперты, участвующие в уголовном деле в ином статусе или являющиеся родственниками таких лиц.

Исходя из обозначенных полномочий, при назначении комиссионной СМЭ следователю в соответствующем постановлении необходимо указать, что для её производства могут быть привлечены эксперты иных экспертных, научных, образовательных, медицинских учреждений и других организаций в области медицины.

Такое обстоятельство предопределяет необходимость обращения к нему ответственного представителя экспертного учреждения с ходатайством о включении конкретного лица, не являющегося сотрудником данного учреждения

---

[1] См.: Баев О.Я., Солодов Д.А. Производство следственных действий: криминалистический анализ УПК России, практика, рекомендации: практ. пособие. М.: Эксмо, 2009. С. 152.

(внештатного эксперта), в состав экспертной комиссии в качестве эксперта. При рассмотрении заявленного ходатайства следователю надлежит удостовериться в получении этим лицом специального образования и квалификации, сертификата специалиста, соответствующих профилю предстоящего экспертного исследования, позволяющих сделать вывод о наличии у заявителя специальных знаний. Для подтверждения такого факта к материалам уголовного дела нужно приобщить копии соответствующих документов (об образовании, повышении квалификации, профессиональной компетенции). Кроме того, данное лицо следует признать экспертом, о чём вынести соответствующее постановление, в котором отразить сведения о наличии у него специальных знаний с одновременным разъяснением прав и ответственности, предусмотренных ст. 57 УПК РФ (ч. 4 ст. 199 УПК РФ), а также удовлетворить заявленное ходатайство в порядке ст. ст. 121, 122 УПК РФ.

Процессуальное решение следователя об удовлетворении такого ходатайства, а также вынесенное на его основе постановление о признании конкретного лица экспертом являются юридическим основанием для допуска его в состав экспертной комиссии в целях производства комиссионной СМЭ. В связи с этим данные процессуальные документы надлежит незамедлительно предоставить эксперту-организатору этой экспертизы, определённому руководителем экспертного учреждения.

Аналогичные действия в части признания конкретного лица экспертом следует предпринять и в случае самостоятельного определения следователем этого лица (например, из числа высококвалифицированных специалистов образовательного учреждения высшего медицинского образования) и его привлечения в качестве эксперта к проведению указанной экспертизы.

В случае принятия соответствующего решения следователю необходимо осознавать, что на членов экспертной комиссии распространяются все процессуальные права и обязанности, которыми наделены эксперты, в том числе они подлежат отводу по основаниям, установленным ст. 70 УПК РФ. При этом некомпетентность эксперта является одним из таких оснований, в связи с чем к выбору сведущего лица, привлекаемого в состав экспертной комиссии в качестве эксперта, и признанию его таковым следует подходить крайне ответственно.

Среди других особенности рассматриваемой экспертизы выделяются[1]:

– возможность сочетания исследования объектов всех видов СМЭ (не только медицинских документов и материалов уголовного дела, но и вещественных доказательств (в том числе гистологических и иных биологических препаратов, взятых у пациента анализов), а также живых лиц, при необходимости – трупов;

---

[1] См.: Витер В.И., Поздеев А.Р., Гецманова И.В. Юридическая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников: монография. Ижевск, 2007. С. 206-207.

– обращенный в прошлое характер экспертного исследования ранее изученных объектов, в том числе путём верификации прежде данных заключений о сущности болезни, её этиологии, патогенезе и состоянии здоровья пациента, механизме танатогенеза;

– сложность оценки индивидуальной реакции больного организма на проводимое лечение, его своевременность, полноту и эффективность;

– необходимость исследования не только медицинских документов (зачастую при неполном и некачественном их заполнении), отражающих процесс взаимодействия конкретного пациента и медицинских работников, но и тех, которые разработаны для неограниченного круга потенциальных пациентов: нормативных (приказы Минздрава России), организационно-технологических (медицинские стандарты, рекомендации, клинические протоколы, методические пособия, руководства, инструкции, регулирующие процесс оказания медицинской помощи) и административных (региональные правовые акты в сфере здравоохранения и локальные правовые акты медицинского учреждения).

Специфика названных экспертиз также заключается в том, что в ходе их производства исследуются медицинские документы, в том числе из иностранных клиник в случае прохождения пациентом медицинского лечения в них (при условии осуществлении перевода), показания работников сферы здравоохранения и других лиц, результаты контрольно-надзорных и ведомственных проверок, экспертизы качества оказания медицинской помощи, заключения и показания специалистов, а также гистологические и иные биологические материалы и результаты их исследования, свидетельствующие о времени, особенностях течения и исходе заболевания пациента и о действиях медицинского персонала, а также заключения других судебных экспертиз (например, заключение почерковедческой судебной экспертизы, свидетельствующей о подделке или искажении содержания медицинских документов).

Цель проведения конкретной СМЭ, как подчёркивают А.М. Попов и А.М. Журбенко, определяется вопросами, которые следователь ставит перед экспертом. Среди них особо значимыми являются вопросы о наличии причинно-следственной связи[1]. Она, имея каузальное значение[2], является важнейшим элементом не только объективной стороны преступления медицинского работника, но и одним из основных условий наступления его уголовной ответственности. Её установление представляет собой одну из наиболее сложных задач по соответствующим делам[3].

---

[1] Попов А.М., Журбенко А.М. Указ. соч. С. 157.

[2] См.: Церетели Т.В. Причинная связь в уголовном праве. Тбилиси: Изд-во Тбил. ун-та, 1957. С. 193.

[3] См.: Габай П.Г., Зарипова Л.А. Значение причинно-следственных связей при рассмотрении гражданских и уголовных дел о причинении смерти или вреда здоровью // Российский следователь. 2018. № 8. С. 7-15.

Как отмечает Т.В. Дерюгина, в самом простом виде причинно-следственная связь представляет собой соотношение, когда одно явление, предшествующее другому по времени (причина), порождает при определённых обстоятельствах другое явление (следствие)[1]. То есть, прежде чем установить наличие связи между причиной и следствием, необходимо установить как саму причину, так и продуцируемое ею следствие.

В результате по рассматриваемым уголовным делам у следователя возникает необходимость в экспертном разрешении ряда вопросов, связанных с определением причины, следствия и наличия связи между ними, перечень которых в зависимости от исследуемых обстоятельств может быть существенен и значительно различаться исходя из конкретной задачи.

В связи с этим, используя в качестве ориентира групповую классификацию вопросов, касающихся установления причинно-следственной связи и подлежащих разрешению экспертным путём, введённую профессором Р.С. Белкиным[2], мы определим основные из них применительно к рассматриваемым преступлениям.

Отметим, что при всём многообразии специфики профессиональной медицинской деятельности и допускаемых при этом нарушений не всегда можно составить исчерпывающий перечень вопросов, подлежащих экспертному разрешению. Однако, как пишет К.А. Саранцев, обозначить их круг с целью наиболее полного использования специальных знаний в области медицины вполне возможно[3].

Итак, первая группа вопросов: «Какова причина возникновения патологического процесса в организме пациента, послужившая основанием для оказания ему медицинской помощи?». В этой группе вопросов экспертам необходимо оценить наличие и развитие имевшегося у пациента заболевания (патогенеза[4]) либо беременности, а также вызванных ими патологических процессов и степень их влияния на жизнедеятельность его организма (жизнеспособность плода), установив их причину. Её оценка является важной составляющей в изучении предпосылок к оказанию медицинской помощи.

При этом в следственной практике могут встречаться настолько редкие заболевания, исследование которых по обозначенному вопросу требует производства

---

[1] Дерюгина Т.В. Дефекты установления причинно-следственной связи между оказанием медицинских услуг и наступившими последствиями // Мировой судья. 2020. № 12. С. 8-13.

[2] Курс криминалистики. Учеб. пособие для вузов в 3-х томах / Р.С. Белкин. 3-е изд., доп. Том 2. М.: Закон и право, 2001. С. 401.

[3] См.: Саранцев К.А. Указ. соч. С. 19.

[4] Механизм развития заболеваний и патологических процессов // Большая российская энциклопедия. URL: https://bigenc.ru/medicine/text/2323887.

нескольких комиссионных СМЭ в целях сбора всесторонних данных о патологическом процессе[1].

Вторая группа вопросов: «Причинён ли вред здоровью пациенту? Если да, то каковы его характер и степень вреда?» либо «Какова причина смерти пациента / гибели плода?». В данном случае перед комиссией экспертов ставится задача определить наступивший для пациента (плода) неблагоприятный результат, в том числе динамику танатогенеза. Основываясь на специальных знаниях о закономерностях развития патологического процесса, экспертам также надлежит выявить его причину.

Третья группа вопросов: «Имеются ли недостатки (дефекты) оказания пациенту медицинской помощи? Если да, то какие и кем допущены?». Здесь, установив причину наступившего для пациента (плода) результата, экспертам необходимо оценить качество оказанной ему (беременной, роженице) медицинской помощи либо констатировать её отсутствие. При этом они выявляют наличие / отсутствие действий (бездействия) медицинского работника, не соответствующих требованиям специальных правил оказания медицинской помощи по конкретному её профилю. В связи с этим им необходимо оценить два аспекта. Первый – определить, каким требованиям конкретных медицинских правил или устоявшейся практики должны были соответствовать действия медицинского работника в обозначенных условиях оказания медицинской помощи. Второй – установить, соответствовало или не соответствовало деяние медицинского работника требованиям этих правил и практики применительно к данным условиям с учётом физиологических особенностей организма пациента (течения внутриутробного развития плода), наличия угрожающего для его жизни или здоровья состояния, безопасности тех или иных медицинских манипуляций, своевременности и правильности их осуществления и т.п.

В целях разграничения юридической и экспертной оценки при постановке вопросов здесь целесообразно использовать термины «соответствие или не соответствие деяния медицинского работника требованиям медицинских правил», а не термин «нарушение медицинских правил».

---

[1] Напр.: причиной смерти Б. явился фульминантный (молниеносный) гепатит (массивные некрозы паренхимы печени), осложнившийся печеночно-почечной недостаточностью (паранхиматозная желтуха, асцит, тотальный некронефроз, печеночная энцефалопатия), ДВС-синдромом, желудочно-кишечным кровотечением, отеком легких и головного мозга. При этом в результате трёх последовательно проведённых комиссионных СМЭ, в том числе в ФГКУ «Судебно-экспертный центр СК России», установить этиологию данного заболевания не представилось возможным. Это обстоятельство само по себе требует оценки качества оказываемой пациенту Б. медицинской помощи и подтверждает важность в этом вопросе комиссионной СМЭ. (См.: Заключение экспертов № СМЭ17/96(КЗН)/14 от 05.03.2022 (ФГКУ «Судебно-экспертный центр СК России») по уголовному делу № 11902050007000054 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

Четвертая группа вопросов: «Имеется ли причинно-следственная связь между выявленным недостатком (дефектом) оказания медицинской помощи и причинением вреда здоровью пациента / наступлением смерти, в том числе новорождённого (либо гибелью человеческого плода)?». В этой группе перед экспертами формулируются вопросы о причине и следствии, наличие связи между которыми необходимо определить. В данном случае эксперты оценивают деяние медицинского работника, как основание для наступления неблагоприятных последствий для жизни или здоровья пациента, или его новорождённого ребёнка (гибели его плода), без которого такие последствия не наступили бы в определённых условиях. При этом от степени конкретизации таких вопросов зачастую зависит судьба уголовного дела и реализация принципов уголовного судопроизводства.

Ввиду наличия специфики установления причинно-следственной связи по уголовным делам рассматриваемой категории следует более подробно остановиться на данной группе вопросов и проиллюстрировать их особенность.

Так, рассмотрим вопросы относительно анализируемой связи, поставленные на комиссионные СМЭ в рамках одного из уголовных дел (в качестве примера квалификации оно приводилось в § 3 Главы 1), формулировки которых свидетельствуют об их непосредственном влиянии на выводы экспертов.

По данному делу проводилось две комиссионные СМЭ, исследовавшие по сути один и тот же вопрос в различной его интерпретации.

В первой редакции вопрос следователя был поставлен следующим образом: «Состоят ли в прямой причинно-следственной связи дефекты оказания медицинской помощи пациенту (это женщина) с наступлением её смерти?».

Учитывая такую формулировку, несмотря на наличие выявленных дефектов оказания медицинской помощи (несвоевременность лечения и неверная тактика манипуляций врача), эксперты пришли к выводу, что «Хроническая прогрессирующая язва двенадцатиперстной кишки у пациента осложнилась пенетрацией (прорастанием) в ткань поджелудочной железы и перфорацией кишечной стенки с развитием разлитого фиброзно-гнойного перитонита, приведшего к инфекционно-токсическому шоку, сепсису и смерти. В связи с этим судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к выводу, что основными в данном неблагоприятном исходе явились характер и тяжесть самого язвенного заболевания двенадцатиперстной кишки и его осложнения. Следовательно, прямой связи между процессом оказания медицинской помощи пациенту и наступлением её смерти в данном случае не имеется»[1].

---

[1] См.: Заключение экспертов № 101-ПЛ/2021 от 16.06.2021 (КГБУЗ «Алтайское краевое бюро СМЭ») по уголовному делу № 12002050010000076 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

Таким образом, исходя из этого вывода, достаточных оснований для уголовной ответственности медицинских работников за допущенные дефекты не имелось. То есть, рассматривая обозначенную позицию с точки зрения обоснования её логики для потерпевшей стороны, эксперты исключили в цепочке развития неблагоприятного для пациента результата степень участия в нём медицинских работников, переложив его наступление на имевшееся у потерпевшего заболевание. В результате, уголовное дело при таких обстоятельствах надлежало прекратить ввиду отсутствия в деянии врача (врачей) состава преступления.

Представляется, что, соглашаясь с подобными выводами, можно прийти к абсурдной ситуации, когда в основу заключения эксперта будет положен принцип «человек смертен», следовательно, и действия медицинского работника не могут быть взаимоувязаны с наступлением такого естественного результата (за исключением умышленного причинения смерти, то есть убийства).

В связи с этим, не получив полных ответов на все подлежащие исследованию вопросы в анализируемой ситуации, следователь был вынужден назначить дополнительную комиссионную СМЭ в иное экспертное учреждение. При этом во второй редакции необходимый для разрешения вопрос был поставлен иначе: «Состоят ли в прямой причинно-следственной связи дефекты оказания медицинской помощи пациенту, допущенные конкретными врачом-акушером-гинекологом и двумя врачами-хирургами, с последующим отсутствием надлежащего лечения пациента от хронической прогрессирующей язвы двенадцатиперстной кишки в специализированных условиях? Если нет, то в связи с чем? В чём заключается эта взаимосвязь?».

Оценивая такую формулировку вопроса, комиссия экспертов пришла к следующему выводу: «Важным критерием сохранения жизни пациента и успеха в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является предоперационный срок – время от начала заболевания до момента выполнения операции. В случае своевременно выявленной перфорации операция была бы выполнена двумя сутками раньше. Своевременные диагностика и оперативное вмешательство, верная хирургическая тактика позволили бы предотвратить неблагоприятный исход в виде смерти пациента. Однако последовательность и совокупность дефектов оказания медицинской помощи в виде несвоевременной диагностики и неверной тактики хирургического вмешательства не позволили предотвратить летальный исход»[1]. Следовательно, с юридической точки зрения, такое последствие порождено профессиональной некомпетентностью и недобросовестностью медицинских работников, совокупность деяний которых, исходя из

[1] См.: Заключение экспертов № 10-6-272/2021 от 06.08.2021 (ГБУЗ «Приморское краевое бюро СМЭ») по уголовному делу № 12002050010000076 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

общественной опасности, детерминировала развитие угрожающего для жизни пациента заболевания и привела к необратимому процессу.

В результате заключение, полученное во второй интерпретации поставленного на разрешение комиссии экспертов вопроса, наряду с иными доказательствами явилось основанием для уголовно-правовой оценки ненадлежащих деяний трёх врачей и последующего привлечения их к суду[1].

Приведённый пример наглядно демонстрирует особую значимость правильного определения следователем задаваемой экспертам задачи путём надлежащей формулировки вопросов в постановлении о назначении комиссионной СМЭ. В данном случае, как утверждает А.П. Божченко, следует исходить из того, что у каждого следствия есть своя причина, которая всегда находится с ним в прямой причинно-следственной связи[2]. Разделяя такую позицию, необходимо отметить, что ориентированность поставленного экспертам вопроса на конкретном проявлении патологического процесса в непосредственной взаимосвязи с деянием медицинского работника позволяет сфокусировать выводы экспертов на точечной оценке его действий или бездействия, без умозаключений о вопросах неизбежности смерти или вреда здоровью вследствие тяжести заболевания.

При этом основанием для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности является факт установления именно прямой причинно-следственной связи (без определения экспертами конкретного лица, чье деяние повлекло неблагоприятный результат, так как это исключительная прерогатива суда). В отсутствие такой юридически значимой связи (например, при косвенной или опосредованной связи) состав преступления отсутствует[3].

Пятая группа вопросов: «Имелась ли реальная возможность предотвратить наступление неблагоприятных последствий для пациента?». Здесь, установив наличие / отсутствие причинно-следственной связи между наступившими для пациента последствиями и деянием медицинского работника, экспертам необходимо обосновать степень влияния такого деяния на неблагоприятный результат.

В данном случае при совершении медицинским работником действий (бездействия), не соответствующих порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям по вопросам её оказания, требуется установить, какой конкретно патологический процесс возник вследствие такого вмешательства либо развился в результате соответствующего бездействия, и что совершение регламентированных действий предотвращало

---

[1] См.: Контрольное производство по уголовному делу № 12002050010000076 // Архив СУ СК России по Приморскому краю. 2021.

[2] Божченко А.П. К вопросу об установлении причинно-следственной связи при производстве судебно-медицинской экспертизы // Медицинское право. 2021. № 4. С. 39-46.

[3] См., напр.: Апелляционный приговор Свердловского областного суда от 12.02.2021 (уголовное дело № 22-2/2021).

бы его наступление. При этом вывод экспертной комиссии о вероятностном характере этого процесса и его результатов не может считаться достаточным доказательством для обвинения медицинского работника в совершении преступления ввиду отсутствия прямого характера причинно-следственной связи.

Кроме того, для формулирования ответов по данной группе вопросов следует оценить наличие и достаточность необходимой в конкретном случае квалификации и специализации у медицинского работника, а также требуемых для оказания медицинской помощи условий и оборудования.

Отвечая на вопросы данной группы, комиссии экспертов надлежит исследовать деяние медицинского работника в конкретной ситуации с точки зрения обеспечения безопасности жизни и здоровья пациента (процесса родоразрешения) и обосновать выводы о том, какие действия могли предотвратить наступление общественно-опасных последствий и какими требованиями медицинских правил данные действия предусмотрены. В этом случае объектом экспертного исследования могут быть лишь обстоятельства, связанные с фактическими действиями (бездействием) медицинского работника, без их правовой оценки, которая на данной стадии уголовного судопроизводства является исключительной компетенцией следователя.

И наконец, **шестая группа вопросов:** «Какова тяжесть вреда здоровью пациента в результате недостатков (дефектов) оказания ему медицинской помощи?». В этой группе вопросов перед экспертами ставится задача определения степени тяжести вреда для здоровья пациента, исходя из установленных в медицинской науке критериев. В процессе их разрешения следователю необходимо учитывать, что в отсутствие прямой каузальной связи между недостатком оказания медицинской помощи и наступившим для пациента неблагоприятным результатом степень тяжести вреда его здоровью не определяется исходя из Порядка проведения СМЭ[1].

Примером соответствующего определения тяжести вреда здоровью может служить уголовное дело по обвинению врача-терапевта Д. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Согласно установленным обстоятельствам медицинский работник назначил введение пациенту антибактериальных лекарственных средств группы цефалоспоринов, не учитывая его лекарственную аллергию. В результате дальнейшего введения этих средств наступила смерть пациента вследствие индивидуальной реакции его организма на них[2].

---

[1] См.: 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).

[2] Уголовное дело № 1-6/2025 // Архив Усть-Алданского районного суда Республики Саха (Якутия). 2025.

В данном случае шок тяжелой степени расценен экспертной комиссией как тяжкий вред здоровью, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (угрожающее жизни состояние) [1].

Итак, приводя указанную классификацию, мы исходим из того, что каждое уголовное дело, в зависимости от конкретных обстоятельств исследуемого события, требует, помимо стандартных, формулирования специфических вопросов. При этом профессионализм следователя состоит не в постановке наибольшего количества вопросов (например, заявленных потерпевшей стороной[2]), а в определении именно таких, которые обусловлены конкретным фактом, связанным с необходимостью оказания медицинской помощи, и наступившим для пациента в ходе соответствующих действий (бездействия) результатом. Ответы на эти вопросы должны сводиться к получению посредством экспертного исследования достоверной информации об обстоятельствах исследуемого события в целях дальнейшей её правовой оценки.

В связи с этим, несмотря на возможность применения в практической деятельности вышеуказанной классификации вопросов, целесообразно при назначении комиссионной СМЭ в каждом конкретном случае рассматривать необходимость использования консультации специалиста в целях формулировки подлежащих экспертному исследованию задач, а также для обсуждения ходатайств участников уголовного судопроизводства (например, потерпевшего) по существу заявленных ими перед экспертами вопросов и выделения из них основных (не дублирующих) в целях облегчения экспертного исследования и сокращения срока его производства.

В данном случае речь идет о непроцессуальном привлечении соответствующих сведущих лиц в качестве фактических консультантов, что предопределяет их роль, не регламентируемую уголовно-процессуальным законодательством.

Данная необходимость обусловлена тем, что следователи довольно часто удовлетворяют ходатайства потерпевших о постановке на разрешение комиссии экспертов значительного числа вопросов, существо которых не всегда имеет прямое отношение к исследуемому событию. При этом следователи зачастую идут по пути непосредственного дублирования этих вопросов, выделяя их в постановлении о назначении экспертизы, как поставленные потерпевшей стороной, не подвергая их даже минимальной фильтрации и оценке с точки зрения относимости

---

[1] См.: Приказ Минздрава России от 08.04.2025 № 172н (ред. от 19.08.2025) «Об утверждении Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

[2] См., напр.: Уголовное дело № 11802050021000030, по которому потерпевшей Б. заявлено ходатайство о постановке на комиссионную СМЭ 227 вопросов (Архив СУ СК России по Приморскому краю. 2020).

к подлежащей исследованию экспертным путём проблематике[1]. Очевидно, что такая ситуация фактического самоустранения от формирования подлежащих экспертному разрешению вопросов идет в разрез с положениями уголовно-процессуального закона, наделяющего следователя правом самостоятельного направления хода расследования. Вследствие этого выше приведена общая классификация вопросов, использование в практической деятельности которых позволит следователю иметь ориентир в порой широком потоке формируемых участниками уголовного судопроизводства задач, подлежащих экспертной оценке, а также сделан акцент на необходимость использования соответствующей консультации специалиста.

Несмотря на то, что комиссионной СМЭ придаётся особая важность и значение при расследовании рассматриваемых преступлений, её результаты, как и иные доказательства, следователю также следует оценивать критически, несмотря на участие в ней высококвалифицированных судебно-медицинских экспертов и врачей узких клинических дисциплин. Как отметил Б.Б. Галиев, такая экспертиза не должна выступать в качестве «абсолютной истины»[2]. Это утверждение подтверждает, в частности, умозаключение известного российского судебного деятеля А.Ф. Кони, который ещё в начала XX века обращал внимание на встречающуюся в практической деятельности неоднозначность выводов судебно-медицинских экспертов, не учитывавших общие обстоятельства совершения преступления и чересчур активно настаивавших на правильности своих заключений[3].

Аналогичной правовой позиции придерживается Верховный Суд РФ, разъяснивший, что при оценке судом заключения эксперта следует иметь в виду, что оно не имеет заранее установленной силы, не обладает преимуществом перед другими доказательствами и, как все остальные из них, оценивается по общим правилам в совокупности с другими[4].

В настоящее время в юридической и медицинской науках продолжается дискуссия о проблемах установления причинно-следственной связи и компетенции

---

[1] См., напр.: Заключение экспертов № 65 от 30.04.2020 (ГБУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)») по уголовному делу № 11802050021000030 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

[2] См.: Галиев Б.Б. Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: матер. Межд. науч.-практ. конф. (15 февраля 2018 г.) / под общ. ред. А.М. Багмета. М.: Московская акад. СК России, 2018. С. 50.

[3] См.: Кодинцев А.Я., Рыбин Д.В. Проблемы судебной экспертизы в трудах А.Ф. Кони // Актуальные вопросы развития государственности и публичного права: матер. VI Межд. науч.-практ. конф. (25 сентября 2020 г.), в 2 т. СПб: Санкт-Петербургский ин-т (фил.) ВГУЮ, 2020. С. 177-184.

[4] См.: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28 (ред. от 29.06.2021) «О судебной экспертизе по уголовным делам».

эксперта в данном вопросе[1]. Встречаются соответствующие казусы и в практической деятельности, когда, например, один из членов комиссии экспертов высказывается об отсутствии компетенции по установлению такой связи[2].

В связи с этим необходимо отметить позицию М.В. Игнатьева, что конкретно-историческое рассмотрение истоков возникновения понятия причинности свидетельствует о том, что оно изначально было связанно именно с медициной. И лишь последующая генерация этого знания вывела его на философский уровень[3].

Настоящим исследованием подтверждено, что в современных условиях правоприменительная деятельность требует решения насущной задачи оценки характера связи между деянием медицинского работника и результатом медицинской помощи. В данном случае вопрос сводится к определению закономерностей исключительно медицинского характера, которые судебно-медицинскому эксперту или врачу – клиницисту, включённому в состав экспертной комиссии, известны в силу их специальности и практического опыта.

Согласно Порядку проведения СМЭ, содержащему научно-практические выводы[4], при оценке степени тяжести вреда в анализируемых правоотношениях экспертная комиссия обязана решить следующие основные вопросы:

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

– сущность недостатка (комплекса недостатков) оказания медицинской помощи;

– наличие или отсутствие причинной (прямой) связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом (по отношению к каждому выявленному недостатку оказания медицинской помощи);

– степень тяжести вреда, причинённого здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, в случаях наступления неблагоприятного исхода[5].

---

[1] См., напр.: Божченко А.П. Указ. соч. С. 39-46.

[2] См.: Заключение экспертов № 316 от 17.06.2021 (КУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро СМЭ») по уголовному делу № 12102050032000015 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

[3] См.: Игнатьев М.В. Криминалистическая теория и практика установления причинно-следственных связей в расследовании преступлений: дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2020. С. 28.

[4] См.: 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».

[5] См.: 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).

Таким образом, в пределах своей компетенции члены экспертной комиссии имеют полномочия для проведения соответствующих исследований. Следовательно, использование в правоприменительной деятельности обозначенной выше классификации вопросов обусловит разрешение задачи установления причинно-следственной связи и повышение качества предварительного расследования по рассматриваемой категории уголовных дел.

Важно понимать, что в комиссионной СМЭ оценка деятельности медицинского работника в части установления данной связи производится с учётом необходимости выполнения им тех или иных медицинских манипуляций и их правильности. Именно для такого анализа используются специальные знания медицинской науки. Следователь же, разрешая задачу о нарушении медицинским работником профессиональных правил, как противоправной деятельности, оценивает действия (бездействия) с точки зрения деяние-поступок, исходя из его юридического содержания. Произведённый в этом случае в ходе комиссионной СМЭ оценочный анализ конкретной медицинской деятельности будет иметь необходимый, но, всё же, вспомогательный характер.

Такое утверждение, как указывает Е.С. Стешич, основано на том факте, что «судебная медицина исследует механизм причинения вреда в тканях, органах и системах живого организма, а уголовное право – причинение вреда на социально-правовом уровне». Поэтому следователь должен «…дать событию юридическую оценку, которая с судебно-медицинской… совпадать не обязана»[1].

Необходимость дачи такой оценки особо выражена в ситуациях, где наступившие для пациента неблагоприятные последствия не являются очевидным результатом деяния медицинского персонала.

В качестве примера рассмотрим уголовное дело по факту смерти гр-на П. от тупой закрытой травмы живота с разрывом тонкой кишки и её брыжейки, которая не была должным образом диагностирована. Исходя из обозначенного факта, негативные последствия для здоровья и в конечном итоге – для жизни П. наступили в результате указанной травмы, полученной в ходе самостоятельного падения потерпевшего с мотоцикла. Вследствие этого, с точки зрения первичной судебно-медицинской оценки, прямой причиной смерти П. является сама эта травма, а деяние медицинского работника лишь обусловило наступление указанного результата, то есть повлияло на него косвенно.

Однако в целях всестороннего исследования расследуемых обстоятельств и защиты прав потерпевшего следователем была назначена дополнительная комиссионная СМЭ с корректировкой экспертной задачи на установление наличия

---

[1] См.: Стешич Е.С. Теоретические и методологические основы криминологического исследования преступлений, связанных с причинением смерти: дис. … д-ра юрид. наук. Ростов н/Д, 2019. С. 211.

(отсутствия) каузальной зависимости между обозначенным дефектом оказания медицинской помощи и последующим отсутствием надлежащего лечения пациента. Отвечая на соответствующий вопрос, экспертная комиссия пришла к выводу о наличии в данном случае прямой причинно-следственной связи по причине того, что у П. не была диагностирована (или даже заподозрена) тупая травма живота в той форме, в которой она у него реально была в период нахождения под контролем врача. В связи с этим пациент не был госпитализирован в хирургический стационар для необходимого обследования, динамического наблюдения и, при необходимости, выполнения хирургического вмешательства, что обеспечило бы возможность предотвращения наступления неблагоприятного исхода в виде его смерти.

При таких обстоятельствах на основе собранных доказательств, несмотря на непосредственную травматическую причину смерти, врач-хирург привлечён к уголовной ответственности[1].

Таким образом, в подобных случаях исключительное значение имеет установление причинно-следственной зависимости между дефектами медицинской помощи, допущенными медицинским работником, и отсутствием надлежащего лечения пациента, несмотря на внешний факт наступления для него неблагоприятных последствия в результате иных обстоятельств, то есть не связанных с оказанием медицинской помощи.

Оценивая приведённый пример, следует отметить замечание Р.Э. Калинина, что «предметная область применения специальных знаний при проведении экспертиз данного вида до сих пор не ограничена в той мере, в какой это необходимо для эффективного обеспечения потребностей правовых процедур[2]». Вследствие этого представляется, что конкретизация задаваемых экспертам вопросов имеет существенное значение.

Помимо вышеперечисленной классификации вопросов также важно отразить особенности дополнительных задач, связанных с экспертной оценкой срочной и безотлагательной медицинской помощи, которая имеет свою специфику.

Так, согласно ч. 4 ст. 32 Федерального закона № 323-ФЗ одной из форм оказания медицинской помощи является экстренная медицинская помощь, то есть «оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента».

---

[1] См.: Уголовное дело № 1-41/2021 (1-355/2020) // Архив Советского районного суда г. Владивостока. 2021.

[2] См.: Калинин Р.Э. Судебно-медицинская оценка причинно-следственной связи при проведении комиссионных экспертиз по материалам «врачебных» дел // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск. 2018. № 17. С. 104-106.

В подобных следственных ситуациях обозначенную классификацию рекомендуется дополнять следующими вопросами:

– требовало ли состояние внезапно заболевшего лица экстренного медицинского вмешательства, исходя из тех данных, которые были известны медицинскому работнику в момент исследуемого события?

– в чём конкретно должна была выражаться экстренная медицинская помощь, которую следовало оказать больному?

– какие надлежащие условия требовались для оказания экстренной медицинской помощи; возможно ли было оказать эту помощь при отсутствии таких условий?

Их постановка важна для определения наличия (отсутствия) у пациента состояния, угрожающего его жизни, которое обуславливает юридическую оценку действий (бездействия) медицинского работника с позиции крайней необходимости или обоснованного риска[1], исключающих преступность деяния. Таким образом, эти вопросы позволяют учитывать характер экстренной медицинской помощи и экспертным путём оценивать специфику и качество её оказания.

Следует подчеркнуть, что перечень всех приведённых выше вопросов не является всеохватывающим. Однако анализ следственно-судебной практики и исследуемой проблематики свидетельствует, что он группирует общие наиболее значимые задачи, решение которых позволит установить обстоятельства, подлежащие доказыванию[2].

Переходя к оценке дальнейшего хода предварительного следствия, важно отметить, что, приняв решение о проведении комиссионной СМЭ, определившись с местом её производства и составом экспертной комиссии, сформулировав необходимые для экспертного разрешения вопросы и вынеся соответствующее постановление, следователь должен направить его с материалами, необходимыми для производства экспертизы, в экспертное учреждение. При этом ему надлежит учитывать, что для объективного и всестороннего экспертного исследования большое значение имеет полнота материалов, представляемых на экспертизу. Соответствующая комиссия, в частности, должна иметь подлинники медицинских документов: историю болезни, амбулаторную карту, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, электрокардиографические и т.п. данные. В случае смерти пациента (гибели человеческого плода) представляются акт

---

[1] См.: Шумаков А.С. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния: автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2007. С. 8.

[2] Хазизулин В.Б. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза как элемент доказывания профессионального преступления медицинского работника // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Тр. Всерос. науч.-практ. конф. с межд. уч. 12-13 мая 2022 г.) / под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. М.: ООО «Принт», 2022. С. 326-334.

патолого-анатомического исследования, а также акты иных специальных исследований (гистологического, химического и пр.).

В практической деятельности встречаются случаи утраты либо уничтожения медицинской документации (как умышленно, так и по иным причинам: неосторожность, форс-мажорные обстоятельства (пожар, тайфун и др.), истечение сроков хранения и пр.), что создаёт трудность в назначении и проведении соответствующей экспертизы. При таких обстоятельствах следователю надлежит принять меры к установлению местонахождения, изъятию и приобщению в установленном порядке к материалам уголовного дела сохранившихся копий медицинской документации по аналогии с предусмотренной ч. 2 ст. 158[1] УК РФ процедурой. При этом возможные утверждения участников уголовного судопроизводства о запрете на проведение судебной экспертизы по копиям медицинской документации являются несостоятельными.

Следует иметь в виду, что в процессе производства СМЭ у экспертов может возникнуть необходимость исследовать значительный период жизни пациента в целях установления момента возникновения имевшегося у него заболевания и обстоятельств его дальнейшего развития.

В данном случае необходимо отметить утверждение А.Ф. Волынского и И.В. Тишутиной, согласно которому «эффективность судебных экспертиз по уголовным делам находится в прямой и самой непосредственной зависимости от результативности…» следственной деятельности, так как экспертами «исследуется только то, что обнаруживается и изымается»[1], и, следовательно, предоставляется в распоряжение экспертной комиссии.

С этим утверждением, безусловно, нужно согласиться, ведь в процессе комиссионной СМЭ эксперты не могут и не смогут исследовать медицинскую документацию либо иные объекты, которые физически не предоставлены в их распоряжение. В связи с этим рекомендуется предоставлять им как можно более полный пакет медицинской документации, свидетельствующей о физиологическом состоянии пациента и о его заболеваниях перед обращением за медицинской помощью, порой от момента рождения до смерти, а также иные необходимые материалы. Эта объекты исследования должны быть полноценными и отвечать принципам относимости, допустимости и достоверности, а в своей совокупности – достаточности для проведения экспертного исследования, что является залогом качественного его производства. Кроме того, необходимо собрать и предоставить в распоряжение экспертов весь объём предметов и документов, обозначенных выше.

---

[1] См.: Волынский А.Ф., Тишутина И.В. Судебная экспертиза в системе научно-технического обеспечения поисково-познавательной деятельности при расследовании преступлений // Известия Тульского государственного ун-та. Экономические и юридические науки. 2018. № 4-2. С. 9-17.

В качестве примера непредоставления в распоряжение экспертной комиссии необходимой медицинской документации проиллюстрируем результаты судебного рассмотрения уголовного дела в отношении врача-педиатра И., которая приговором Бежицкого районного суда г. Брянска от 12.01.2017 осуждена по ч. 2 ст. 109 УК РФ в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. В основу приговора положены, в том числе, выводы комиссионной СМЭ ГБУЗ «Брянское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», которой установлена прямая причинно-следственная связь между деянием медицинского работника и смертью малолетней пациентки. В процессе рассмотрения в порядке гражданского судопроизводства исковых заявлений с требованиями потерпевших Володарским районным судом г. Брянска в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России» назначена самостоятельная комиссионная СМЭ. В ходе её производства установлено, что медицинские документы, содержащие отказ родителей от госпитализации малолетней, в распоряжение экспертов на первоначальную экспертизу не предоставлялись, в то время как пациентка должна была быть госпитализирована безотлагательно в медицинское учреждение сразу после её осмотра на дому участковым врачом. Всесторонне изучив весь процесс оказания медицинской помощи, экспертная комиссия пришла к выводу, что обозначенный отказ родителей состоит в прямой причинно-следственной связи с прогрессированием заболевания, приведшего к смерти ребёнка, в то время как в действиях врача-педиатра И. такой связи не установлено. Данное обстоятельство явилось основанием для возобновления производства по уголовному делу ввиду вновь открывшихся обстоятельств[1].

Этот пример является наглядным свидетельством необходимости наличия в распоряжении комиссии экспертов всего комплекса документации, отражающей весь процесс оказания медицинской помощи: от звонка в подразделение скорой медицинской помощи до полного завершения процедуры лечения с соответствующими сведениями в медицинской карте.

Переходя к рассмотрению порядка направления подлежащих исследованию объектов в распоряжение экспертов, следует отметить, что анализ изученных постановлений о назначении комиссионных СМЭ свидетельствует, что описание упаковки, предоставляемой экспертам медицинской документации проводиться не всегда. В подавляющем большинстве следователи ограничивались лишь указанием конкретного наименования этой документации, без отражения способа её получения и упаковки.

Однако, как отмечает Д.А. Сорокотягина, экспертному исследованию могут быть подвергнуты только надлежащим образом процессуально оформленные

[1] Постановление президиума Брянского областного суда от 28.08.2019 по уголовному делу № 44У-41/2019.

объекты. В случае существенных нарушений, влекущих их недопустимость, заключение эксперта теряет доказательственную силу[1].

Также необходимо заметить, что прилагаемые к постановлению о назначении экспертизы предметы и документы, в том числе материалы уголовного дела, принимаются в экспертном учреждении в упакованном и опечатанном виде. Такая упаковка должна иметь пояснительные надписи и исключать возможность несанкционированного доступа к содержимому без её повреждения[2]. Соблюдение этого правила позволит в дальнейшем избежать возможных вопросов представителей стороны защиты о подлинности и достоверности представленных в распоряжение комиссии экспертов объектов исследования.

В процессе судебного рассмотрения уголовных дел анализируемой категории в процессе судебной оценки заключений экспертов и их качества у судов могут возникать определённые вопросы к таким заключениям, исходя из специфики рассматриваемых общественных отношений. Большинство из них устраняются посредством допроса эксперта.

Однако в правоприменительной практике встречаются факты оценки заключений комиссионной СМЭ с точки зрения их недостоверности.

Например, по уголовному делу по обвинению врача-хирурга хирургического отделения МУЗ «Можайская центральная районная больница» И. в причинении по неосторожности смерти К., которому она оказывала по своей специальности медицинскую помощь (ч. 2 ст. 109 УК РФ), в ходе предварительного следствия проведены три комиссионные СМЭ. При этом в первых двух из них сведения о непосредственной причине смерти пациента не были тождественны, но прямой причинно-следственной связи между действиями врача и наступившими последствиями не установлено. Давая в приговоре оценку этим экспертным заключениям, суд поставил их под сомнение, указав, что они не отвечают требованиям ст. 204 УПК РФ, поскольку не содержат какого-либо обоснования выводов, в связи с чем признал их недопустимыми и недостоверными. Заключением третьей комиссионной СМЭ установлено, что причиной смерти К. явилась проведённая ему врачом-хирургом И. ненадлежащая реологическая терапия, вызвавшая развитие постишемического синдрома, приведшего к смерти пациента. Однако суд, оценивая такие выводы, признал их недостоверными, отметив, что они основаны на предположениях и вызывают неустранимые сомнения в виновности медицинского работника[3].

---

[1] См.: Сорокотягина Д.А. Судебная экспертиза: учеб. пособие / Д.А. Сорокотягина, И.Н. Сорокотягин. Изд. 2-е. Ростов н/Д: Феникс, 2008. С. 84.

[2] См.: Приказ Минздрава России от 25.09.2023 № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы».

[3] Апелляционное постановление Мособлсуда от 24.08.2021 (уголовное дело № 22-5380/2021).

Соответствующие факты не единичны и являются, в том числе, основанием для вынесения оправдательных приговоров либо прекращения уголовных дел[1]. В связи с этим представляется, что на досудебной стадии уголовного судопроизводства имеется необходимость в более тесном взаимодействии следователя с членами экспертной комиссии в целях познания существа заключения, подготавливаемого ими, и надлежащей его оценки.

Таким образом, производство комиссионной СМЭ является специфической частью досудебного производства по уголовным делам названной категории, характеризующееся детально регламентированным порядком её назначения и проведения. Вследствие этого, а также в силу особенности специальных медицинских знаний отношения «следователь – эксперт» должны носить системный характер и быть нацелены на усвоение первым из них существа экспертного исследования посредством всего комплекса его уголовно-процессуальных полномочий. Именная такая следственная деятельность в ходе процессуального использования специальных знаний должна рассматриваться в качестве обязательных практических действий следователя и предопределять их порядок.

В литературе достаточно широко освещены процессуальные и тактические особенности взаимодействия следователя и судебного эксперта[2]. Можно обозначить его суть как решение конкретных задач. Однако в таком взаимодействии в процессе расследования анализируемых преступлений есть определённые особенности.

Согласно ч. 1 ст. 197 УПК РФ следователь вправе присутствовать при производстве судебной экспертизы, получать разъяснения эксперта по поводу проводимых им действий. Основываясь на данной норме закона, а также учитывая специфику проводимых по рассматриваемым уголовным делам комиссионных СМЭ, следователю необходимо понимать, что его личное присутствие при производстве соответствующей экспертизы позволит оценить промежуточные результаты экспертного исследования, облегчит последующую оценку им заключения комиссии экспертов и правильное его понимание, обеспечит возможность оперативного использования данных, получаемых в процессе исследования, а также даст возможность постигнуть полноту и последовательность методов, применяемых при исследовании.

В этой связи обращает на себя точка зрения Е.Н. Волоховой, которая полагает, что в ходе непосредственного контакта с членами экспертной комиссии

---

[1] См., напр.: Приговор Кировского районного суда г. Уфы от 07.07.2021 (уголовное дело № 1-17/2021); Кассационное определение Пятого кассационного суда общей юрисдикции от 14.05.2020 (уголовное дело № 77-264/2020).

[2] См., напр.: Использование специальных знаний при расследовании преступлений: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» / под ред. А.И. Бастрыкина. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2016. 255 с.

следователь может усвоить необходимые сведения для дальнейшей надлежащей оценки экспертного заключения и более точно определить его место в системе доказательств[1]. Кроме того, такой контакт позволяет оперативно получать информацию об отсутствии в распоряжении экспертов каких-либо данных, не содержащихся в медицинской документации пациента (например, о технических характеристиках магнитно-резонансного томографа и влияния его магнитного излучения на электрокардиостимулятор[2]), но необходимых для всестороннего исследования и подготовки полных ответов на весь комплекс поставленных вопросов. Это даёт возможность предоставить эти данные в распоряжение экспертной комиссии в процессе производства экспертизы посредством заявления экспертом соответствующего ходатайства, что позволяет упредить необходимость проведения дополнительной комиссионной СМЭ и сократить сроки расследования.

Также следует иметь в виду, что далеко не всегда, производя исследование, эксперт (или члены экспертной комиссии), установив обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, реализует право указывать о них в своём заключении (ч. 2 ст. 204 УПК РФ). Когда такие обстоятельства станут своевременно известны, это позволит следователю поставить эксперту дополнительные вопросы либо назначить иную необходимую экспертизу[3].

Таким образом, ему необходимо стремиться к пониманию того, как получены и на чём основываются сделанные экспертами выводы. Из заключения экспертов должны быть понятны примененные ими научно-обоснованные методы исследования, которые не должны вызывать никаких сомнений при разрешении уголовного дела[4].

Факт осознания необходимости применения экспертами научных методов (всеобщих, общих, частных и специальных) и их внешнего (в идеале – внутреннего) содержания является одним из важнейших условий последовательного погружения следователя в специфические медицинские знания, что является базисом для правильной юридической оценки результатов экспертного исследования.

Частью 1 ст. 17 УПК РФ установлен принцип «свободы оценки доказательств», согласно которому следователю надлежит оценивать заключение комиссионной СМЭ, как и другие доказательства, «по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности имеющихся в уголовном деле доказательств, руководствуясь при этом законом и совестью».

---

[1] См.: Волохова Е.Н. К вопросу об оценке заключения судебной экспертизы по уголовному делу на следствии и в суде // Вестник криминалистики. М.: Спарк, 2008. Вып. 3 (27). С. 114-115.

[2] См.: Приговор Кировского районного суда г. Томска от 26.12.2018 (уголовное дело № 1-357/2018).

[3] См.: Баев О.Я., Солодов Д.А. Указ. соч. С. 160.

[4] См.: Кассационное определение Верховного Суда РФ от 10.03.2022 (уголовное дело № 7-УД22-1-К2).

Как подчеркивает П.А. Лупинская, совесть в данном случае выступает «внутренним критерием соблюдения правил, обеспечивающих независимость и свободу при выражении своего убеждения, уверенность в беспристрастности и справедливости своего решения»[1].

Таким образом, в целях надлежащей оценки достоверности заключения экспертной комиссии следователь должен оценить полученные доказательства и в целом материалы уголовного дела в их совокупности на основе обозначенного принципа и сопоставить их между собой, а также с результатами проведённого экспертного исследования. Несмотря на отсутствие специальных знаний медицинской науки, такая мыслительная деятельность позволяет творцу следственной деятельности убедиться в подтверждении или опровержении исследуемого факта ненадлежащего оказания медицинской помощи или в её неправомерном неоказании.

Однако необходимо иметь в виду, что эксперты при составлении заключения пользуются своеобразным профессиональным языком – специальной терминологией[2] и специфической отраслевой лексикой своей экспертной специальности[3]. И здесь, несмотря на уровень развития общих знаний в медицинской сфере, следователь может столкнуться с проблемой отсутствия строгих и единообразно понимаемых определений, а также используемых экспертами терминов, что может оказать влияние на степень уяснения им смысла экспертного заключения и его выводов.

Многими учёными констатируется, что субъект следственной деятельности в отсутствие того объёма специальных знаний, которые имеются у эксперта, не может полноценно и квалифицированно оценить экспертное заключение с позиции его научной обоснованности, а также уровень компетентности эксперта. Данный подход, в частности, содержится в трудах Р.С. Белкина[4], Т.В. Аверьяновой[5], А.А. Эксархопуло[6] и других учёных[7].

Проставляется, что такая точка зрения является обоснованной, так как следственная практика свидетельствует об определённых трудностях в целостном

---

[1] Лупинская П.А. Доказательства и доказывание в новом уголовном процессе // Российская юстиция. 2002. № 7. С. 5-8.

[2] См., напр.: Судебно-медицинская экспертиза: термины и понятия. Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов. М.: Норма, 2006. 256 с.

[3] Волохова Е.Н. Указ. соч. С. 115.

[4] См.: Белкин Р.С. Об оценке заключения судебного эксперта // Актуальные проблемы судебной экспертизы и криминалистики: тез. науч.-прак. конф. Киев. 1993. С. 11.

[5] См.: Аверьянова Т.В. Судебная экспертиза. Курс общей теории. М.: Норма, 2006. С. 466.

[6] См.: Эксархопуло А.А. Специальные познания в уголовном процессе и их нетрадиционные формы // Вестник криминалистики. Вып. 2. М.: Спарк, 2001. С. 23-28.

[7] См., напр.: Россинская Е.Р., Галяшина Е.И., Зинин А.М. Теория судебной экспертизы. Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 030502.65 «Судебная экспертиза» / под ред. Е.Р. Россинской. М.: Норма, 2009. С. 318.

понимании и правильности восприятия следователями заключений комиссионных СМЭ по анализируемым уголовным делам, а также в оценке обоснованности и достоверности их выводов. В связи с этим после завершения такой экспертизы для оценки её результатов в первую очередь необходимо использовать определённые правила, выработанные правоприменительной деятельностью.

Так, в частности, следователю надлежит подтвердить и проверить:

– соблюдение при производстве экспертизы принципов судебно-экспертной деятельности и уголовно-процессуального законодательства путём оценки соответствия заключения экспертов требованиям ст. 204 УПК РФ и ст. ст. 4-8, 25 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»;

– квалификацию эксперта, которая должна базироваться на наличии у него специальных знаний и практического опыта их применения в пределах соответствующей специальности, а также соответствовать целям и задачам исследования (что познаётся на данной стадии оценкой объёма и качества экспертного исследования, с учётом общей компетенции следователя в исследуемом вопросе и использования им соответствующих возможностей привлечённых сведущих лиц);

– объективность, всесторонность и полноту экспертного заключения, что предполагает проведение исследования на строго научной и практической основе, с использованием объективных методик и достаточных материалов, а также всестороннее выяснение значимых для разрешения дела вопросов, поставленных перед экспертом на основе исследования материалов, представленных на экспертизу[1];

– соответствие выводов экспертов описательной части заключения и другим доказательствам по делу, которое предполагает сопоставление установленных обстоятельств с результатами экспертного исследования и отсутствие среди них расхождений.

Кроме того, как отмечают А.В. Васильченко и Э.Д. Нугаева, необходимо проверить алгоритм исследования экспертами деяний медицинских работников путём: восстановления последовательности этапов оказания медицинской помощи пациенту; оценки степени их соответствия существующим стандартам (протоколам) оказания медицинской помощи; определения стадий, на которых были допущены дефекты медицинской помощи; уточнения времени, продолжительности и способа реализации таких дефектов; определения тяжести их

[1] Комментарий к Федеральному закону от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Юридический интернет-портал ЗонаЗакона.RU. URL: https://www.zonazakona.ru/law/comments/art/15830.

последствий; диагностирования непосредственной причины неблагоприятного исхода; установления наличия причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом или её отсутствия[1].

В числе критериев оценки, свидетельствующих о достоверности заключения эксперта, также выделяют мотивированность, убедительность и достаточность исследования[2].

Даже при наличии минимального набора медицинских знаний использование перечисленных правил и критериев оценки позволяет исследовательским путём познать содержание экспертного заключения, оценить его целостность и процессуальную форму, достоверность применённых методик исследования и его полноту, а также степень обоснованности выводов. Кроме того, они способствует выявлению возможных экспертных ошибок, под которыми понимаются суждения эксперта, не соответствующие объективной действительности и поэтому не приводящие к цели исследования[3].

В данном случае выделяются процессуальные, операционные и гносеологические экспертные ошибки[4], которые могут оказать существенное влияние на объективность заключения комиссионной СМЭ, вследствие чего его скрупулезный анализ не должен выпадать из поля зрения лица, производящего расследование.

Заметим, что оценка обозначенных критериев объективно является затруднительной, так как следователь, не обладая достаточными знаниями в медицинской науке, уже вынужден был назначить указанную экспертизу. В то же время особенность медицинской деятельности, медицинская лексика и профессиональное своеобразие письменного изложения языка экспертов обуславливают проблему познания экспертного заключения. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что и оценить заключение экспертов в полной мере, в том числе посредством вышеперечисленных правил и критериев, следователь способен не всегда. В связи с этим, по мнению А.В. Хмелевой, для оценки в первую очередь достоверности, а также и полноты экспертного исследования ему нужно также привлекать специалиста, который, основываясь на имеющихся у него специальных знаниях

---

[1] См.: Васильченко А.В., Нугаева Э.Д. К вопросу об оценке результатов судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России. 2020. № 3 (94). С. 176-186.

[2] См.: Егорова О.В. Особенности оценки заключения эксперта: критерии достоверности // Арбитражный суд Волгоградской области: офиц. сайт. URL: https://vologda.arbitr.ru/node/13391.

[3] См.: Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия. М.: Мегатрон XXI, 2000. 2-е изд. доп. С. 148.

[4] См.: Клевно В.А., Максимов А.В. К вопросу о классификации и терминологии экспертных ошибок // Судебная медицина. 2017. Т. 3, № 2. С. 8-11.

и используя их, имеет возможность оценить экспертизу, «прежде всего, с точки зрения обоснованности её выводов, качества проведённого исследования»[1].

При таких обстоятельствах необходимо помнить, что специалист – это физическое лицо, имеющее соответствующие знания и навыки, обладающее процессуальным статусом, которое привлекается к участию в процессуальных действиях для разъяснения таких вопросов, которые входят в его профессиональную компетенцию. Именно она должна позволять ему прояснить следователю положения медицинской науки с точки зрения их достаточности для усвоения последним существа экспертного заключения. Такое действие не может выступать в качестве исследования состоявшихся комиссионных экспертных выводов в целях опровержения уже данных или получения новых ответов на ранее поставленные следователем вопросы, например, в случае несогласия с ними потерпевшей стороны. В данном случае это разъяснение должно быть направлено на обеспечение внутренней юридической оценки следователем установленных ч. 1 ст. 88 УПК РФ правил в отношении заключения комиссии экспертов, и только при её достижении следователь может и должен определять дальнейшие направления своей познавательной и процессуальной деятельности. В связи с чем для правового обоснования соответствующего разъяснения специалисту надлежит предоставить необходимые материалы расследования, в том числе такие, как вещественные доказательства и заключения судебных экспертиз, после чего процессуально закрепить этот факт соответствующим протоколом допроса, сформулировав в нём его показания проведённого им разъяснения по существу. Здесь же следует предварительно обеспечить указанный процесс необходимыми сопроводительными документами и приобщением к уголовному делу заверенных документов, подтверждающих профессиональную компетенцию привлечённого специалиста. Кроме того, надлежит учитывать, что в соответствии с диспозицией ст. 307 УК РФ он несёт уголовную ответственность только в случае дачи заведомо ложных показаний, нежели эксперт, для которого установлена такая ответственность при даче заведомо ложного заключения. Представляется, что в таких ситуациях при передаче необходимых материалов специалисту его нужно предупредить об уголовной ответственности по ст. 310 УК РФ. Это будет являться дополнительным упреждающим фактором, обеспечивающим всесторонность и объективность проводимого расследования.

В целях всесторонней проверки экспертного заключения следователю целесообразно производить *допрос эксперта*, рассматривая его в качестве правового способа оценки достоверности такого доказательства.

---

[1] Хмелева А.В. Оценка следователем заключения судебного эксперта // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. Вып. 3. Ч. II. Юридические науки. Тула: Изд-во ТулГУ, 2016. С. 456-460.

Для правильной формулировки вопросов эксперту перед его допросом также требуется прибегать к специальным медицинским знаниям, в связи с чем в данном случае может потребоваться участие специалиста соответствующего клинического профиля. О необходимости такого участия высказывается, в частности, С.В. Немира, полагая к тому же возможным допускать специалиста в допрос эксперта[1].

Действительно, исходя из требований ч. 1 ст. 58 УПК РФ, специалист привлекается к участию в процессуальных действиях, в том числе для постановки вопросов эксперту. При этом согласно ст. 168 УПК РФ, следователь вправе привлечь специалиста для участия в любом следственном действии, в том числе и для допроса эксперта. Однако в правоприменительной деятельности диссертанта подобной практики не встречалось. Представляется, что отсутствие таковой обусловлено стремлением следователей избегать в процессе производства следственного действия спора двух профессионалов, имеющих базовое образование, специальную подготовку в области медицинских знаний и зачастую – научную репутацию. Такой спор, а именно – возможные доводы специалиста о неверной научной обоснованности экспертом своих выводов, может быть рассмотрен в качестве свидетельства некомпетентности эксперта, чего следователи по рассматриваемой категории уголовных дел пытаются избегать, учитывая практическую сложность в поиске соответствующего экспертного учреждения и длительных сроков производства таких экспертиз. В связи с этим следователи часто идут по пути назначения дополнительных или повторных комиссионных СМЭ, что негативно отражается на общих сроках расследования.

В таких случаях по уголовному делу могут проводиться несколько экспертных исследований, выводы которых не всегда совпадают друг с другом, а порой и противоположны, что само по себе порождает необходимость проведения очередной экспертизы исходя из доминирования количественного принципа. Иными словами, столкнувшись с ситуацией, когда по одному уголовному делу имеются два заключения комиссионных СМЭ с противоположными выводами (имеются дефекты оказания медицинской помощи, состоящие в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями[2], и таких дефектов не имеется[3]),

---

[1] Немира С.В. Допрос эксперта как способ проверки его достоверности // Общество и право. 2012. № 2 (39). С. 172-177.

[2] См., напр.: Заключение экспертов № 36/2 от 25.12.2015 (ОБУЗ «Бюро СМЭ» КЗ Курской области) по уголовному делу № 780421 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

[3] См., напр.: Заключение экспертов № 729/вр от 18.11.2016 (СПб ГБУЗ «Бюро СМЭ») по уголовному делу № 780421 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю); Заключение экспертов № 114 от 29.11.2018 (ГБУЗ Владимирской области «Бюро СМЭ») по уголовному делу № 780421 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

следователь вынужденно назначает ещё одну экспертизу[1], чтобы получить возможность склонения доказательственного маятника в ту или иную сторону: наличие состава преступления в действиях медика или его отсутствие.

Представляется, что такой путь не всегда оправдан, а зачастую – является фактическим свидетельством неполноты предоставленных для производства первичной судебной экспертизы материалов и поставленных на разрешение экспертов вопросов, их не конкретизацией.

В связи с этим следует указать на необходимость тщательной и всесторонней подготовки материалов, подлежащих экспертному исследованию, а также вопросов, формулируемых следователем для экспертного разрешения, в целях минимизации оснований для назначения дополнительных и (или) повторных комиссионных СМЭ.

Кроме того, на этапе оценки заключения эксперта следователю надлежит оценивать все полученные по уголовному делу доказательства в совокупности и сопоставлять их с выводами экспертизы, которые должны быть фактологически основаны на иных доказательствах и согласовываться с ними. В данном случае экспертное заключение необходимо развернуто оценить в соответствии с материалами уголовного дела, требованиями закона и формальной логики, в том числе на предмет достаточности выводов и их мотивированности. При этом при установлении какого-либо факта несоответствия данных выводов доказательствам и установленным по делу обстоятельствам, возникновения сомнения в обоснованности выводов или их неясности, следователю необходимо привлекать соответствующего специалиста для постановки вопросов эксперту, чтобы тот аргументировал свою экспертную позицию в ходе допроса.

Таким образом, следует согласиться с обозначенной точкой зрения о том, что привлечение следователем специалиста для подготовки к допросу эксперта позволит оказать неоценимую помощь в формулировке вопросов и будет иметь положительное значение для проверки достоверности заключения экспертов. В то же время, исходя из тактических соображений, целесообразность участия специалиста в допросе эксперта вызывает сомнение, поскольку это создаёт предпосылки к конфликтной ситуации «эксперт-специалист» и может затруднить процесс установления истины по делу.

Оценивая значение допроса эксперта в системе доказательств, необходимо определить его в качестве важного средства доказывания, так как это следственное действие позволяет повысить результативность процесса установления обстоятельств, подлежащих доказыванию. Данные экспертом показания по своей

---

[1] См., напр.: Заключение экспертов № 114 от 29.11.2018 (ГБУЗ Владимирской области «Бюро СМЭ») по уголовному делу № 780421 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

юридической природе выступают детализацией заключения эксперта. Именно поэтому, согласно ст. 205 УПК РФ, он допрашивается для уточнения методики проведённого исследования, содержания отдельных медицинских терминов и формулировок, о причинах противоречий между выводами различных экспертов и т.п.[1] При этом допрос эксперта вместо дополнительной или повторной экспертизы, для назначения которой имеются основания, не допускается.

Касаясь тактических особенностей данного следственного действия, необходимо отметить тщательность подготовки к нему с детальным изучением экспертного заключения, предварительным составлением вопросов для использования их при допросе, в том числе с привлечением специалиста, а также важность применения в ходе его производства упреждающего знания по аналогии с допросом медицинского работника в качестве свидетеля.

По результатам допроса эксперта следователю надлежит на основе анализа и оценки следственной ситуации, определения цели тактического воздействия и учёта сопутствующего риска оценить полученный результат в виде заключения комиссионной СМЭ и показаний эксперта, после чего определить средства и методы, направленные на дальнейшее достижение целей уголовного судопроизводства.

В процессе расследования по анализируемым уголовным делам в качестве процессуальной формы использования специальных знаний применяются *материалы контрольных и надзорных проверок*, а также *экспертизы качества медицинской помощи*, которые могут использоваться в процессе доказывания в качестве иных документов.

В данном случае под материалами контрольных проверок рассматриваются соответствующие акты, выносимые должностными лицами региональных министерств (департаментов) здравоохранения по результатам определения качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных им организациях. Предметом таких проверок являются обязательные требования по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья и порядков оказания медицинской помощи. Как правило, к их проведению привлекаются внештатные специалисты региональных органов здравоохранения, имеющие конкретные клинические специальности и обладающие необходимыми специальными знаниями.

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности может осуществляться уполномоченным региональным органом исполнительной власти как самостоятельно (например, при наступлении факта смерти пациента в медицинском учреждении либо поступлении жалобы от его родственников), так и по инициативе следователя, которому ещё на стадии рассмотрения соответствующего сообщения о преступлении надлежит установить факт

[1] См.: Соловьев А.Б. Процессуальные, психологические и тактические основы допроса на предварительном следствии. М.: ООО Изд-во «Юрлитинформ», 2002. С. 23.

производства контрольной проверки и инициировать её проведение при отсутствии такового путём направления поручения (требования, запроса).

Аналогичным образом следователю надлежит инициировать надзорные мероприятия со стороны федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья. Таким органом является Росздравнадзор, который привлекает главных внештатных специалистов-экспертов, уполномоченных принимать участие в проверках работы медицинских организаций по соответствующему профилю и представлять свои заключения и рекомендации.

По результатам проведённых проверок данными специалистами-экспертами и сотрудниками Росздравнадзора также составляется соответствующий акт, содержащий сведения об уполномоченных на проведение проверки лицах, основаниях для её производства и результатах.

Ещё одной разновидностью использования специальных знаний в рассматриваемой области является экспертиза качества медицинской помощи, оказываемая в рамках программ обязательного медицинского страхования, под которой понимается «выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата»[1]. Инициирование её проведения аналогично соответствующим действиям следователя по вовлечению в процесс расследования указанных контрольно-надзорных проверок.

Подобные экспертизы проводятся страховыми медицинскими организациями или фондами обязательного медицинского страхования с привлечением экспертов качества медицинской помощи, включённых в единый реестр. Таким экспертом может быть врач – специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. ФОМС, соответствующий территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают её производство эксперту качества медицинской помощи из числа соответствующих экспертов, включённых в единый реестр.

По результатам проведённой проверки экспертом качества медицинской помощи составляется экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи), которое также возможно использовать в процессе доказывания. Однако следует иметь в виду, что в отличие от комиссионной СМЭ такая

[1] См.: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.11.2025) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ч. 6 ст. 40).

экспертиза – это управленческая процедура (один из видов контроля в лечебных учреждениях), при которой исследуются причины не достижения запланированного результата в системе «диагноз – планируемый результат»[1].

Кроме того, следователь должен осознавать, что для производства контрольно-надзорных мероприятий уполномоченным органам и организациям необходима медицинская документация, в связи с чем ему надлежит изготовить в процессе её осмотра соответствующие заверенные копии, которые следует направлять субъекту проверки совместно с поручением (требованием, запросом) о её проведении. Это обстоятельство позволяет существенно сократить сроки сбора результатов таких проверок и экспертиз, в то время как последовательное поочередное направление оригинала медицинской документации в экспертное учреждение, а также в обозначенные органы и организации существенно увеличит сроки следствия.

По результатам проведённых мероприятий указанные акты и заключения необходимо истребовать и приобщить к материалам уголовного дела в качестве иных документов для оценки их содержания в совокупности с другими доказательствами.

Анализ эмпирического материала свидетельствует, что выводы, содержащиеся в таких актах и заключениях, не всегда совпадают, а зачастую расходятся с выводами комиссионных СМЭ, что обусловлено научно-практическим характером последних и различием в предмете исследования. В связи с этим к результатам контрольно-надзорных мероприятий следователю также следует подходить критически, подтверждая или опровергая их совокупностью иных доказательств по уголовному делу. Однако, учитывая специфичный характер медицинской деятельности, отказываться от инициирования таких мероприятий, ограничившись назначением комиссионной СМЭ, разумеется, не следует, так как такие акты и заключения являются ориентиром для следователя в процессе познания обстоятельств исследуемого события и установления месторасположения информации о них, способным указывать на новые доказательства либо дающим возможность критически оценивать некоторые из них. Они позволяют формулировать следственные версии, как «базовое средство организации установления причинно-следственных связей элементов системы механизма преступления в процессе его расследования»[2]. В результате соответствующие выводы могут являться определяющей причиной для корректировки вопросов, подлежащих исследованию в рамках комиссионной СМЭ, либо постановки новых или дополнительных, а также для формирования иных криминалистических версий.

---

[1] Алгоритм проведения процессуальных проверок и расследования уголовных дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Главное управление криминалистики (Криминалистический центр) СК России. М., 2019. С. 53.

[2] См.: Игнатьев М.В. Указ. соч. С. 209.

Это, в свою очередь, свидетельствует о необходимости объективного, глубокого и всестороннего исследования конкретных обстоятельств по уголовному делу, в том числе в целях установления причин и условий, способствовавших ненадлежащему оказанию (неоказанию) медицинской помощи.

В частности, при выявлении соответствующих дефектов, в том числе посредством контрольно-надзорных мероприятий, следователю надлежит незамедлительно применять предусмотренные ч. 2 ст. 158 УПК РФ полномочия по внесению представления о принятии мер по устранению обстоятельств, способствовавших совершению преступления, или других нарушений закона.

Также необходимо учитывать, что органы Росздравнадзора, осуществляющие государственный контроль (надзор) в сфере охраны здоровья, уполномочены составлять протоколы об административных правонарушениях в сфере охраны здоровья, рассматривать ряд дел о таких правонарушениях и принимать меры по их предотвращению, в том числе посредством направления соответствующих материалов в суд в рамках административного судопроизводства. И здесь для следователя и результатов его деятельности, то есть в целом для судьбы уголовного дела, важны положения ст. 90 УПК РФ, предусматривающие преюдицию.

В связи с этим, при наличии оснований, следователю надлежит не только инициировать проведение соответствующих мероприятий, но и направить необходимые копии материалов уголовного дела в указанные органы с постановкой вопроса о привлечении виновных лиц к административной и дисциплинарной ответственности в качестве дополнительных мер профилактического характера, результаты которых также могут быть включены в «копилку» доказательств по уголовному делу.

Кроме того, в аналогичных допросу эксперта целях следует допрашивать лиц, проводивших соответствующие проверки и составивших указанные акты и заключения, в качестве специалистов в целях разъяснения ими результатов этих проверок, способов и методов их проведения, а также научной обоснованности выводов.

Анализ изученных материалов уголовных дел свидетельствует, что второй из наиболее назначаемых судебных экспертиз (44 %) является *технико-криминалистическая судебная экспертиза документов*, которая проводится в целях выявления возможных фактов искажения медицинской документации.

Обращение к этой экспертизе необходимо при выявлении и фиксации в ходе осмотра медицинской документации возможных её фальсификаций (исправлений, подчисток, отсутствия отдельных листов или частей и т.п.). В результате необходимо незамедлительно принять меры к её назначению на предмет установления давности фальсификации и восстановления реального содержания искаженного текста.

Следует заметить, что такая экспертиза реализует специальные знания в сфере криминалистического документоведения. Вопросы её назначения и непосредственного проведения достаточно хорошо разработаны в науке криминалистике и в судебно-экспертной деятельности.

Особенность данных экспертиз, проводимых в экспертных подразделениях Минюста и МВД России, заключается в решаемых ими задачах: установление давности создания документа и возраста штрихов рукописных записей, факта и способа изменения текста документа, его изготовления документа путём монтажа, замены отдельных его листов, выявление первоначального содержания документа (подчистка, дописка, травление и т.п.), идентификация технических средств (пишущих приборов, принтеров).

Таким образом, технико-криминалистическая судебная экспертиза документов отвечает на диагностические и идентификационные вопросы и позволяет воспроизвести детали создания и искажения содержания конкретного медицинского документа. Решение этих задач, вытекающих из следственных ситуаций, как правило, связано с идентификацией лица, имевшего отношение к фактическому составлению медицинской документации. В связи с этим у следователя также возникает необходимость в использовании специальных знаний в области *почерковедческой судебной экспертизы.*

Её основу составляет судебное почерковедение – наиболее развитая область научных знаний о судебной экспертизе, методически обеспечивающая исследование почерковых объектов[1]. Эта экспертиза является одним из видов криминалистических экспертиз, с помощью которой проводится идентификация исполнителя записи, сделанной от руки, и определяются условия, при которых она произведена. Аналогичную задачу в части идентификации она решает и в отношении подписи, как реквизита документа, содержащего собственноручную роспись физического лица.

Проведённый анализ уголовных дел о преступлениях, совершённых при оказании медицинской помощи, свидетельствует, что по немногим менее 1/3 из них (32 %) назначаются и проводятся почерковедческие судебные экспертизы. Это обстоятельство указывает на достаточно значительную следственную потребность в соответствующих специальных знаниях.

Рассматриваемая экспертиза проводится, в частности, в экспертных подразделениях Минюста, МВД и ФСБ России. Исходя из специфики обозначенного объекта исследования, задачи, решаемые в рамках этой экспертизы, по уголовным делам об анализируемых преступлениях несколько уже, чем её задачи в целом. В частности, они сводятся к идентификации исполнителя записи (подписи),

[1] Жижина М.В. Актуальные проблемы современной практики проведения судебно-почерковедческой экспертизы и пути их преодоления // Российский судья. 2020. № 5. С. 21-28.

установлению фактов намеренного искажения почерка или подражания почерку (подписи) другого лица, дифференциации рукописных записей на мужские и женские[1].

Методика данной экспертизы в полной мере определяет требования к предоставляемым эксперту образцам в качестве объектов сравнения[2]. И здесь, как отмечает А.С. Сакович, её результативность будет зависеть от правильно собранных в указанных целях образцов почерка (подписей), где основными характеристиками является надлежащее качество и достаточное количество объектов[3].

Оценивая значимость почерковедческой судебной экспертизы, следует отметить, что руководством нашего государства принято решение о создании Государственной информационной системы персонифицированного учёта в здравоохранении, одним из важнейших элементов которой является электронная медицинская карта[4].

С 01.01.2008 действует ГОСТ Р 52636-2006[5], регламентирующий вопросы создания и ведения электронных историй болезни с персональными медицинскими записями, к которым относятся любые записи, сделанные конкретным медицинским работником в отношении конкретного пациента.

Под электронной историей болезни понимается информационная система, предназначенная для ведения, хранения на электронных носителях, поиска и выдачи по информационным запросам (в том числе и по электронным каналам связи) персональных медицинских записей.

---

[1] Напр.: в ходе производства почерковедческой судебной экспертизы установлено, что подписи от имени врача-травматолога-ортопеда А., расположенные в стоках «Лечащий врач» медицинской карты стационарного больного С., выполнены им же. Это свидетельствовало о фактическом составлении этим медицинским работником указанной карты, в то время как он сообщал, что не помнит таких обстоятельств. Обозначенный вывод обусловлен тем, что подпись рассматривается в качестве реквизита медицинского документа, который подтверждает факт его составления конкретным медицинским работником и аутентифицирует сведения о времени, видах, объёмах и существе медицинской помощи, содержащиеся в этом документе. (См.: Заключение эксперта № 37 от 28.02.2020 (ЭКЦ УМВД России по Приморскому краю) по уголовному делу № 11902050001000022 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

[2] См., напр.: Криминалистика: учебник. Т. 1 / под общ. ред. А.И. Бастрыкина. М.: Экзамен Москва, 2014. С. 393-394.

[3] См.: Сакович А.С. Порядок оценки результатов почерковедческой экспертизы в рамках ст. 95 НК РФ // Вестник арбитражной практики. 2018. № 5 (78). С. 58-61.

[4] Письмо Минздрава России «Основные разделы электронной медицинской карты» (утв. Минздравом России 11.11.2013 № 18-1/1010.

[5] «ГОСТ Р 52636-2006. Национальный стандарт Российской Федерации. Электронная история болезни. Общие положения» (утв. и введён в действие Приказом Ростехрегулирования от 27.12.2006 № 407-ст).

Согласно установленному Минздравом России Порядку[1] ведение медицинской документации в медицинских учреждениях должно осуществляться в форме электронных документов, которые регистрируются в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения. К ним относятся медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, история развития ребёнка, индивидуальная карта беременной и родильницы, медицинская карта стационарного больного и др., каждый из которых предусматривает совокупность электронных медицинских документов в отношении конкретного пациента, формируемых одним или несколькими медицинскими работниками и подписываемых с использованием индивидуальной электронной подписи, а также сведений о состоянии здоровья пациента.

Их использование осуществляется посредством специализированных информационных систем. При этом медицинские электронные документы не должны дублироваться на бумажном носителе, за исключением наличия письменного заявления пациента или его законного представителя о ведении его медицинской документации в бумажном виде.

В данном случае при электронном ведении медицинского документа его оригиналом считается электронная запись в базе данных медицинской информационной системы. Именно на её основе должны приниматься медицинские решения. Распечатанный же документ выступает бумажной копией электронного. Рукописные изменения в нём не считаются действительными[2].

Несмотря на наметившуюся в данной области стремительную электронизацию медицинской сферы, данный процесс пока не завершён, о чём свидетельствуют продолжающиеся в практической следственной деятельности факты изъятия медицинской документации на бумажных носителях. Однако дублирования электронных и бумажных медицинских карт получило уже достаточно широкое распространение, особенно в крупных городах.

В настоящее время медицинская организация уполномочена самостоятельно принимать решение о полном или частичном («смешанный документооборот») переходе на ведение медицинской документации в форме электронных медицинских документов без дублирования на бумажных носителях, а также о сроках такого перехода, исходя из своей технической готовности[3].

---

[1] Приказ Минздрава России от 07.09.2020 № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов».

[2] Зингерман Б.В., Шкловский-Корди Н.В. Электронная медицинская карта и принципы её организации // Врач и информационные технологии. 2013. № 2. С. 37-58.

[3] Письмо Минздрава России от 10.08.2021 № 18-5/1495 «О направлении Методических рекомендаций по поэтапному переходу на ведение медицинской документации в форме электронных документов» (вместе с «Методическими рекомендациями по поэтапному переходу на ведение медицинской документации в форме электронных документов. Версия 1.0», утв. Минздравом России 05.08.2021).

Таким образом, можно констатировать, что процесс внедрения в медицинскую сферу информационно-цифровых технологий запущен и активно набирает свои обороты. В результате по истечении определённого промежутка времени он неизбежно будет завершён. В связи с этим следователи в недалёком будущем повсеместно столкнуться с необходимостью изъятия оригиналов электронных медицинских документов из специализированных информационных систем и электронно-цифровых носителей в целях проведения соответствующих экспертных исследований. При этом, как справедливо отметил А.А. Бессонов, во избежание уничтожения, повреждения и изменения электронных следов следователю во всех случаях необходимо будет прибегать для решения стоящих перед ним задач к помощи специалиста или следователя-криминалиста, имеющего необходимые знания, навыки и оборудование[1]. В данном случае участие последнего допускается, учитывая, что его сфера деятельности, определённая профессиональным стандартом «Следователь-криминалист»[2], фактически пересекается с функцией специалиста.

Приведённые обстоятельства свидетельствует о возрастающей потребности вовлечения в процедуру установления обстоятельств, подлежащих доказыванию, носителя специальных знаний в информационно-цифровой сфере. Помощь такого лица, как пишет А.Г. Себякин, необходима также для «преодоления противодействия расследованию, выражающегося в выявлении сокрытой криминалистически значимой информации на электронно-цифровом носителе и предотвращении попыток её уничтожения»[3].

В таком случае, как мы видим, уже в ближайшее время вопрос проведения почерковедческих судебных экспертиз по медицинской документации в обозначенных выше целях неизбежно утратит свою актуальность.

Процессуальной формой использования специальных знаний при расследовании преступлений в сфере оказания медицинской помощи в некоторых случаях также выступает *психологическая судебная экспертиза*. К основной её задаче по уголовным делам рассматриваемой категории относится установление юридически значимых психологических последствий, вызванных гибелью новорождённого (утратой плода) либо причинения ему вреда здоровью в процессе ненадлежащего оказания медицинской помощи, связанной с родовспоможением. В таких случаях объектом экспертного исследования является психическая деятельность женщины во время беременности, родов и послеродовой период.

---

[1] См.: Бессонов А.А. О некоторых возможностях современной криминалистики в работе с электронными следами // Вестник ун-та имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2019. № 3 (55). С. 46-52.

[2] Приказ Минтруда России от 23.03.2015 № 183н (ред. от 12.12.2016) «Об утверждении профессионального стандарта «Следователь-криминалист».

[3] См.: Себякин А.Г. Тактика использования знаний в области компьютерной техники в целях получения криминалистически значимой информации: дис. … канд. юрид. наук. М., 2021. С. 76.

Не секрет, что в период беременности у женщины происходит изменения как в физиологическом, так и в психологическом состоянии, что подтверждено исследованиями ряда авторов[1]. На этом фоне перинатальная утрата плода, гибель новорождённого в послеродовой период, как и причинение ему вреда здоровью в период родовспоможения «утрачивают надежду на счастье иметь здорового ребёнка, растить его, радоваться его достижениям и гордиться им»[2]. При наступлении этих последствий женщина, как правило, находится в большой зависимости от эмоционального состояния, психологических особенностей и личностной оценки медицинских манипуляций, совершённых в отношении её плода либо новорождённого ребёнка, в качестве преступного посягательства. Такая ретенция может продолжаться у неё длительное время. Данное обстоятельство, как следует из следственной практики[3], является психической травмой и может повлечь психосоматические расстройства у женщины.

Представляется, что влияние обозначенных последствий на уголовную ответственность медицинского работника не должно оставаться без внимания следователя в целях защиты прав потерпевшего от преступных посягательств и реализации соответствующих конституционных гарантий. Более того, отрицание такой ответственности в ситуациях, связанных с гибелью человеческого плода, противоречит общепризнанному принципу социальной справедливости. В связи с чем важно наиболее углубленно подходить к вопросам юридической оценки медицинского сопровождения процесса беременности, родоразрешения и оказания медицинской помощи в послеродовой период, так как данная область медицинской деятельности сопряжена не только с возможностью причинения физического вреда здоровью роженицы, вплоть до её смерти, но и с другими объектами преступного посягательства. Одним из них является человеческий плод, уголовно-правовая защита которого, как отмечалось выше, в процессе родового акта остается за гранью необходимой правовой регламентации. И здесь, разумеется, не следует забывать особую значимость такого дополнительного объекта посягательства, как здоровье российской нации в целом, ведь наличие соответствующих неурегулированных правоотношений, способных оказать влияние на

---

[1] См., напр.: Карташова К.С., Шелехов И.Л., Кожевников В.Н., Мытников М.Н. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности // Вестник Томского государственного педагогического ун-та. 2010. № 2. С. 103-106; Лысенко О.В., Лысенко С.В. Психофизиологическая модель течения беременности // Вестник Витебского государственного медицинского ун-та. 2003. Т. 2. № 4. С. 44-49.

[2] Добряков И.В., Блох М.Е., Фаерберг Л.М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. 64. № 3. С. 4-10.

[3] См., напр.: Заключение эксперта № 526/57-1 от 20.07.2018 (ФБУ «Приморская ЛСЭ Минюста России») по уголовному делу № 605421 (из следственной практики СУ СК России по Приморскому краю).

её воспроизводство и сохранение жизнеспособности, может создать предпосылки к возникновению угрозы дальнейшего независимого суверенного её существования.

Резюмируя изложенное, надлежит отметить, что проведение комиссионной СМЭ является специфической частью досудебного производства по уголовным делам названной категории, характеризующейся детально регламентированным порядком её производства. Вследствие этого, а также в силу особенности специальных медицинских знаний отношения «следователь – эксперт» должны носить системно-коммуникационный характер и быть нацелены на усвоение первым из них существа экспертного исследования посредством всего комплекса его уголовно-процессуальных полномочий. Именная такая следственная деятельность в ходе процессуального использования специальных знаний должна рассматриваться в качестве обязательных практических действий следователя и предопределять их порядок.

Проанализированные механизмы использования специальных знаний позволяют сделать вывод о необходимости применения в процессе расследования не только экспертных компетенций в различных сферах, но и осуществления многоаспектной деятельности, включающей приобщение к доказательственной базе материалов контрольных и надзорных проверок, в том числе экспертиз качества медицинской помощи. Кроме того, активное вовлечение специалистов в своевременное оказание содействия в установлении подлежащих доказыванию обстоятельств, производимого как в процессуальной, так и в непроцессуальной форме, также является объективной потребностью следственной деятельности по рассматриваемой категории уголовных дел.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можно сформулировать некоторые следующие теоретические и прикладные предложения и выводы.

1. Преступления, совершённые при оказании медицинской помощи, отличаются от иных преступных деяний рядом специфичных признаков, обусловленных функционально-целевым характером сферы здравоохранения: наличие пациента с определённым заболеванием (физиологическим состоянием), требующим оказания ему медицинской помощи, и специального субъекта её оказания – медицинского работника, осуществляющего медицинскую деятельность (либо лица, имеющего соответствующее образование, но осуществляющего медицинскую помощь без лицензии); преступное посягательство на жизнь и здоровье пациента сопряжено с профессиональным оказанием медицинской помощи в рамках установленных правил и требований, а также положений медицинской науки и практики; такое посягательство влечёт не только существенное нарушение прав и законных интересов пациента на жизнь, охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь, но и охраняемых законом интересов общества и государства в сфере сбережения народа нашей страны и развития человеческого потенциала.

2. С точки зрения криминалистической науки определение таких признаков позволяет выделять уголовно-наказуемые деяния, совершённые при оказании медицинской помощи, в самостоятельную группу соответствующих преступлений и сформулировать их понятие, которое вынесено в качестве положения на защиту.

3. Объединение рассматриваемых преступлений по групповому признаку позволяет, в свою очередь, сформулировать общую их характеристику, под которой понимается научно обоснованная, комплексная система знаний о признаках, способах преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, лицах, к ним причастных, и обстоятельствах, этому способствующих, а также о других, представляющих интерес, взаимосвязанных фактах и явлениях, с помощью которых формируется научная база, позволяющая руководителю и следователю следственного органа избрать наиболее целесообразную организацию и тактику производства следственных действий при расследовании указанных преступлений, а также определять требуемые для этого силы, средства, методы и приёмы криминалистической техники и тактики.

4. В структуру криминалистической методики расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, входят следующие элементы, отражённые в виде научно-прикладных рекомендаций: по правовому обеспечению и организации расследования; по разрешению типичных следственных ситуаций и сопутствующих им задач первоначального этапа расследования; по

организационно-подготовительным действиям к процессу расследования; по проведению отдельных следственных действий на первоначальном и последующих этапах расследования; по взаимодействию следователя с органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, Росздравнадзора, другими организациями и учреждениями в области здравоохранения, а также оперативно-розыскными органами в части предоставления криминалистически значимой информации; по назначению судебных экспертиз и взаимодействию следователя со сведущими лицами; по предупреждению преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, криминалистическими средствами и методами. Также в структуре данной методики выделяются научно-прикладные рекомендации по проведению отдельных следственных действий при оценке фактов интранатальной (внутриутробной) гибели человеческого плода и при оценке криминалистически значимой информации в отношении нескольких медицинских работников, принимавших или должных принимать участие в процессе оказания медицинской помощи.

5. Выявлена необходимость нормативно-правового регламентирования правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи, посредством выделения медицинской деятельности в самостоятельную сферу уголовно-правового регулирования и признания медицинского работника специальным субъектом соответствующих преступлений, а также обеспечения единого подхода в уголовно-правовой оценке нарушения им прав и законных интересов граждан и виновного причинения гибели человеческого плода.

6. Продемонстрирована эффективность специализации следователей на расследовании преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, направленной на обеспечение формирования их профессиональных компетенций и мастерства, повышение эффективности в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию, и защите конституционных прав граждан на жизнь, здоровье и квалифицированную медицинскую помощь. В связи с этим определена необходимость дальнейшего совершенствования профессиональных качеств следователей в рамках соответствующей специализации.

7. В результате исследования сформированы типичные следственные ситуации на первоначальном этапе расследования рассматриваемых преступлений:

– подтверждён факт обращения пациента за медицинской помощью, участия медицинского работника в её оказании (либо в её игнорировании) и наступлении неблагоприятных последствий непосредственно в процессе соответствующей деятельности или спустя непродолжительный промежуток времени после неё; при этом медицинский работник отрицает дефект (недостаток) медицинской помощи;

– подтверждён факт обращения пациента за медицинской помощью, участия медицинского работника в её оказании (либо в её игнорировании) и наступления неблагоприятных последствий спустя длительный промежуток времени

после соответствующей деятельности; при этом медицинский работник отрицает дефект (недостаток) медицинской помощи;

– подтверждён факт наличия неблагоприятных последствий, а также получены сведения о необходимости оказания пациенту медицинской помощи и её отсутствия.

8. В связи с этим процесс расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, заключается в связанных между собой стадиях: установление местонахождения и изъятие материальных следов преступления (медицинской документации, гистологических и биологических объектов пациента, цифровых и видео носителей и т.п.); установление носителей идеальных следов преступления; фиксация криминалистически значимой информации уголовно-процессуальным путём, в том числе посредством применения соответствующих криминалистических рекомендаций; усвоение следователем соответствующей информации и её анализ; использование данной информации в качестве базиса для формирования новой доказательственной базы посредством производства следственных действий и ОРМ, экспертным путём и применением иных форм использования специальных знаний также с применением соответствующих криминалистических рекомендаций; анализ итоговой криминалистически значимой информации на предмет наличия достаточных сведений о причине исследуемого события, его следствия и причинно-следственной связи между ними; преобразование всей указанной информации, полученной в ходе расследования, в итоговое процессуальное решение по уголовному делу (привлечение медицинского работника в качестве обвиняемого и придание его суду или прекращение производства по уголовному делу).

9. Результатом исследования является разработка практически-ориентированных рекомендаций в целях улучшения качества производства отдельных следственных действий с участием медицинских работников и нейтрализации противодействия расследованию с их стороны. В связи с этим в проведённом исследовании сделан акцент на таких следственных действиях (допрос, осмотр), при производстве которых находит своё отражение специфика исследуемого медицинского события в сознании медицинского работника. Особое внимание обращено на получение следователем упреждающего знания, выступающего для него ориентиром в сфере медицинских правоотношений и позволяющего предупредить возможное искажение объективной действительности и оказываемое процессу расследования противодействие в процессе его использования. Приведённые обстоятельства является объективной потребностью, обусловленной необходимостью получения следователем действенного криминалистического инструмента в условиях отсутствия у него профессиональных и специальных медицинских знаний.

10. Специфика использования специальных знаний в ходе расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, заключается в

исследовании механизма ненадлежащего оказания (неоказания) медицинской помощи, способов сокрытия соответствующих деяний, а также особенностей психической деятельности женщин, утративших свой плод, что предопределяет необходимость решения отдельных задач (в области медицинской науки и судебной медицины, психологии, исследований почерка, технико-криминалистических исследований документов) в целях получения криминалистически значимой информации.

11. Проанализированная следственно-судебная практика свидетельствует о том, что криминалистическое исследование механизма ненадлежащего оказания (неоказания) медицинской помощи, в том числе посредством сведущих лиц и проведения комиссионной СМЭ, составляет основной аспект в расследовании преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи.

12. При этом, несмотря на существенную значимость заключения комиссионной СМЭ в системе доказательств, избирательность его восприятия не должна превалировать над оценкой других доказательств. Вследствие этого законность и обоснованность итогового процессуального решения должна формироваться на суммарной оценке всех полученных по уголовному делу доказательств, то есть оно должно быть целостным.

13. В результате оценки фактов участия (либо необходимости участия) нескольких медицинских работников в процессе оказания медицинской помощи обоснован вывод о наличии неосторожного сопричинения. При этом обращено внимание, что конкретный медицинских работник несёт персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение именно своих профессиональных обязанностей, в то время как конечный преступный результат должен быть обусловлен совокупным виновным деянием всех медицинских работников, непосредственно участвовавших или должных участвовать в указанном процессе.

14. Подтверждена необходимость взаимодействия следователя с органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, Росздравнадзора, другими организациями и учреждениями в области здравоохранения, а также оперативно-розыскными службами. Такое взаимодействие обуславливается как необходимостью получения криминалистически значимой информации (результатов ведомственных и контрольно-надзорных проверок, экспертиз качества медицинской помощи, сведений о носителях идеальных следов и пр.), так и потребностью в нейтрализации возможного противодействия расследованию, в том числе посредством оперативно-тактических комбинаций и производства взаимосвязанных следственных действий и ОРМ.

15. При этом определена потребность упорядочивания межведомственного взаимодействия, заключающегося в выработке и регламентации единого

алгоритма взаимодействия следователей с Минздравом России, Росздравнадзором и ФОМС в части предоставления криминалистически значимой информации.

16. Особое значение в процессе расследования рассматриваемых преступлений приобретают меры по их предупреждению криминалистическими средствами и методами, в том числе путём использования информационных возможностей органов, осуществляющих ОРД. Такие меры реализуются как посредством выявления и установления причин и условий, способствовавших совершению преступления, либо иных нарушений закона в рассматриваемой сфере, и внесением представления в уполномоченные органы (организации, учреждения) для их устранения с последующим принятием соответствующих мер, так и своевременного инициирования процедуры привлечения медицинской организации к ответственности в порядке административного судопроизводства за допущенные нарушения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты, официальные документы

1. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // СПС «КонсультантПлюс».

2. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изм., одобр. в ходе общерос. голосования 01.07.2020) // СПС «КонсультантПлюс».

3. Клинические рекомендации «Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты)» (одобрены Минздравом России). 2023 г. // СПС «КонсультантПлюс».

4. Клинические рекомендации «Саркоидоз» (одобрены Минздравом России). 2025 г. // СПС «КонсультантПлюс».

5. Клинические рекомендации «Туберкулёз у взрослых» (одобрены Минздравом России). 2025 г. // СПС «КонсультантПлюс».

6. ОСТ 91500.01.0005-2001. Отраслевой стандарт. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении (принят и введён в действие Приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12) // СПС «КонсультантПлюс».

7. Письмо Минздрава России «Основные разделы электронной медицинской карты» (утв. Минздравом России 11.11.2013 № 18-1/1010) // СПС «КонсультантПлюс».

8. Письмо Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации» // СПС «КонсультантПлюс».

9. Письмо Минздрава России от 10.08.2021 № 18-5/1495 «О направлении Методических рекомендаций по поэтапному переходу на ведение медицинской документации в форме электронных документов» // СПС «КонсультантПлюс».

10. 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) // СПС «КонсультантПлюс».

11. Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // СПС «КонсультантПлюс».

12. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 (ред. от 15.09.2020) «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» // СПС «КонсультантПлюс».

13. 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» // СПС «КонсультантПлюс».

14. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н (ред. от 16.12.2014) «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» // СПС «КонсультантПлюс».

15. Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» // СПС «КонсультантПлюс».

16. Приказ Минздрава России от 25.12.2014 № 908н «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека» // СПС «КонсультантПлюс».

17. Приказ Минздрава России от 07.09.2020 № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» // СПС «КонсультантПлюс».

18. Приказ Минздрава России от 25.09.2023 № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» // СПС «КонсультантПлюс».

19. Приказ Минздрава России от 08.04.2025 № 172н «Об утверждении порядка определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» // СПС «КонсультантПлюс».

20. Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 261н «Об утверждении Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий» // СПС «КонсультантПлюс».

21. Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (вместе с «Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи») // СПС «КонсультантПлюс».

22. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 207н «Об утверждении Правил проведения патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований» // СПС «КонсультантПлюс».

23. Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» // СПС «КонсультантПлюс».

24. Приказ Минздрава России от 10.03.2026 № 173н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при фолиеводефицитной анемии (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение) // СПС «КонсультантПлюс».

25. Приказ Минтруда России от 23.03.2015 № 183н (ред. от 12.12.2016) «Об утверждении профессионального стандарта «Следователь-криминалист» // СПС «КонсультантПлюс».

26. Решение коллегии Генеральной прокуратуры Российской Федерации от 19.03.2026 «Об итогах работы органов прокуратуры за 2025 год и о задачах по укреплению законности и правопорядка на 2026 год».

27. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 29.12.2025, с изм. от 06.02.2026) // СПС «КонсультатПлюс».

28. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 09.04.2026) // СПС «КонсультантПлюс».

29. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 03.07.2014 № 226-V. – Алматы: ТОО «Издательство LEM», 2022. 264 с.

30. Уголовный кодекс КНР от 14.03.1997 // Посольство КНР в РФ: офиц. сайт. URL: https://www.mfa.gov.cn/ce/cerus/rus/zfhz/zgflyd/t1330730.htm.

31. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 08.03.2026, с изм. и доп., вступ. в силу с 26.04.2026) // СПС «КонсультантПлюс».

32. Указ Президента Российской Федерации от 02.04.2020 № 239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» // СПС «КонсультантПлюс».

33. Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

34. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.11.2025) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

35. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

36. Федеральный закон от 12.08.1995 № 144-ФЗ (ред. от 01.04.2025) «Об оперативно-розыскной деятельности» // СПС «КонсультантПлюс».

37. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 22.07.2024) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

38. Федеральный закон от 28.12.2010 № 403-ФЗ (ред. от 02.11.2023) «О Следственном комитете Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

39. Федеральный закон от 26.07.2019 № 224-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и Федеральный закон «О Следственном комитете Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

40. Федеральный закон от 28.12.2024 № 514-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

Монографии, учебники, учебные, учебно-методические пособия, комментарии, руководства и статьи

41. Аверьянова, Т.В. Судебная экспертиза. Курс общей теории. / Т.В. Аверьянова. – М.: Норма, 2006. – 480 с.

42. Акушерство: национальное руководство. / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1198 с.

43. Акопов, В.И. Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала: учеб. пособие. / В.И. Акопов. – Ростов н/Д: Феникс, 2021. – 351 с.

44. Алгоритм проведения процессуальных проверок и расследования уголовных дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // ГУК (Криминалистический центр) СК России. – М., 2019. – 119 с.

45. Алексеев, С.С. Теория права. / С.С. Алексеев. – М.: Изд-во Бек, 1994. – 224 с.

46. Антонян, Ю.М., Еникеев, М.И., Эминов, В.Е. Психология преступника и расследования преступлений. / Ю.М. Антонян, М.И. Еникеев, В.Е. Эминов. – М.: Юристъ, 1996. – 336 с.

47. Антонян, Ю.М., Эминов, В.Е. Личность преступника. Криминологопсихологическое исследование: монография. / Ю.М. Антонян, В.Е. Эминов. – М.: Норма, Инфра-М, 2015. – 368 с.

48. Баев, О.Я., Солодов, Д.А. Производство следственных действий: криминалистический анализ УПК России, практика, рекомендации: практическое пособие. / О.Я. Баев, Д.А. Солодов. – М.: Эксмо, 2009. – 208 с.

49. Белкин, Р.С. Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. Злободневные вопросы российской криминалистики. / Р.С. Белкин. – М., 2001. – 240 с.

50. Белкин, Р.С. Криминалистическая энциклопедия. / Р.С. Белкин. – М.: Мегатрон XXI, 2000. – 2-е изд. доп. – 334 с.

51. Белкин, Р.С. Курс советской криминалистики. Т. 3. / Р.С. Белкин. – М.: Изд-во Акад. МВД СССР, 1979. – 407 с.

52. Белкин, Р.С. Курс криминалистики. Учебное пособие для вузов в 3-х томах Т. 2. / Р.С. Белкин. – 3-е изд., доп. – М.: Закон и право, 2001. – 453 с.

53. Белкин, Р.С. Курс криминалистики. Учебное пособие для вузов в 3-х томах. Т. 3. / Р.С. Белкин. – 3-е изд., доп. – М.: Закон и право, 2001. – 543 с.

54. Бессонов, А.А. Основы криминалистического учения об исследовании и использовании криминалистической характеристики преступлений: монография. / А.А. Бессонов. – М.: Юрлитформ, 2016. – 256 с.

55. Бычков, В.В., Харченко, С.В., Хазизулин, В.Б. Особенности расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи: учебное пособие / В.В. Бычков, С.В. Харченко, В.Б. Хазизулин. – М.: Московская академия СК России, 2022. – 87 с.

56. Бэкон, Ф. Сочинения в двух томах. 2-е, испр. и доп. изд. Т. 2. / Ф. Бэкон. / Сост., общ. ред. и вступит. статья А.Л. Субботина. – М.: Мысль, 1978. – 575 с.

57. Василенко, В.А. Справочник операционной и перевязочной сестры / В.А. Василенко. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 320 с.

58. Витер, В.И., Поздеев, А.Р., Гецманова, И.В. Юридическая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников: монография. / В.И. Витер, А.Р. Поздеев, И.В. Гецманова. – Ижевск, 2007. – 380 с.

59. Волынский, А.Ф. Технико-криминалистическое обеспечение раскрытия и расследования преступлений. / А.Ф. Волынский. – М.: ВНИИ МВД РФ, 1994. – 80 с.

60. Гармаев, Ю.П. Методика расследования коррупционных преступлений: учебное пособие. / Ю.П. Гармаев. – Улан-Удэ, 2022. – 47 с.

61. Драпкин, Л.Я., Карагодин, В.Н. Криминалистика: учебник. / Л.Я. Драпкин, В.Н. Карагодин. – М.: Проспект, 2011. – 768 с.

62. Замалеева, С.В. Криминализация ятрогенных преступлений: монография. / С.В. Замалеева. – М.: Юрлитинформ, 2018. – 176 с.

63. Зеленский, В.Д. Теоретические вопросы организации расследования преступлений. Монография. / В.Д. Зеленский. – Краснодар: КубГАУ, 2011. – 156 с.

64. Использование специальных знаний при расследовании преступлений: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция». / под ред. А.И. Бастрыкина. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2016. – 255 с.

65. Истоки и современное содержание уголовной политики в области здравоохранения: актуальные вопросы теории и практики. Монография. / под ред.: А.В. Грошева, Е.В. Епифановой. – М.: Юрлитинформ, 2013. – 456 с.

66. Кильдиярова, Р.Р. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра. / Р.Р. Кильдиярова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 192 с.

67. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 846 с.

68. Козлова, Н. Право на ошибку. Следователи и медики высказали своё мнение о предложенных изменениях в Уголовный кодекс для врачей. // Российская газета – Федеральный выпуск. – 2018, 22 июля. – № 158 (7621).

69. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации: под общей ред. В.В. Мозякова. – М., Экзамен XXI, 2002. – 864 с.

70. Копнин, П.В. Гносеологические и логические основы науки. / П.В. Копнин. – М., 1974. – 568 с.

71. Криминалистика: учебник. Т. 1. / под общ. ред. А.И. Бастрыкина. – М.: Экзамен Москва, 2014. – 511 с.

72. Криминалистика. Учебник для вузов. / под ред. А.Ф. Волынского. – М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 1999. – 615 с.

73. Криминалистика: учебник. / под ред. В.Д. Зеленского и Г.М. Меретукова. СПб, Изд-во «Юридический центр», 2015. – 704 с.

74. Криминалистическая методика: учеб. пособие для академического бакалавриата. / под ред. Л.Я. Драпкина. – М.: Изд-во Юрайт, 2017. – 386 с.

75. Кулешова, Г.П. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой, криминологический и криминалистический аспекты: монография. / Н.А. Подольный, Г.П. Кулешова, Е.А. Коваль, А.В. Матюшкина, Н.Н. Подольная. – М.: Юрлитинформ, 2020. – 208 с.

76. Лопухов, А.М. Словарь терминов и понятий по обществознанию. / А.М. Лопухов. – 7-е изд. переб. и доп. – М., 2013. – 419 с.

77. Махов, В.Н. Использование знаний сведущих лиц при расследовании преступлений: монография. / В.Н. Махов. – М.: Изд-во РУДН, 2000. – 296 с.

78. Медицинское уголовное право: монография. / отв. ред. А.И. Рарог. – М.: Проспект, 2022. – 576 с.

79. Новейшие следственные ошибки. Учеб. пособие. / под ред. Ю.А. Цветкова. – М., ЮНИТИ, 2021. – 415 с.

80. Облаков, А.Ф. Криминалистическая характеристика преступлений и криминалистические ситуации: учебное пособие. / А.Ф. Облаков. – Хабаровск: Хабар. высш. шк. МВД СССР, 1985. – 86 с.

81. Ожегов, С.И., Шведова, Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений. / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – М.: ООО «А ТЕМП», 2006. – 944 с.

82. Оперативное вмешательство. // Российская Газета. – 08.07.2020. – № 147 (8201).

83. Пиголкин, Ю.И., Дубровин, И.А. Судебная медицина: учебник. / Ю.И. Пиголкин, И.А. Дубровин. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. – 424 с.

84. Пристансков, В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. Монография. / В.Д. Пристансков. – СПб, 2005. – 329 с.

85. Проведение процессуальных проверок и расследование ятрогенных преступлений: сборник методических рекомендаций. / под ред. А.М. Багмета. – М.: Московская академия СК России, 2017. – 169 с.

86. Расследование преступлений, совершаемых в сфере оказания медицинских услуг (ятрогенных преступлений): учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция». – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 207 с.

87. Расследование преступлений, совершённых медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А.М. Багмета. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. – 159 с.

88. Россинская, Е.Р. Комментарий к Федеральному закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». / Е.Р. Россинская. – М.: Право и закон, 2002. – 383 с.

89. Россинская, Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе. / Е.Р. Россинская. – М.: Норма, 2006. – 656 с.

90. Россинская, Е.Р., Галяшина, Е.И., Зинин, А.М. Теория судебной экспертизы. Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 030502.65 «Судебная экспертиза». / Е.Р. Россинская, Е.И. Галяшина, А.М. Зинин / под ред. Е.Р. Россинской. – М.: Норма, 2009. – 384 с.

91. Советская криминалистика. Методика расследования отдельных видов преступлений. / под ред. В.К. Лесиченко. – Киев, 1988. – 405 с.

92. Соловьёв, А.Б. Процессуальные, психологические и тактические основы допроса на предварительном следствии. / А.Б. Соловьёв. – М.: ООО Изд-во «Юрлитинформ», 2002. – 192 с.

93. Сорокотягина, Д.А. Судебная экспертиза: учебное пособие. / Д.А. Сорокотягина, И.Н. Сорокотягин. Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 336 с.

94. Судебно-медицинская экспертиза: термины и понятия. Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов. – М.: Норма, 2006. – 256 с.

95. Церетели, Т.В. Причинная связь в уголовном праве. / Т.В. Церетели. – Тбилиси: Изд-во Тбил. ун-та, 1957. – 276 с.

96. Эйсман, А.А. Заключение эксперта. Структура и научное обоснование. / А.А. Эйсман. – М.: Юрид. лит., 1967. – 152 с.

97. Юдин, Э.Г. Системный подход и принцип деятельности. / Э.Г. Юдин. – М.: Наука, 1978. – 391 с.

98. Яблоков, Н.П. Криминалистическая методика расследования: история, современное состояние и проблемы. / Н.П. Яблоков. – М.: Норма, 2019. – 192 с.

99. Яблоков, Н.П. Криминалистика: учебник. / Н.П. Яблоков. М.: Изд-во Юрайт, 2011. – 288 с.

100. Bioethics, medicine, and the criminal law: the criminal law and bioethical conflict: walking the tightrope / [edited by] Amel Alghrani, Rebecca Bennett, Suzanne Ost. Cambridge. – Cambridge University Press, 2013. – 290 p.

Научные статьи

101. Антонов, О.Ю. К вопросу о понятиях механизма и криминалистической характеристики (модели) преступлений и преступной деятельности / О.Ю. Антонов // Вестник Удмуртского университета. Серия Экономика и право. – 2011. – № 2. – С. 111-118.

102. Багмет, А.М. Медицина – во благо или во вред? / А.М. Багмет // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции. – М., Московская академия СК России, 2018. – С. 6-9.

103. Баринов, Е.Х., Калинин, Р.Э. Исследование актов внепроцессуального контроля качества и безопасности медицинской помощи, входящих в материалы «врачебных» дел / Е.Х. Баринов, Р.Э. Калинин // Достижения российской судебно-медицинской науки XX–XXI столетия: к 100-летию со дня образования современных судебно-экспертных школ. Труды VIII Всероссийского съезда судебных медиков с международным участием. – М.: ООО «Принт», 2019. – Т. 2. – С. 163-169.

104. Белкин, Р.С. Об оценке заключения судебного эксперта / Р.С. Белкин // Актуальные проблемы судебной экспертизы и криминалистики: тезисы научно-практической конференции. – Киев, 1993. – С. 11.

105. Белков, В.А. Пути улучшения качества профессиональной подготовки начинающих следователей / В.А. Белков // Вестник Московской академии СК России. – 2019. – № 2. – С. 149-152.

106. Берестовой, А.Н. Проблемы квалификации действий медицинских работников, выполняющих работы или оказывающих услуги, не отвечающих требованиям безопасности / А.Н. Берестовой // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России. – Иркутск, 2018. – № 3 (86). – С. 70-76.

107. Бессонов, А.А. О некоторых возможностях современной криминалистики в работе с электронными следами / А.А. Бессонов // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2019. – № 3 (55). – С. 46-52.

108. Бессонов, А.А., Маланина, Н.В. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг / А.А. Бессонов, Н.В. Маланина // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2018. – № 4. – С. 150-157.

109. Бишманов, Б.М. Использование специальных знаний в процессуальной и служебной деятельности / Б.М. Бишманов // «Черные дыры» в Российском законодательстве. – 2002. – № 4. – С. 440-446.

110. 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.

111. Боруленков, Ю.П. Профессия «следователь». Статья 1. Личность следователя / Ю.П. Боруленков // Уголовное судопроизводство. – 2016. – № 4. – С. 26-31.

112. Боруленков, Ю.П. Профессия «следователь». Статья 2. Компетентность / Ю.П. Боруленков // Уголовное судопроизводство. – 2017. – № 1. – С. 32-36.

113. Быкова, Е.Г. К вопросу об уголовно-правовой оценке содеянного медицинскими работниками при неосторожном сопричинении смерти пациенту / Е.Г. Быкова // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 12-13 мая 2022 г., Москва / под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М.: ООО «Принт», 2022. – С. 80-86.

114. Васильченко, А.В., Нугаева, Э.Д. К вопросу об оценке результатов судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей / А.В. Васильченко, Э.Д. Нугаева // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России. – 2020. – № 3 (94). – С. 176-186.

115. Вахмянина, Н.Б. Поиск документов в ходе расследования ятрогенных преступлений / Н.Б. Вахмянина // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 15 февраля 2018 года) / под общ. ред. А.М. Багмета. – М.: Московская академия СК России, 2018. – С. 35-37.

116. Винокурова, М.А. Ответственность за преступно ненадлежащее оказание медицинской помощи (часть 2 статьи 109, часть 2 статьи 118 УК РФ) / М.А. Винокурова // Правопорядок: история, теория, практика. – 2016. – № 1 (8). – С. 72-75.

117. Волохова, Е.Н. К вопросу об оценке заключения судебной экспертизы по уголовному делу на следствии и в суде / Е.Н. Волохова // Вестник криминалистики. – М.: Спарк, 2008. – Вып. 3 (27). – С. 114-115.

118. Волчецкая, Т.С., Лавриненко, А.А. Применение ситуационного подхода для повышения эффективности расследования ятрогенных преступлений / Т.С. Волчецкая, А.А. Лавриненко // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2020. – № 1 (59). – С. 16-20.

119. Волынский, А.Ф., Тишутина, И.В. Судебная экспертиза в системе научно-технического обеспечения поисково-познавательной деятельности при расследовании преступлений / А.Ф. Волынский, И.В. Тишутина // Известия

Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. – 2018. – № 4-2. – С. 9-17.

120. Габай, П.Г., Зарипова, Л.А. Значение причинно-следственных связей при рассмотрении гражданских и уголовных дел о причинении смерти или вреда здоровью / П.Г. Габай, Л.А. Зарипова // Российский следователь. – 2018. – № 8. – С. 7-15.

121. Галиев, Б.Б. Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности / Б.Б. Галиев // Актуальные проблемы медицины и биологии. – 2018. – № 2. – С. 38-42.

122. Галиев, Б.Б. Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности / Б.Б. Галиев // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 15 февраля 2018 года) / под общ. ред. А.М. Багмета. – М.: Московская академия СК России, 2018. – С. 46-50.

123. Гирько, С.И., Харченко, С.В. Некоторые аспекты использования результатов оперативно-розыскной деятельности / С.И. Гирько, С.В. Харченко // Военное право. – 2021. – № 4 (68). – С. 277-281.

124. Данилов, Е.О. Юридическая квалификация дефектов медицинской помощи / Е.О. Данилов // Актуальные проблемы российского права. – 2021. – № 5. – С. 123-138.

125. Дворецкий, Л.И. Ятрогения в практике интерниста / Л.И. Дворецкий // Терапевтический архив. – 2019. – № 91 (1). – С. 121-128.

126. Дементьева, Т.Ю., Ангипова, Н.Ф. Проблемы при квалификации ятрогенных преступлений в ходе предварительного следствия / Т.Ю. Дементьева, Н.Ф. Ангипова // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия Юридические науки. – 2020. – № 3. – С. 12-18.

127. Дерюгина, Т.В. Дефекты установления причинно-следственной связи между оказанием медицинских услуг и наступившими последствиями / Т.В. Дерюгина // Мировой судья. – 2020. – № 12. – С. 8-13.

128. Добряков, И.В., Блох, М.Е., Фаерберг, Л.М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи / И.В. Добряков, М.Е. Блох, Л.М. Фаерберг // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т. 64. – № 3. – С. 4-10.

129. Долецкий, С.Я. Ятрогения: клинический и социальный аспекты / С.Я. Долецкий // Архив патологии. – 1988. – Т. 31, Вып. 5. – С. 16-18.

130. Драпкин, Л.Я. Предмет доказывания и криминалистическая характеристика преступлений / Л.Я. Драпкин // Криминалистические характеристики в методике расследования преступлений. – Свердловск: Изд-во УрГУ, 1978. – С. 11-18.

131. Ермолович, Я.Н. Неосторожное сопричинение вреда в преступлениях, сопряжённых с нарушением специальных правил / Я.Н. Ермолович // Право в Вооруженных Силах – Военно-правовое обозрение. – 2019. – № 2 (259). – С. 76-86.

132. Жижина, М.В. Актуальные проблемы современной практики проведения судебно-почерковедческой экспертизы и пути их преодоления / М.В. Жижина // Российский судья. – 2020. – № 5. – С. 21-28.

133. Закордонец, С.В., Огнерубов, Н.А. Врач как специальный субъект правоотношений / С.В. Закордонец, Н.А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные науки. – 2017. – Т. 2. – Вып. 6. – С. 1735-1738.

134. Зингерман, Б.В., Шкловский-Корди, Н.В. Электронная медицинская карта и принципы её организации / Б.В. Зингерман, Н.В. Шкловский-Корди // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 2. – С. 37-58.

135. Иванцева, Н.В. Медицинское преступление и медицинская ошибка: проблемы разграничения / Н.В. Иванцева // Юридический вестник Самарского университета. – 2020. – Т. 6., № 1. – С. 61-67.

136. Калинин, Р.Э. Судебно-медицинская оценка причинно-следственной связи при проведении комиссионных экспертиз по материалам «врачебных» дел / Р.Э. Калинин // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Хабаровск. – 2018. – № 17. – С. 104-106.

137. Каневский, Л.Л. Дискуссионные проблемы сущности типовой криминалистической характеристики преступлений и её использования в процессе расследования / Л.Л. Каневский // Вестник криминалистики. – 2002. – Вып. 1 (3). – С. 22-28.

138. Карташова, К.С., Шелехов, И.Л., Кожевников, В.Н., Мытников, М.Н. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности / К.С. Карташова, И.Л. Шелехов, В.Н. Кожевников, М.Н. Мытников // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – № 2. – С. 103-106.

139. Каторгина, Н.П., Тонков, Е.Е. Формы использования специальных знаний в российском судопроизводстве: дилеммы теории и практики / Н.П. Каторина, Е.Е. Тонков // Научные ведомости БелГУ. Сер. Философия. Социология. Право. – 2016. – № 17 (238), вып. 37. – С. 127-134.

140. Ким, Е.П. Уголовно-правовая характеристика преступлений в сфере здравоохранения / Е.П. Ким // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Хабаровск. 2016. – № 15. – С. 81-86.

141. Клевно, В.А., Максимов, А.В. К вопросу о классификации и терминологии экспертных ошибок / В.А. Клевно, А.В. Максимов // Судебная медицина. – 2017. – Т. 3, № 2. – С. 8-11.

142. Князев, Д.С. Проблемы квалификации убийства матерью новорождённого ребёнка и пути их преодоления / Д.С. Князев // Российский следователь. – 2010. – № 16. – С. 17-19.

143. Кодинцев, А.Я., Рыбин, Д.В. Проблемы судебной экспертизы в трудах А.Ф. Кони / А.Я. Кодинцев, Д.В. Рыбин // Актуальные вопросы развития государственности и публичного права: материалы VI международной научно-практической конференции (25 сентября 2020 г.), в 2 т. – СПб: Санкт-Петербургский институт (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России), 2020. – С. 177-184.

144. Козлов, С.В. Об отношении врачей и правоприменителей к проблеме ятрогенной патологии (результаты социологического опроса) / С.В. Козлов // Медицинское право. – 2011. – № 3. – С. 28-31.

145. Козлова, Ю.Н. К вопросу о неосторожном сопричинении / Ю.Н. Козлова // Вестник Омского университета. Серия Право. – 2007. – № 2 (11). – С. 102-105.

146. Кручинина, Н.В. Юридическая ответственность за злоупотребления и преступления в сфере искусственной репродукции человека / Н.В. Кручинина // Право и современные технологии в медицине. – М.: РГ-Пресс, 2019. – С. 323-327.

147. Кузнецов, А.П. Понятие, общая характеристика преступлений против основ конституционного строя и безопасности государства / А.П. Кузнецов // Социально-политические науки. – 2017. – № 4. – С. 86-90.

148. Куркова, Н.А., Макарова, О.А. Особенности производства отдельных следственных действий по делам об ятрогенных преступлениях / Н.А. Куркова, О.А. Макарова // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. – 2021. – № 2. – С. 94-101.

149. Кустов, А.М. Криминалистическая и социально-правовая характеристика преступлений как ориентир в борьбе с преступностью / А.М. Кустов // Роль и значение деятельности Р.С. Белкина в становлении современной криминалистики. Материалы международной научной конференции (к 80-летию со дня рождения Р.С. Белкина). – М., 2002. – С. 220-224.

150. Лысенко, О.В., Лысенко, С.В. Психофизиологическая модель течения беременности / О.В. Лысенко, С.В. Лысенко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2003. – Т. 2. – № 4. – С. 44-49.

151. Лупинская, П.А. Доказательства и доказывание в новом уголовном процессе / П.А. Лупинская // Российская юстиция. – 2002. – № 7. – С. 5-8.

152. Мозжухина, Ю.Н. Когнитивные искажения как свойство поведенческих моделей / Ю.Н. Мозжухина // Проблемы педагогики. – 2017. – № 9 (32). – С. 22-25.

153. Мудряков, С.В. Основные этапы назначения и производства судебно-медицинской экспертизы при расследовании ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником / С.В. Мудряков //

Сборник материалов XIII Международной научно-практической конференции с элементами научной школы «Актуальные проблемы права России и стран СНГ – 2011». Часть II. – Челябинск: Цицеро, 2011. – С. 219-221.

154. Назмутдинова, Л.М. Особенности уголовной ответственности медицинский работников / Л.М. Назмутдинова // Вестник экономики, права и социологии. – 2017. – № 1. – С. 94-99.

155. Немира, С.В. Допрос эксперта как способ проверки его достоверности / С.В. Немира // Общество и право. – 2012. – № 2 (39). – С. 172-177.

156. Огнерубов, Н.А. Специфика преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере профессиональной деятельности: криминологический анализ / Н.А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. – 2014. – № 2 (130). – С. 225-230.

157. Огнерубов, Н.А. Ятрогенная преступность: причины и меры предупреждения / Н.А. Огнерубов // Социально-экономические явления и процессы. – 2010. – № 4 (020). – С. 121–126.

158. Отставнова, Е.А. Нетрадиционная и народная медицина в Российской Федерации: конституционно-правовой аспект / Е.А. Отставнова // Вестник Саратовской государственной юридической академии. – 2022. – № 4 (147). – С. 47-54.

159. Саморока, В.А., Бекетов, М.Ю. Нормативно-правовое регулирование и обобщение практики расследования уголовных дел о преступлениях экстремистской направленности / В.А. Саморока, М.Ю. Бекетов // Вестник Московского университета МВД России. – № 9. – 2013. – С. 204-210.

160. Пермякова, В.А. Особенности внутриутробного созревания как предпосылка психического развития детей / В.А. Пермякова // Сибирский психологический журнал. – 2012. – № 46. – С. 120 – 126.

161. Петрова, Т.Н. Некоторые проблемные вопросы расследования уголовных дел о ятрогенных преступлениях в сфере родовспоможения / Т.Н. Петрова // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг. Материалы Всероссийского научно-практического «круглого стола». – СПб, 2016. – С. 90-94.

162. Печерей, И.О. Казнить нельзя помиловать: в настоящее время в юридической литературе насчитывается около 70 определений понятия врачебной ошибки / И.О. Печерей // Московская медицина. – 2018. – № 2 (24). – С. 18-23.

163. Попов, А.Н. О начале уголовно-правовой охраны жизни в Российской Федерации / А.Н. Попов // Криминалистъ. – 2013. – № 2 (13). – С. 77-84.

164. Попов, А.М., Журбенко, А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения / А.М. Попов, А.М. Журбенко // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2021. – № 1. – С. 153-158.

165. Похиленко, А.Ю., Кашеева, К.А. Газлайтинг как форма психологического давления в медицине / А.Ю. Похиленко, К.А. Кашеева // Сборник статей III Всероссийского и II Международного конкурса молодых учёных «Гигиеническая наука – путь к здоровью населения» / под ред. О.Ю. Милушкиной, А.В. Колсанова. ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Союз гигиенистов. – Самара, 2020. – С. 147-153.

166. Пристансков, В.Д. Проблемы выявления неосторожных преступлений в медицине / В.Д. Пристансков // Проблемы прокурорской и следственной деятельности в сфере борьбы с преступностью в современных условиях. Международная научно-практическая конференция 5-6 июля 1996 г.: Тезисы выступлений. – СПб., 1996. – С. 179-180.

167. Сакович, А.С. Порядок оценки результатов почерковедческой экспертизы в рамках ст. 95 НК РФ / А.С. Сакович // Вестник арбитражной практики. – 2018. – № 5 (78). – С. 58-61.

168. Сариев, О.М. Врачебные ошибки и их влияние на определение оснований и пределов уголовной ответственности медицинских работников / О.М. Сариев // Вестник СевКавГТИ. – 2014. – № 17. – С. 108-112.

169. Селезнёва, А.Д., Кузнецов, С.В. Особенности построения составов ятрогенных преступлений по признаку специального субъекта / А.Д. Селезнёва, С.В. Кузнецов // Вестник Московской академии СК России. – 2021. – № 2. – С. 66-71.

170. Семёнова, О.Ю. Роль специалиста-медика в процессе расследования преступлений, совершённых медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей / О.Ю. Семёнова // Вестник Краснодарского университета МВД России. – 2020. – № 1. – С. 77-79.

171. Сергеева, О.В., Зиненко, Ю.В. Особенности проведения проверок сообщений о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи / О.В. Сергеева, Ю.В. Зиненко // Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. – 2021. – Т. 19, № 3. – С. 157-164.

172. Сидакова, И.А. К вопросу о дефиниции понятий врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи, ятрогненное преступление / И.А. Сидакова // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции. – М., Московская академия СК России, 2018. – С. 138-140.

173. Славгородская, О.А. Актуальные вопросы тактики допроса свидетелей / О.А. Славгородская // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. – 2016. – № 1 (9). – С. 75-83.

174. Снигирёв, А.А. Об уголовно-правовой защите человеческого плода в процессе внутриутробного развития и родов / А.А. Снигирёв // Медицинское право. – 2009. – № 4. – С. 43-45.

175. Сопнева, Е.В. Развитие представлений о заподозренном лице / Е.В. Сопнева // Актуальные проблемы российского права. – 2014. – № 11 (48). – С. 2568-2573.

176. Тенгизова, Ж.А., Джумаева, Р.Х. Допрос как следственное действие: порядок проведения и отличительные особенности / Ж.А. Тенгизова, Р.Х. Джумаева // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 18. – С. 98-99.

177. Тимофеев, И.В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия / И.В. Тимофеев // Медицинское право. – 2018. – № 6. – С. 8-15.

178. Туленев, А.И. Понятие форм использования специальных знаний и их классификация / А.И. Туленев // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2013. – № 4. – С. 166-171.

179. Фадеева, М.А. Проблемы применения уголовно-правовых норм при квалификации преступлений, совершённых медицинскими работниками в сфере профессиональной деятельности / М.А. Фадеева // Современное российское право: взаимодействие науки, нормотворчества и практики. Часть 3. XIII Международная научно-практическая конференция (Кутафинские чтения). – М., 2018. – С. 500-503.

180. Шамонова, Т.Н. Сущность и значение специальных медицинских знаний в уголовном судопроизводстве / Т.Н. Шамонова // Эксперт-криминалист. – 2010. – № 4. – С. 2-7.

181. Хазизулин, В.Б. Медицинская услуга ненадлежащего качества: некоторые аспекты методики расследования / В.Б. Хазизулин // Современная наука. – 2021. – № 6. – С. 27-31.

182. Хазизулин, В.Б. Ненадлежащая медицинская помощь: необходимость криминализации / В.Б. Хазизулин // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы XIX Международной научно-практической конференции. – М.: Блок-Принт, 2022. – С. 412-418.

183. Хазизулин, В.Б. Неосторожное сопричинение вреда при оказании медицинской помощи: отдельные вопросы методики расследования / В.Б. Хазизулин // Интеграция науки в условиях глобализации и цифровизации: материалы XIII Международной научно-практической конференции (29 сентября 2021 г.): в 2 ч. – Ч. 2. – Ростов н/Д: изд-во Южного университета ИУБиП, 2021. – С. 156-162.

184. Хазизулин, В.Б. О некоторых особенностях уголовно-правовой оценки медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности / В.Б. Хазизулин //

XI Дагелевские чтения. Уголовное право в эпоху глобальных потрясений: материалы Всероссийской научно-практической конференции. ДВФУ, 17.12.2020. – Владивосток, 2021. – С. 119-124.

185. Хазизулин, В.Б. Сущность механизма преступления как научное наследие Р.С. Белкина (на примере преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи) / В.Б. Хазизулин // Вестникъ криминалистики. – № 3 (83). – 2022. – С. 61-66.

186. Хазизулин, В.Б. Уголовно-правовые аспекты защиты человеческого плода в ходе оказания медицинской помощи при родовспоможении / В.Б. Хазизулин // Казанские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения: материалы Международной научно-практической конференции (28 апреля 2022 г.): в 2 ч. Казанский ин-т (фил.) ВГУЮ. – Казань: ЮрЭксПрактик, 2022. – Ч. 2. – С. 320-324.

187. Хазизулин, В.Б. Упреждающее знание и его роль в криминалистической методике расследования преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи / В.Б. Хазизулин // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2022. – № 1. – С. 204-213.

188. Хазизулин, В.Б. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза как элемент доказывания профессионального преступления медицинского работника / В.Б. Хазизулин // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 12-13 мая 2022 г., Москва / под общ. ред. И.Ю. Макарова. – М.: ООО «Принт», 2022. – С. 326-334.

189. Хазизулин, В.Б. Зарубежный опыт ответственности за преступления, совершённые при оказании медицинской помощи / В.Б. Хазизулин // Криминалистика в международном измерении: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва, 21 апреля 2023 г.) – М.: Московская академия СК России, 2023. – С. 266-275.

190. Хазизулин, В.Б. Пациент как элемент механизма оказания медицинской помощи / В.Б. Хазизулин // Виктимология. – 2023. – Т. 10. – № 1. – С. 107-114.

191. Хазизулин, В.Б. Субъект ненадлежащей медицинской помощи и его криминалистическое значение / В.Б. Хазизулин // Криминалистъ. – 2024. – № 1 (46). – С. 109-114.

192. Хазизулин, В.Б. Методологический основы расследования преступлений в сфере здравоохранения / В.Б. Хазизулин // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2025. – № 3 (49). – С. 160-168.

193. Хазизулин, В.Б. Неоказание помощи больному: дискуссионные вопросы квалификации / В.Б. Хазизулин // Сборник научных статей и докладов Международной научно-практической конференции «Проблемы уголовного

судопроизводства». 12 февраля 2026 г., Орёл. – РАНХиГС при Президенте РФ. – Орёл, 2026. – С. 36-39.

194. Харченко, С.В. Некоторые особенности взаимодействия следственных органов СК России с органами, осуществляющими оперативно-розыскную деятельность / С.В. Харченко // Вестник Московского университета МВД России. – 2020. – № 8. – С. 189-191.

195. Харченко, С.В., Шеметов, А.С. Некоторые особенности оперативно-розыскного предупреждения ятрогенных преступлений / С.В. Харченко, А.С. Шеметов // Закон и право. – 2020. – № 12. – С. 200-202.

196. Хмелева, А.В. Оценка следователем заключения судебного эксперта / А.В. Хмелева // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. Вып. 3. Ч. II. Юридические науки. – Тула: Изд-во ТулГУ, 2016. – С. 456-460.

197. Хижняк, Д.С. Нормативно-правовые основы противодействия транснациональным преступлениям и их расследования в Российской Федерации / Д.С. Хижняк // Общество и право. – № 3 (69). – 2019. – С. 91-96

198. Чаплыгина, В.Н. Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений / В.Н. Чаплыгина // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. // Северо-Западный филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия» / под общ. ред. Е.Н. Рахмановой. – СПб.: ИД «Петрополис», 2017. – С. 211-215.

199. Чаплыгина, В.Н., Васюков, В.Ф. Дискуссионные вопросы терминологической конструкции понятия «ятрогенное преступление» / В.Н. Чаплыгина, В.Ф. Васюков // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершённых медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции. – М., Московская академия СК России, 2018. – С. 157-159.

200. Эксархопуло, А.А. Специальные познания в уголовном процессе и их нетрадиционные формы / А.А. Эксархопуло // Вестник криминалистики. Вып. 2. – М.: Спарк, 2001. – С. 23-28.

201. Эртель, Л.А. Использование судебно-медицинской экспертизы в уголовном судопроизводстве в качестве доказательства по делам о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками профессиональных обязанностей / Л.А. Эртель // Медицинское право. – 2018. – № 2. – С. 52-55.

202. Яблоков, Н.П. Криминалистическая характеристика преступлений как составная часть общей криминалистической теории / Н.П. Яблоков // Вестник Московского университета. Серия Право. – 2000. – № 2. – С. 3-13.

Авторефераты и диссертации

203. Александров, И.В. Теоретические и практические проблемы расследования налоговых преступлений: дис. … докт. юрид. наук: 12.00.12 / Игорь Викторович Александров. – Екатеринбург, 2003. – 431 с.

204. Амиров, Р.Г. Методика расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Равиль Гайсович Амиров. – Ростов н/Д, 2021. – 25 с.

205. Аськов, Н.Н. Уголовно-правовые предписания об обстоятельствах, исключающих преступность деяния, в применении к медицинскому работнику: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Николай Николаевич Аськов. – Самара, 2021. – 24 с.

206. Балакшин, В.С. Доказательства в теории и практике уголовно-процессуального доказывания (важнейшие проблемы в свете УПК Российской Федерации): дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.09 / Виктор Степанович Балакшин. – Екатеринбург, 2005. – 533 с.

207. Бессонов, А.А. Частная теория криминалистической характеристики преступлений: дис. … докт. юрид. наук: 12.00.12 / Алексей Александрович Бессонов. – Элиста, 2017. – 456 с.

208. Венев, Д.А. Криминалистическое обеспечение расследования преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.12 / Дмитрий Александрович Венев. – М., 2016. – 248 с.

209. Замалеева, С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Светлана Владимировна Замалеева. – Екатеринбург, 2016. – 26 с.

210. Иванова, Е.В. Концептуальные основы использования специальных знаний при выявлении и расследовании преступлений, связанных с опасными для здоровья веществами: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.12 / Елена Вячеславовна Иванова. – Коломна, 2016. – 468 с.

211. Иванова, Я.И. Методика расследования ятрогенных преступлений, совершённых в сфере родовспоможения: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Яна Игоревна Иванова. – М., 2017. – 177 с.

212. Игнатьев, М.В. Криминалистическая теория и практика установления причинно-следственных связей в расследовании преступлений: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.12 / Михаил Евгеньевич Игнатьев. – М., 2020. – 454 с.

213. Коновод, А.А. Расследование уклонения от уплаты налогов и (или) сборов с физического лица: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Андрей Александрович Коновод. – Краснодар, 2016. – 31 с.

214. Лавриненко, А.А. Расследование ятрогенных преступлений, совершённых в отношении несовершеннолетних: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Александра Александровна Лавриненко. – Калининград, 2022. – 273 с.

215. Мелешко, Д.А. Сопричинение вреда без признаков соучастия в доктрине уголовного права: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Денис Анатольевич Мелешко. – М., 2016. – 30 с.

216. Михайлова, Л.В. Оперативно-розыскное обеспечение раскрытия и расследования хищений на объектах морского транспорта: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Лариса Васильевна Михайлова. – Краснодар, 2015. – 26 с.

217. Никитина, И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Илона Олеговна Никитина. – Н. Новгород, 2007. – 32 с.

218. Огнерубов, Н.А. Профессиональные преступления медицинских работников: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Николай Алексеевич Огнерубов. – М., 2014. – 170 с.

219. Оздоев, М.Т. Должностные преступления: уголовно-правовой анализ и предупреждение: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Мурат Туганович Оздоев. – СПб., 2005. – 207 с.

220. Пристансков, В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.09 / Владимир Дмитриевич Пристансков. – СПб., 2000. – 122 с.

221. Радионова, М.А. Формы использования знаний сведущих лиц на стадии предварительного расследования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09 / Мария Александровна Радионова. – Челябинск, 2010. – 26 с.

222. Саранцев, К.А. Особенности расследования преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.09 / Кирилл Андреевич Саранцев. – М., 2009. – 22 с.

223. Себякин, А.Г. Тактика использования знаний в области компьютерной техники в целях получения криминалистически значимой информации: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Алексей Геннадьевич Себякин. – М., 2021. – 271 с.

224. Сенокосова, Е.К. Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Екатерина Константиновна Сенокосова. – Омск, 2018. – 234 с.

225. Сергеев, Л.А. Расследование и предупреждение хищений, совершаемых при производстве строительных работ: автореферат дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.00 / Лев Александрович Сергеев. – М., 1966. – 16 с.

226. Стешич, Е.С. Теоретические и методологические основы криминологического исследования преступлений, связанных с причинением смерти: дис. … д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Елена Сергеевна Стешич. – Ростов н/Д, 2019. – 533 с.

227. Сухарникова, Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.09 / Лариса Викторовна Сухарникова. – СПб., 2006. – 26 с.

228. Трапезникова, И.И. Специальные знания в уголовном процессе России (понятие, признаки структура): автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.09 / Ирина Ильинична Трапезникова. – Челябинск, 2004. – 23 с.

229. Тузлукова, М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Марина Валентиновна Тузлукова. – Казань, 2017. – 201 с.

230. Фойгель, Е.И. Методика расследования адвенальных преступлений: теоретическая модель и механизм реализации: дис. … д-ра юрид. наук: 12.00.12 / Елена Игоревна Фойгель. – Иркутск, 2019. – 525 с.

231. Хазизулин, В.Б. Расследование преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи: дис. … канд. юрид. наук: 5.1.4. / Виталий Билалуевич Хазизулин. – М., 2023. – 264 с.

232. Черных, А.Е. Конституционное право граждан на охрану здоровья и проблемы его реализации в Российской Федерации: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.02 / Александр Евгеньевич Черных. – М., 2012. – 18 с.

233. Шепелев, С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.12 / Сергей Валерьевич Шепелев. – М., 2022. – 269 с.

234. Шумаков, А.С. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Александр Сергеевич Шумаков. – М., 2007. – 24 с.

235. Яковлев, М.М. Проблемы теории и практики выявления и расследования преступлений, связанных с профессиональной деятельностью: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.09 / Макар Макарович Яковлев. – Краснодар, 2008. – 58 с.