

А.П. Божченко¹, И.В. Гугнин²,
М.Т. Исмаилов³, И.М. Никитин⁴

Уголовно-правовые и экспертно-криминалистические аспекты оценки профессиональных правонарушений медицинских работников

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Новгородское бюро судебно-медицинской экспертизы, Новгород

³Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

⁴Санкт-Петербургская городская коллегия адвокатов, Санкт-Петербург

Резюме. Рассмотрены объективные причины, по которым возникают трудности при правовой и судебно-медицинской экспертной оценке правильности, полноты и своевременности оказания медицинской помощи: 1) неупорядоченность нормативной правовой базы, регламентирующей медицинскую деятельность; 2) недостаточное количество узко ориентированных на медицинское право специалистов; 3) необходимость ретроспективной правовой и экспертной оценки произошедших событий; 4) существование различных подходов в вопросах оказания медицинской помощи и оценки ее влияния на исход как среди судебно-медицинских экспертов, так и среди экспертов и юристов. Приведены статистические данные, свидетельствующие о росте за последние 15 лет количества «врачебных дел», о существенных региональных различиях в количестве возбуждаемых уголовных дел и итогах их расследования. Показано, что унификаты медицинской деятельности (порядки и стандарты) формализуют медицинскую деятельность и возможность оценки ее итогов, но вместе с тем создают предпосылки для подмены аргументации выводов судебно-медицинских экспертов с сущностной на формальную. Систематизированы наиболее распространенные недостатки, допускаемые следователями и представителями судебного корпуса, ведущими «врачебные дела». Представлены возможные пути преодоления рассмотренных недостатков (нормативно-правовые, организационные, научно-методические). С учетом общемировых тенденций высказано мнение о необходимости принципиального изменения подхода к оценке итогов взаимоотношений врача и пациента: данная проблема в большей мере является не проблемой уголовного права, а гражданско-правовой и должна решаться на уровне страховых компаний, медиаторов и третейских судов.

Ключевые слова: врачебные дела, врачебная ошибка, дефект медицинской помощи, предмет экспертизы, причинно-следственная связь, состав преступления, уголовный процесс, судебно-медицинская экспертиза, ятрогенные преступления.

Введение. Профессиональная деятельность медицинских работников (врачей, фельдшеров, медицинских сестер) сопряжена с непосредственным воздействием специалистов на жизнь и здоровье больного. Риск возникновения незапланированных результатов при оказании медицинской помощи составляет в среднем 10%, а риск наступления смертельного исхода – около 0,3% [1]. Неблагоприятные последствия могут иметь различные причины, среди которых не только закономерное течение, тяжесть заболевания (травмы), несовершенство медицины или несчастный случай, но и так называемый «человеческий» фактор, обуславливающий возникновение врачебных ошибок, дефектов медицинской помощи и ятрогенных повреждений. Возможны и умышленные вредоносные действия [1–3].

Неблагоприятные последствия медицинской деятельности, связанные с «человеческим» фактором, подлежат уголовной либо гражданско-правовой оценке, и в современных условиях такая оценка приобретает чрезвычайно высокую социальную значи-

мость [1, 2, 4]. Количество уголовных и гражданских дел по так называемым «врачебным делам» растет с каждым годом. Если еще 10–15 лет назад это была небольшая группа дел в общей структуре правоприменительной практики, то в настоящее время их количество возросло как в абсолютном, так и в относительном исчислении, более того, именно эта категория дел нередко оказывается в центре общественного внимания [8, 10].

Цель исследования. Проанализировать объективные трудности правовой оценки правильности, полноты и своевременности оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Анализировались нормативные правовые акты по вопросам регламентации медицинской деятельности, заключения судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам», ведомственные статистические отчеты по итогам расследования преступлений против жизни и здоровья граждан, связанным с ненадлежащим исполнением

медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. В процессе исследования использовались такие методы, как выделение и фиксация информации, группировка данных, сравнение, анализ, обобщение.

Результаты и их обсуждение. Выявлены объективные причины, по которым возникают трудности при правовой и судебно-медицинской экспертной оценке правильности, полноты и своевременности оказания медицинской помощи. К их числу относят:

1. Несовершенство нормативной правовой базы, регламентирующей медицинскую деятельность, отмеченное большинством исследователей [1, 7, 8, 13]. В последние годы наметилась тенденция к упорядочению в этом вопросе, чему во многом способствовало принятие в 2011 г. нового Федерального Закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Как следствие, появились и непрерывно совершенствуются (детализируются, гармонизируются) унификаты медицинской деятельности [10, 13]: порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения). В связи с более жесткой регламентацией медицинской деятельности любые отклонения от порядков или стандартов теперь могут быть легко формализованы и приобрести достаточную правовую основу для инициализации предварительного расследования, а в дальнейшем и возбуждения уголовного дела [1, 3, 12, 13].

Закономерным итогом такого рода практики становится возрастание количества судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам». Так, если 10–15 лет назад в Новгородском бюро судебно-медицинской экспертизы количество таких экспертиз ежегодно составляло около 5–7, лишь в отдельные годы достигая 10, то в 2016 г. их количество составляло уже 17, в 2017 и 2018 гг. – 25 и 32. Такого рода экспертизы традиционно относятся к категории сложных (комиссионных, комплексных, многообъектных, ситуационных), и в целом по Российской Федерации доля их среди данной категории экспертиз возросла за последние годы в среднем примерно с 10 до 35%, составляя в среднем около 4,5–6 тысяч в год.

Значительным является региональный разброс данного показателя. Так, в Московской, Ростовской и Саратовской областях на долю экспертиз по «врачебным делам» приходилось более 40% от общего количества сложных экспертиз, тогда как в Республиках Алтай, Дагестан и Ингушетия – всего 8–10% [5]. Почти 5-кратный разброс значений не может быть объяснен более высоким качеством медицинской помощи в этих регионах (скорее наоборот). Единственное более-менее разумное объяснение заключается в различной экспертной оценке расследуемых ситуаций и различной правоприменительной практике по вопросам назначения и трактовки результатов экспертных исследований. По данным Следственного комитета России, наибольшее количество отказов в

возбуждении уголовных дел наблюдалось в Республике Северная Осетия – Алания (92%), Астраханской области (93%) и Чеченской Республике (97%) [2]. Критический анализ таких отказов показывает зачастую их необоснованность либо неправомерное затягивание сроков производства расследования и, как следствие, отказ в возбуждении дел за истечением сроков давности [1, 2, 4, 7].

Унификаты медицинской деятельности, разумеется, формализуют медицинскую деятельность и ее итоги, что положительно сказывается на расследовании «врачебных дел», но наряду с этим наблюдается переоценка их значения и подмена аргументации экспертных выводов с сущностной на формальную. Дело в том, что порядки и стандарты оказания медицинской помощи определяют лишь общие вопросы организации медицинской помощи, ее обеспеченности оборудованием и медицинским персоналом, кратность тех или иных диагностических и лечебных мероприятий при определенной нозологической форме. Но они не учитывают потребность в медицинской помощи конкретного больного, у которого может быть не одно, а два, три или более различных нозологических форм одновременно (явление полипатии). Нередко объем медицинской помощи согласно стандартам, определяющим оказание ее при разных нозологических формах, может кардинально различаться. Так, при остром нарушении мозгового кровообращения по геморрагическому типу назначение антикоагулянтов не показано, а при инфаркте миокарда и наличии аортокоронарных шунтов антикоагулянты входят в перечень обязательно назначаемого патогенетического лечения. Но острое нарушение мозгового кровообращения нередко развивается у больных с инфарктом миокарда, нередко имеющих в анамнезе операцию по аортокоронарному шунтированию. В такой ситуации, с формальной точки зрения, и врач, назначивший антикоагулянты, и врач, не назначивший эти же препараты, оказывается в одинаково невыгодной ситуации «правонарушителя». Экспертная и правовая оценка должна быть дана оказанной медицинской помощи не абстрактному человеку (пациенту), а конкретному больному.

2. Недостаточное количество узко ориентированных на медицинское право специалистов среди юристов и судебно-медицинских экспертов. Наибольшее количество усилий по преодолению этой проблемы на сегодняшний день предпринимается со стороны Следственного комитета России, что неслучайно, поскольку 60% всех экспертиз по «врачебным делам» назначаются следователями Следственного комитета. Это и регулярные научно-практические межпрофильные конференции (круглые столы) по проблемным вопросам расследования преступлений в сфере оказания медицинской помощи, и специальные методические рекомендации для следователей по расследованию «ятрогенных» преступлений (издавались неоднократно Академией следственного

комитета), и курсы повышения квалификации следователей по данному направлению деятельности. Однако еще примерно 15% экспертиз назначаются дознавателями и следователями Министерства внутренних дел России и около 25% – судами. Активные меры по повышению квалификации в собственных «рядах» этими структурами практически не предпринимаются. Как следствие, именно со стороны этих структур на сегодняшний день сохраняется наибольшее количество недостатков в расследовании дел.

Анализ заключений судебно-медицинских экспертиз, постановлений следователей о возбуждении и прекращении уголовных дел в отношении медицинских работников, а также определений судов (собственный материал и результаты обобщения Судебного департамента при Верховном суде России) позволяет выделить ряд наиболее распространенных недостатков, общих для следователей Следственного комитета, дознавателей и следователей Министерства внутренних дел России, представителей судейского корпуса, свидетельствующих о недостаточно высоком уровне специалистов, ведущих такие дела:

– необоснованно широкое использование термина «ятрогенные преступления» [3, 4, 8, 12]. Тенденция последних лет – связать ятрогению с вредом, причиненным здоровью человека, и уголовно наказуемым деянием – преступлением («ятрогенное преступление») – является, на наш взгляд, неправильной. Ятрогения может быть следствием не только неправильных, но и правильных действий врача. Не всякая ятрогенная патология (повреждение) несет в себе квалифицирующие признаки вреда здоровью. Более того, даже при наличии вреда возможны и в действительности нередки исключаяющие вину обстоятельства (действие в условиях крайней необходимости, обоснованного риска). Кроме краткости в обозначении правонарушений со стороны медицинских работников при исполнении ими профессиональных обязанностей, ничем другим эта тенденция не может быть оправдана. Вместе с тем создается ложный посыл о «вредоносности» врача и медицинской помощи в целом, а «невинное» (рабочее) упоминание в медицинских документах медицинского термина «ятрогения» в логике «ятрогенных преступлений» становится поводом для необоснованного возбуждения уголовного дела [3];

– использование в названиях назначаемых экспертиз таких терминов, которые не содержатся в Уголовно-процессуальном кодексе Российской Федерации или в Федеральном Законе № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Нам встречались следующие названия экспертиз: «медицинские», «медицинские судебные», «судебные медицинские», «комплексные медицинские» и пр. Между тем, в Уголовно-процессуальном кодексе Российской Федерации упоминаются только комиссионные и комплексные экспертизы, а в Федеральном Законе № 323 «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» предусмотрено шесть видов медицинских экспертиз: 1) экспертиза временной нетрудоспособности; 2) медико-социальная экспертиза; 3) военно-врачебная экспертиза; 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы; 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией; 6) экспертиза качества медицинской помощи. Дополнительные рубрики могут строиться по основному объекту (живое лицо, труп, вещественные доказательства, материалы дела) или основному методу исследования и не содержат «медицинских судебных» и подобных им разновидностей экспертиз. Поскольку экспертизы назначают профессиональные юристы, сам факт назначения экспертиз с такими названиями является отражением «брожения умов» и не вселяет оптимизма относительно понимания «заказчиками» экспертиз не только формальных вопросов, но и предмета доказывания по делу;

– не только формальная, но и содержательная подмена судебно-медицинской экспертизы экспертизой совсем другого вида, а именно экспертизой качества медицинской помощи. Судебной экспертизой может быть только судебно-медицинская экспертиза, представляющая собой процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла (в случае судебно-медицинской экспертизы – в области медицины) и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу. Экспертиза качества медицинской помощи не является процессуальным действием – она представляет собой контрольное действие или мероприятие (государственный, вневедомственный, ведомственный и внутренний контроль). Не являясь процессуальным действием, экспертиза качества медицинской помощи может выступать лишь как предварительное исследование и играть вспомогательную роль при решении вопроса о возбуждении уголовного дела в выборе направления расследования, но не может заменить судебно-медицинскую экспертизу;

– неоправданно большое количество вопросов, ставящихся на разрешение экспертов [7, 10]. Анализ содержания экспертных вопросов (по материалам постановлений следователей) обнаруживает нелепый факт – многие из них не соответствуют предмету доказывания, дублируют друг друга, находятся вне компетенции судебно-медицинского эксперта, соответствуют существу экспертизы качества медицинской помощи. Такая проблема порождается самим следствием и представляет собой результат недостаточной компетенции следователей и вынужденной «оборонительной» позиции следствия в целом. Подобное наблюдается, к сожалению, и в самой медицине («осторожная» медицина – из-

быточное назначение исследований, консультаций, лекарств). Между тем по существу требуется решение четырех основных вопросов при расследовании преступления с материальным составом: о сущности дефекта медицинской помощи, о сущности неблагоприятного исхода, о наличии между ними связи и о степени вреда, причиненного здоровью [7, 10]. Для предупреждения этой проблемы следователи не используют инструменты, которые им предоставлены законодательством: возможность согласования вопросов с руководителями экспертных учреждений либо непосредственно с экспертами, которым поручено производство экспертизы; постановка вопросов с помощью специалиста. Что касается института специалиста, то он в основном используется стороной защиты и в интересах защиты;

– большое количество вопросов порождает еще одну проблему, связанную со сроками производства расследований, – затягивание и превышение допустимых сроков [7, 8, 11]. Следователи в возникновении этой проблемы склонны винить экспертов, поскольку, во-первых, период ожидания из-за загруженности экспертных учреждений может составлять от нескольких месяцев до 1–2 лет, а во-вторых, сроки производства самих экспертиз, как правило, в силу их сложности превышают 1,5–2 месяца, иногда достигая полугодия и больше. В условиях, когда сроки давности привлечения к ответственности по «врачебным делам», большинство из которых относится к категории небольшой тяжести, не должны превышать 2 лет, это означает если не полный, то частичный, но все же ощутимый паралич процесса досудебного расследования. Вынужденные «метания» следователей в поиске альтернативных решений нередко приводят их к необходимости переквалификации инкриминируемых статей на статьи, предусматривающие санкции большей тяжести, а потому и допускающие большие сроки расследования (например, на ч. 2 ст. 124 Уголовного кодекса Российской Федерации «Неоказание помощи больному»), что уже само по себе неверно, так как исходно закладывает слабую обвинительную позицию с уменьшением шансов ее доказывания в будущем [7].

Нехватка узко ориентированных (подготовленных) специалистов среди экспертов решается по-разному. В государственных судебно-экспертных учреждениях увеличен штат подразделений, занимающихся повторными и сложными экспертизами. В некоторых из них в штатное расписание введены дополнительные подразделения (например, в Санкт-Петербургском городском бюро – отделение «особо сложных экспертиз» в составе отдела повторных и сложных экспертиз). Специальные дополнительные подразделения, состоящие из врачей судебно-медицинских экспертов (в порядке эксперимента), создаются и в Следственном комитете России. Однако такую тенденцию нельзя считать правильной и имеющей перспективу. Решение проблемы должно заключаться прежде всего в уменьшении количества

первично назначаемых экспертиз (за счет более строгой фильтрации часто необоснованных заявлений граждан, являющихся основным поводом для назначения экспертиз); в упорядочении перечня вопросов, ставящихся на экспертное разрешение (строго в соответствии с предметом доказывания по инкриминируемой статье); в повышении компетенции следователей, дознавателей и судей (за счет специализации по профильным делам).

Важное значение имеет и повышение доверия к заключениям экспертов, особенно первичным. В этой части следователи, ведущие дела, «неудачи» своего расследования нередко склонны объяснять внутриведомственными и корпоративными интересами врачей и судебно-медицинских экспертов. Наличие таких интересов, ведомственную взаимозависимость нельзя отрицать, но и не следует преувеличивать. Предупреждая такого рода предпосылки для необъективного заключения, целесообразно как можно чаще назначать проведение экспертизы экспертам из других регионов (особенно по так называемым «громким делам», при заранее известном сутяжном психотипе заявителя и т. п.). В деле повышения доверия к экспертным заключениям должна повышаться правовая грамотность судебно-медицинских экспертов. Эксперты в большинстве случаев при формулировании своих выводов не исходят из представления о составе преступления и не используют имеющееся у них право на инициативное участие в расследовании (например, не указывают объективные причины допущенных недостатков медицинской помощи, которые могли бы послужить фактором смягчения вины медицинского работника и т. п.).

3. Необходимость ретроспективной правовой и экспертной оценки произошедших событий [9, 12, 6] с учётом того, что организм человека представляет собою динамическую, быстро изменяющуюся сложноорганизованную систему.

Указанными причинами определяются прежде всего сложности производства судебно-медицинских экспертиз и, как следствие, сложности последующей правовой оценки результатов таких экспертиз. Единственным решением в этой связи может быть только совершенствование медицины в целом и судебно-медицинской экспертизы в частности. Надо признать, что зачастую возможности экспертизы ограничиваются банальными причинами, среди которых наиболее распространенной является низкое качество оформления медицинской документации (краткие, малоинформативные, неразборчивые записи, отсутствие или утрата диагностически важных результатов лабораторных и инструментальных исследований). Преодолев только одну эту причину, можно было бы значительно повысить доказательную силу многих, если не большинства, экспертиз. В этой связи предпочтительны электронные формы ведения медицинских документов (электронная история болезни и т. п.).

4. Еще одна трудность правовой оценки медицинской деятельности связана с существованием различных подходов в вопросах оценки содержания самой медицинской помощи и оценки ее влияния на исход, обусловленных различием исторических процессов складывания (в условиях изоляционизма, доктринальных различий) научных медицинских и юридических школ [1, 7, 9, 12]. В этом смысле наиболее показательным различием представление о причинно-следственных связях в судебной медицине (у представителей различных научных школ) и в уголовном праве [7, 6, 14].

Так, в Новгородском бюро судебно-медицинской экспертизы в 2015–2016 гг. дефекты оказания медицинской помощи были выявлены в 66,6% экспертиз, проведенных по «врачебным делам»: в Санкт-Петербурге (на примере судебно-медицинской лаборатории кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова) – в 75% случаев. Между допущенными дефектами оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями (причинением смерти либо тяжкого или средней тяжести вреда здоровью) в Новгороде прямая причинно-следственная связь была установлена в 34,6% наблюдений от тех экспертиз, в которых были обнаружены дефекты, в Санкт-Петербурге в 17,7% была установлена прямая и еще в 21,4% случаев непрямая причинно-следственная связь. Таким образом, врачи-эксперты петербургской школы чаще выявляют недостатки оказания медицинской помощи (дефекты). При этом они же чаще используют в отношении устанавливаемой причинно-следственной связи не односложный («есть – нет»), а дифференцированный подход, выделяя не только прямую, но и непрямую (косвенную, опосредованную) связь (последняя имеет перспективу для принятия судебных решений в гражданском процессе).

Имеет место различие в оценке причинно-следственной связи в медицине (судебной медицине) и юриспруденции (уголовном праве). Наиболее ярко это проявляется на примере оценки влияния на исход бездействия. Так, в медицине в случае бездействия в физическом (естественно-научном) смысле причинная связь между бездействием и наступившим неблагоприятным последствием отсутствует (субъект преступления не влияет, не воздействует, не порождает, не причиняет) [7, 6, 14]. Но в юриспруденции связь может быть установлена, и ответственность наступает, если субъект отвечает за бездействие «как за причинение», что бывает в случаях, когда он позволил реализоваться уже существующей причине, несмотря на то, что должен был и мог (в силу профессиональных или должностных обязанностей) предотвратить наступление общественно опасного последствия [7, 6].

Заключение. Установлено, что проблемы, возникающие при расследовании преступлений,

совершенных медицинскими работниками, носят системный характер. Для их разрешения необходимо принятие комплекса нормативно-правовых, организационных, научно-методических мер. Последние могут быть успешно решены только при междисциплинарном взгляде на проблему. В целом требуется принципиальное изменение подхода к оценке итогов взаимоотношений врача и пациента. Общемировые тенденции таковы, что эта проблема в большей мере лежит не в плоскости уголовного права, а является гражданско-правовой и решается на уровне страховых компаний, медиаторов и третейских судов, в подавляющем большинстве случаев не доходя до уголовных судов.

Литература

1. Альшевский, В.В. Безопасность медицинской помощи (услуги). Судебно-медицинский аспект / В.В. Альшевский, И.А. Толмачев // Пробл. суд.-мед. и эксперт. права: сб. научн. тр. – Краснодар. – 2014. – Вып. 4. – С. 8–11.
2. Бастрыкин, А.И. Противодействия преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения / А.И. Бастрыкин // Вестн. Акад. Следственного комитета РФ. – 2017. – № 1. – С. 11–14.
3. Божченко, А.П. Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции / А.П. Божченко // Мед. право. – 2016. – № 5. – С. 7–11.
4. Лобан, И.Е. О понятиях ятрогения и дефект медицинской помощи / И.Е. Лобан, В.Д. Исаков // Уголовная ответственность мед. работников: мат. Всеросс. научн.-практ. круглого стола. – СПб., 2017. – С. 101–105.
5. Ковалев, А.В. Оптимизация правовых знаний судебного эксперта – основа объективизации судебно-экспертных исследований / А.В. Ковалев [и др.] // Современное развитие криминалистики и судебной экспертизы как реализации идей Р.С. Белкина: сб. научн.-практ. статей. – М., 2018. – С. 361–366.
6. Лаврентюк, Г.П. Установление причинно-следственных связей в судебной медицине / Г.П. Лаврентюк [и др.]. – СПб., 2013. – 144 с.
7. Никитин, И.М. К вопросу о материальном и формальном составах преступлений и критериях устанавливаемой причинно-следственной связи по так называемым «врачебным» делам / И.М. Никитин, А.П. Божченко // Акт. вопр. суд. мед. и права: сб. научн.-практ. статей. – Казань, 2017. – Вып. 8. – С. 6–14.
8. Никитина, И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис. ... канд. юрид. наук / И.О. Никитина. – Н. Новгород, 2007. – 22 с.
9. Повзун, С.А. Врачебная комиссия: ошибки при анализе ошибок / С.А. Повзун [и др.] // Мед. право. – 2016. – № 6. – С. 16–19.
10. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: метод. рекомендации. – 2-е изд., доп. – М., 2017. – 29 с.
11. Сергеев, Ю.Д. Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев // Мед. право. – 2014. – № 6. – С. 3–8.
12. Тимофеев, И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты / И.В. Тимофеев. – СПб.: ДНК, 2014. – 224 с.

13. Тихомиров, А.В. Законодательные унификаты и деликт в сфере охраны здоровья // Мед. экспертиза и право / А.В. Тихомиров. – 2016. – № 3. – С. 10–17.
14. Хрусталева, Ю.А. Критерии причинности в юриспруденции, философии, медицине / Ю.А. Хрусталева / Акт. вопр. суд.-мед. и экспертной практики: сб. научн.-практ. работ. – Новосибирск, 2014. – С. 70–74.

A.P. Bozhchenko, I.V. Gugin, M.T. Ismailov, M.I. Nikitin

**Criminal-legal and expert-criminalistic aspects
of evaluating professional violations medical workers**

***Abstract.** The objective reasons for which there are difficulties in the legal and forensic expert assessment of the correctness, completeness and timeliness of the provision of medical care are considered: 1) disordered regulatory framework governing medical activities; 2) insufficient number of specialists narrowly focused on medical law; 3) the need for a retrospective legal and expert assessment of events; 4) the existence of various approaches to the provision of medical care and assessing its impact on outcome both among forensic experts and among experts and lawyers. Statistical data are provided, indicating an increase in the number of «medical cases» over the past 15 years, significant regional differences in the number of criminal cases initiated and the outcome of their investigation. It is shown that the uniformities of medical activity (orders and standards), although they formalize medical activity and the possibility of evaluating its results, at the same time create prerequisites for substituting substantive for formal arguments for the conclusions of forensic experts. The most common shortcomings made by investigators and representatives of the judiciary conducting «medical cases» are systematized. Possible ways to overcome the considered shortcomings (regulatory, organizational, scientific, methodological) are presented. Considering global trends, an opinion was expressed on the need for a fundamental change in the approach to assessing the results of the relationship between a doctor and a patient - this problem is to a greater extent not a criminal law problem, but a civil law one and should be solved at the level of insurance companies, mediators and arbitration courts.*

***Key words:** medical cases, medical error, medical care defect, subject matter of expertise, a causal relationship, crime structure, criminal proceeding, forensic medical examination, iatrogenic crimes.*

Контактный телефон: 8-921-344-37-07; e-mail: vmeda-nio@mil.ru