

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ЗНАНИЙ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ
(справочно-информационные материалы)**

**Ч. 4. Назначение комплексных судебно-
медицинских экспертиз в случаях
неблагоприятных исходов
в медицинской практике**





**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ЗНАНИЙ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ
(справочно-информационные материалы)**

**Ч. 4. Назначение комплексных судебно-медицинских
экспертиз в случаях неблагоприятных исходов
в медицинской практике**

Рекомендовано к изданию методическим советом ОБУЗ «Бюро СМЭ» от 28.11.2013г.

Использование специальных медицинских знаний при расследовании преступлений: справочно-информационные материалы. / Ч.4 Назначение комплексных судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятных исходов в медицинской практике / Курск, ОБУЗ «Бюро СМЭ», 2013. — с.

Настоящее справочно-информационное пособие разработано в соответствии с решением Координационного совещания по обеспечению правопорядка в Курской области, проведенного 27.11.2012 г. под председательством губернатора А.Н. Михайлова, содержит информацию о порядке назначения медицинских судебных экспертиз в случаях неблагоприятных исходов в медицинской практике.

Пособие адресовано сотрудникам правоохранительных органов, судьям, врачам судебно-медицинским экспертам, курсантам ФПО, интернам и ординаторам.

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента. В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Неблагоприятный исход лечения как наиболее вероятная причина обращения пациента (либо его родственников) с жалобой или в суд может наступить вследствие врачебной ошибки, противоправных действий врача, несчастного случая.

Проблема качественного оказания медицинской помощи привлекает к себе повышенное внимание не только общественности, но и является предметом особой озабоченности специалистов различных областей медицины и права. Социально-экономические изменения, происходящие в Российской Федерации, реализация национальных проектов, развитие страховой медицины и др. способствуют возрастанию нормотворческой активности населения в борьбе за свои права.

Как следствие этого, в последние годы отмечается рост экспертиз, проводимых по делам о профессиональных нарушениях медицинских работников по материалам уголовных и гражданских дел. В значительном числе случаев выявляются различного рода недостатки, дефекты, которые приводят к развитию неблагоприятного исхода.

1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

Здоровье– это естественная способность человека в целом, всех частей и уровней его организма осуществлять нормальную жизнедеятельность.

Право на охрану здоровья– это право на охрану естественной способности человека, всех частей и уровней его организма осуществлять нормальную жизнедеятельность.

Пациентское право– право на получение медицинской помощи.

Болезнь– это нарушение здоровья (естественной способности человека в целом, всех частей и уровней его организма осуществлять нормальную жизнедеятельность).

Медицинское вмешательство (помощь, услуга, работа) – воздействие на человека медицинскими средствами и методами, разрешенными к применению в установленном законом порядке и направленными на достижение положительного результата в области профилактики заболеваний, обследования состояния здоровья, диагностики, лечения, ухода и реабилитации в связи с возможными заболеваниями, имеющимися заболеваниями, иными расстройствами здоровья, а также беременностью и родами.

Медицинское вмешательство некоторые расценивают как источник повышенной опасности. Источник повышенной опасности – деятельность, осуществление которой создает повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека (см. ст. 1079 ГК РФ, постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.04.1994 г. № 3).

Эффективность медицинского вмешательства – показатель соотношений ожидаемого результата, ради которого проводится вмешательство, и риска медицинского вмешательства.

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

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

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

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

- принятие достаточных мер для предотвращения вреда здоровью и жизни пациента;
- наступление вредных последствий возможно, но не неизбежно;
- пациент информирован о вмешательстве в установленном законом объеме и порядке.

Безопасность медицинского вмешательства (медицинской помощи, медицинской услуги) – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, выполняемого по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием с учетом противопоказаний к вмешательству или с диагностической целью.

Медицинское вмешательство (помощь, услуга) надлежащего качества (качественная медицинская помощь) – своевременное медицинское вмешательство, соответствующее обязательным требованиям, предусмотренным либо законом в установленном им порядке, либо условиями договора, сообразно целям, для которых услуга такого рода обычно оказывается, или целям, о которых исполнитель (медицинский работник) был поставлен в известность пациентом (застрахованным) при заключении договора, или описанию медицинской технологии оказания медицинской услуги (стандарту оказания медицинской услуги).

Недостаток медицинской услуги (дефект оказания медицинской помощи, работы, услуги) – это несоответствие медицинской помощи (услуги, работы):

- обязательным требованиям, предусмотренным законом;
- требованиям нормативных актов – постановлений, приказов, стандартов, правил, инструкций, руководств, положений, наставлений и директив;
- требованиям административных регламентов ФСНЗСР;
- требованиям инструкций по медицинскому применению лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- условиям договора;

- обычаям делового оборота и обычно предъявляемым требованиям в сфере здравоохранения;
- требованиям безопасности медицинской услуги (помощи, работы);
- целям, для которых данная медицинская помощь (услуга, работа) обычно оказывается (выполняется);
- обычно применяемым технологиям оказания медицинских услуг, выразившееся в:
 - неправильной диагностике;
 - неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи;
 - неправильном действии (бездействии) при стабилизации имеющегося у пациента заболевания;
 - создании условий и повышении риска возникновения нового патологического процесса (заболевания);
 - неоптимальном использовании ресурсов медицинского учреждения;
 - упущении сроков оказания медицинской помощи, что повлекло за собой невозможность применения наиболее эффективной медицинской помощи и (или) ухудшение состояния пациента;
 - причинении вреда жизни и здоровью пациентов, а также в нарушении: прав пациентов и застрахованных; правил оформления медицинской документации.

Вредоносное последствие дефекта медицинской услуги – вред здоровью пациента, возникший в результате недостатка медицинской услуги.

Существенное вредоносное последствие недостатка медицинской услуги – неустраняемый вред здоровью или жизни (смерть) пациента, возникший в результате недостатка медицинской услуги, или вред здоровью, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные последствия.

Повышение качества медицинской помощи невозможно без объективной и корректной ее оценки, имеющей правовые или экономические последствия. Такая оценка дается при проведении медицинских экспертиз.

Медицинская экспертиза – оценка своевременности и (или) качества оказанной медицинской помощи (медицинской услуги, работы) на любых этапах ее оказания и оформления документации о ее оказании.

Ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи определяется наличием недостатка медицинской услуги, нарушением безопасности медицинской услуги, наличием конкретного дефекта медицинской помощи.

2. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ:

В сложной профессиональной деятельности медицинских работников могут иметь случаи неблагоприятного исхода лечебного вмешательства (невмешатель-

ства). Пациенты, как правило, не представляют себе возможности современной медицины и склонны обвинять во всяком неблагоприятном исходе заболевания врачей, а реклама, в том числе недобросовестная, способствует возникновению у людей необоснованных ожиданий и последующих претензий.

С точки зрения пациентов и их родственников, неблагоприятным исходом считаются: смерть, угроза смерти (опасное для жизни состояние), значительная временная или стойкая утрата общей и(или) профессиональной трудоспособности, прерывание беременности, бесплодие, появление нового заболевания, снижение качества жизни независимо от причин такого положения.

Как показывает практика, чаще всего такие исходы обуславливаются тяжестью самого заболевания и травмы, индивидуальными особенностями организма и т. д. Однако иногда неблагоприятные исходы оказываются следствием неправильных действий медицинских работников.

2.1. Виды неблагоприятных исходов

1- неблагоприятный исход, вызванный тяжестью самого заболевания;

2 - неблагоприятный исход, связанный с ненадлежащими действиями самого пациента (позднее обращение за медицинской помощью, самолечение, лечение у знахарей, отказ или уклонение от лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, аггравация, симуляция и др.);

3- неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, при условии абсолютной правильности действий врача; врач не мог предвидеть развитие неблагоприятного исхода, а следовательно, и предотвратить его при самом добросовестном отношении к своим обязанностям (смерть при даче наркоза, смерть на операционном столе от психического или эмоционального шока, смертельные исходы при введении терапевтических доз некоторых лекарственных веществ, а также лечебных сывороток); такая неожиданная смерть больного может зависеть от индивидуальных особенностей организма, выявить которые своевременно медицинская наука может не всегда; общество допускает деятельность, сопровождающуюся минимальным риском возникновения неблагоприятных последствий; врачи не несут за них ответственности, однако они обязаны принимать все возможные меры для предотвращения несчастных случаев;

4 - врачебная ошибка - добросовестное заблуждение врача в своих суждениях и действиях в отсутствие элементов небрежности, легкомыслия и медицинского невежества. Однако, в юриспруденции термин «врачебная ошибка» не применяется, так как эта наука требует употребления точных терминов, а под словом «ошибка» можно понимать многое;

5 - неблагоприятный исход, обусловленный недобросовестным отношением медицинского работника к своим обязанностям (правонарушения в рамках невыполнения или ненадлежащего выполнения профессиональных и должностных обязанностей), а также медицинским невежеством (отсутствием у врача элементарных медицинских знаний или некомпетентностью в рамках своей специальности);

6 - дефекты оказания медицинской помощи - это ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания МП, которое

привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства. По некоторым видам дефектов оказания МП существуют соответствующие рубрики в МКБ – 10: Y60–Y69 («Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств») и T80–T88 («Осложнения медицинских вмешательств»).

2.2. Дефекты оказания медицинской помощи

К дефектам оказания медицинской помощи (ОМП) относят:

1. Дефекты диагностики;
2. Дефекты лечения;
3. Дефекты тактики.

Дефекты диагностики подразделяют на:

1. Ошибочный диагноз основного заболевания;
2. Ошибочный диагноз осложнения;
3. Ошибочный диагноз сопутствующего заболевания;
4. Поздняя диагностика;
5. Другие дефекты.

К дефектам лечения относят:

Дефекты хирургических операций:

1. Непроведение показанной операции;
2. Запоздавшая операция;
3. Неправильная методика операции;
4. Недостатки техники операции;
5. Оставление предметов в полостях;
6. Несвоевременная повторная операция;
7. Другие дефекты операции.

Дефекты анестезии и реанимации:

1. Неудовлетворительная предоперационная подготовка;
2. Неправильный выбор метода анестезии;
3. Технические ошибки анестезии;
4. Нарушение правил переливания крови;
5. Недостаточная инфузионная терапия;
6. Недостаточная трансфузионная терапия;
7. Избыточная инфузионная терапия;
8. Дефекты реанимации;
9. Другие дефекты анестезии и реанимации.

Ятрогенные повреждения:

1. Ятрогенные повреждения при диагностических процедурах;
2. Ятрогенные повреждения при операции;
3. Ятрогенные повреждения при лечебных процедурах.

Дефекты лекарственной терапии:

1. Запоздалое начало лекарственной терапии;
2. Неправильное назначение терапии;
3. Неадекватная лекарственная терапия;

4. Назначение лекарственной терапии без учета аллергоанамнеза;
5. Неадекватная коррекция лекарственной терапии;
6. Другие дефекты лекарственной терапии.
5. Другие дефекты лечения.

Дефектами тактики являются:

1. Отказ в госпитализации;
2. Госпитализация не по профилю;
3. Несвоевременный перевод в другое отделение;
4. Другие дефекты тактики.

2.3. Причины дефектов оказания медицинской помощи

Причины дефектов оказания медицинской помощи подразделяются на субъективные и объективные.

К субъективным причинам дефектов диагностики относят:

1. Недостаточный сбор анамнеза;
2. Недооценка анамнеза;
3. Недостаточное физикальное обследование;
4. Недостаточное инструментальное обследование;
5. Недостаточное лабораторное обследование;
6. Недостаточное динамическое наблюдение;
7. Неправильная трактовка объективных данных;
8. Недооценка тяжести состояния больного;
9. Отсутствие коллегиальности.

Объективными причинами дефектов диагностики являются:

1. Объективная сложность диагностики (атипичное, бессимптомное течение заболевания или травмы и пр.);
2. Позднее обращение за медицинской помощью;
3. Отказ от госпитализации, обследования;
4. Затруднение контакта с пациентом (опьянение, кома);
5. Прочее.

К субъективным причинам дефектов лечения относят:

1. Дефекты диагностики;
2. Нарушение принятых методов лечения.

Объективными причинами дефектов лечения являются:

1. Сложность лечения;
2. Позднее обращение за медицинской помощью;
3. Отказ пациента от лечения.

В тех случаях, когда дефекты оказания медицинской помощи обусловлены субъективными причинами, следует установить **причины неправильных врачебных действий**, в основании которых могут быть:

1. Ненадлежащее исполнение врачом своих обязанностей;
2. Недостаточная квалификация врача;
3. Организационные недостатки, за которые несет ответственность не сам врач, а администрация ЛПУ.

Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей может быть обусловлено:

1. Небрежностью врача;
2. Самоуверенностью врача;
3. Нарушением врачом инструкций, общепринятых правил и методик.

Причинами недостаточной квалификации врача могут быть:

1. Малый стаж;
2. Отсутствие первичной специализации;
3. Отсутствие повышения квалификации по избранной специальности;
4. Отсутствие объективных причин низкой квалификации (при наличии первичной специализации, регулярном прохождении курсов повышения квалификации и при большом стаже работы).

Организационные недостатки подразделяются на:

1. Отсутствие средств диагностики;
2. Отсутствие средств лечения;
3. Отсутствие организации консультативной помощи;
4. Неукомплектованность врачебными кадрами;
5. Другие организационные дефекты.

Ключевой юридической концепцией для расследования противоправных действия медицинского персонала является «состав деликта/преступления» - совокупность (система) предусмотренных законом объективных и субъективных признаков, характеризующих общественно опасное деяние, достаточных для его квалификации и являющихся основанием ответственности - с наличием субъективных и объективных элементов, а именно объекта, объективной стороны, субъекта и субъективной стороны.

Объект - это массив охраняемых законом общественных отношений (оказание медицинской помощи), которым наносится вред либо же возникает угроза его нанесения при неправомерной/ ненадлежащей активности медицинского работника, медицинской организации.

Объективная сторона - это внешнее материальное выражение посягательства, все его признаки и характеристики как акта общественно опасного противоправного поведения, происходящего либо уже случившегося в объективной действительности. Здесь выделяют две группы признаков: обязательные (деяние как действие или бездействие, для материальных составов - еще и общественно-опасные последствия, а также причинная связь между ними и деянием) и факультативные (способ, место, время и обстановка, орудия и средства посягательства).

Субъект - это лицо, совершающее общественно опасное противоправное деяние (т.е. о медработник или медицинская организация). Наконец, субъективная сторона - это психическая деятельность субъекта, который реализует деликатное деяние, непосредственно связанная с совершением последнего и образующее психологическое содержание противоправного акта. Субъективная сторона также имеет в своей структуре обязательные признаки (вину как психологическое отношение лица к совершаемому деликту) и факультативные признаки (мотив как побуждение, которым виновный руководствовался, и цель как конечный результат, к которому ви-

новый стремился). Формы вины - прямой или косвенный умысел, а также неосторожность в виде самонадеянности или небрежности.

3. Профессиональные правонарушения медицинских работников

Правонарушением называется виновно противоправное действие (или бездействие) лица, способного самостоятельно отвечать за свои поступки. Для правонарушения характерны: причинение вреда обществу; невыполнение своих обязанностей или нарушение прав других лиц; нарушение правовых норм; умышленное или по неосторожности совершенное действие.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан предусматривают следующие виды правонарушений медицинских работников:

- нарушение прав пациента;
- незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, искусственного прерывания беременности, медицинской стерилизации;
- незаконное привлечение в качестве объекта к биомедицинскому исследованию, принуждение к участию в биомедицинском исследовании;
- пропаганда методов диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочные испытания;
- сознательное побуждение больного к эвтаназии и (или) осуществление эвтаназии;
- коммерческая деятельность в отношении купли-продажи органов и (или) тканей человека; принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации;
- незаконное занятие медицинской деятельностью, народной медициной (целительство);
- нарушение клятвы врача;
- разглашение врачебной тайны;
- недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей (причинение вреда здоровью или смерть).

Правонарушения медицинских работников по степени общественной опасности подразделяются на преступления, влекущие за собой уголовную ответственность, и на противоправные проступки (гражданские, административные и дисциплинарные), не предусмотренные УК РФ.

Согласно УК РФ, возможны две формы вины: умысел и неосторожность. Преступлением, совершенным по неосторожности, признается деяние, совершенное по легкомыслию или небрежности.

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

Преступление признается совершенным по *небрежности*, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

Деяние признается совершенным **невиновно**, если лицо, его совершившее:

- не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия);
 - не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть либо
 - хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия.
- Решение вопроса о наличии или отсутствии вины и соответственно разграничение случаев виновного и невиновного причинения вреда выходят за пределы компетенции судебно-медицинских экспертов.

3.1. Уголовная ответственность медицинских работников

Уголовная ответственность - правовое последствие совершения преступления, заключающееся в применении к виновному государственного принуждения в форме наказания. Уголовная ответственность медицинским работникам может быть назначена за профессиональные и профессионально-должностные преступления.

Под профессиональными преступлениями медицинских работников понимаются такие, которые совершаются при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением современных требований медицинской науки и практики, положений медицинской этики и врачебной деонтологии, предписаний закона, принятых нормативных актов.

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (109 ч. 2 ст. УК РФ). Смерть по неосторожности может быть причинена как по небрежности, так и по легкомыслию.

Неосторожное причинение смерти может быть результатом действия (неполная или ошибочная диагностика заболевания или травмы, оставление инородных тел после операции и др.) медицинского работника.

Это нередко проявляется в виде грубого нарушения или невыполнения служебных правил, невнимательности, самонадеянности. С юридической точки зрения действия медицинского работника могут рассматриваться как причинение смерти по неосторожности при условии, что между действием или бездействием виновного и наступлением смерти имеется прямая причинная связь.

Пример: гр. Д., 26 лет, поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильное маточное кровотечение после ранее перенесенный выкидыш на сроке 22 недели. Установлен диагноз «Планцентарный полип» и принято решение провести операцию по выскабливанию матки. В ходе операции медицинским инструментом повредили (перфорировали) стенку матки и женщина умерла от массивного внутреннего кровотечения.

По результатам комплексной судебно-медицинской экспертизы с участием врача акушера-гинеколога установлена прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи (лечения - перфорация стенки матки в ходе операции) и наступившими последствиями в виде развития угрожающего жизни состояния (массивной кровопотери) и наступлением смерти пациентки. Дефект оказания медицинской помощи, имеющий прямую причинно-следственную связь со

смертью пациентки, квалифицирован как причинивший тяжкий вред здоровью человека.

Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ). Ответственность наступает при условии, что действие (бездействие) медицинского работника, сопряженное с легкомыслием и (или) небрежностью, повлекло указанные последствия.

Пример: гр. В., 35 лет, обратился за медицинской помощью к онкологу с жалобами на опухолевидное образование под коленом, которое диагностировали как атерома. Назначена и проведена операция по удалению атеромы. В ходе операции с опухолью удалили сосудисто-нервный пучок, что явилось причиной развития гангрены нижней конечности. По жизненным показаниям была проведена еще одна хирургическая операция, в ходе которой ампутировали нижнюю конечность до уровня верхней трети. По результатам комплексной судебно-медицинской экспертизы с участием врачей онколога и сосудистого хирурга установлена прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи (диагностики \неполноценное обследование до операции и неправильно установленный диагноз\ и лечения \удаление сосудисто-нервного пучка\ и наступившими последствиями в виде развития 70% стойкой утраты общей трудоспособности. Дефекты оказания медицинской помощи, имеющие прямую причинно-следственную связь с наступившими последствиями, квалифицированы как причинившие тяжкий вред здоровью человека.

Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ). Практика знает случаи заражения ВИЧ-инфекцией в результате несоблюдения медицинским персоналом правил подготовки медицинских приборов и оборудования к повторному использованию (некачественной стерилизации шприцев, игл, скальпелей, катетеров и пр.), повторного использования одноразовых шприцев, нарушения правил переливания крови (некачественная проверка донорской крови) и т. д. Вина медицинских работников проявляется в форме преступной небрежности или легкомыслия. Уголовная ответственность наступает независимо от того, развивается ли у потерпевшего болезнь или он становится вирусоносителем.

Неоказание помощи больному, повлекшее причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 124 УК РФ). Отягчающим обстоятельством является причинение смерти или тяжкого вреда здоровью. Неоказание помощи больному состоит в бездействии или в недобросовестном либо несвоевременном исполнении медицинским работником своих обязанностей. В соответствии с положениями ст. 124 уголовная ответственность предусмотрена только для случаев, когда неоказание помощи больному повлекло указанные последствия. Обязательным условием ответственности является отсутствие уважительных причин (болезнь медицинского работника, невозможность в момент вызова оставить другого тяжелого больного и т. д.).

Пример: гр. А., 72 года, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли в области живота. После обследования установлен диагноз «Язвенная бо-

лезнь желудка, ст. обострения», назначено лечение. По ежедневным дневниковым записям лечащего врача «состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 78 в минуту, АД 120\80мм рт ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Физиологические отправления в норме». Через 7 дней пребывания в стационаре пациентка умерла. При патологоанатомическом исследовании установлено: в области живота определяется опухолевидное образование темно-фиолетового цвета; по вскрытии обнаружена грыжа белой линии живота с ущемлением тонкого кишечника, осложнившаяся развитием угрожающего жизни состояния — перитонита. В ходе проведения комплексной судебно-медицинской экспертизы с привлеченным врачом-хирургом установлено несоответствие объективного состояния пациентки с дневниковыми записями лечащего врача, т. е. врач фактически не оказывал квалифицированную помощь гр. А.

Халатность (ст. 293 УК РФ). Неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организации либо охраняемых законом интересов общества или государства. Отягчающими обстоятельствами являются причинение в результате халатности человеку смерти или иные тяжкие последствия. Субъектом этого преступления может быть только должностное лицо. Врачи и лица среднего медицинского персонала не могут быть привлечены к ответственности по данной статье при условии, что на них наряду с осуществлением профессиональных обязанностей не возложены организационно-распорядительные, административно-хозяйственные и иные функции должностного лица.

3.1.1. Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность.

Крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ). Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т. е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости. Крайняя необходимость предусматривает причинение меньшего вреда, чем предотвращаемый (наступивший вред меньше, чем он мог бы быть при альтернативном варианте действий). Как предлагает Ю. И. Пиголкин, при решении вопроса о проведении медицинского вмешательства в условиях крайней необходимости установлению и доказыванию подлежат:

- силы и средства, имевшиеся у врача на момент проведения вмешательства;
- характер имевшегося у пациента патологического процесса и темп его развития (прогноз);
- возможность иного варианта оказания медицинской помощи в конкретных условиях с учетом темпов развития патологического процесса;
- характер и степень вызванного патологическим процессом вреда здоровью пациента на момент вмешательства;
- характер и степень вреда здоровью пациента, причиненного медицинским

вмешательством;

- темп развития патологического процесса, вызванного вмешательством, и степень предполагаемого вреда здоровью.

Обоснованный риск (ст. 41 УК РФ). Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия. Обоснованием риска может служить и его вероятностный характер, т. е. причинение вреда при рискованном вмешательстве возможно, но не обязательно. Применительно к медицинской практике к достаточным мерам предосторожности должны быть отнесены:

- тщательно собранный аллергологический анамнез;
- скрупулезное обследование пациента и готовность к оказанию неотложной помощи при развитии осложнений;
- соблюдение как всех существующих общих правил, начиная от правил асептики и антисептики и заканчивая правилами ухода за послеоперационными больными, так и частных рекомендаций: аннотаций на применение отдельных лекарственных препаратов и пр.

Для доказательства обоснованности риска должны быть решены вопросы об основаниях для вмешательства (показаниях), необходимых условиях (противопоказаниях), соответствующих возможностях (наличии метода, который обеспечивает достижение цели, и возможности его реализации в конкретных условиях), возможности или невозможности достижения общественно полезной цели не связанным с риском действием, а также о принятии и достаточности мер для предотвращения вероятности наступления вреда. Кроме того, по закону необходимо информированное добровольное согласие гражданина на рискованное вмешательство. Сведения о возможных последствиях, в том числе ятрогенных осложнениях, должны стать известны больному до проведения этого вмешательства. Целесообразно предусмотреть их либо в информационной части договора об оказании медицинской услуги, либо в листе согласования как приложении к истории болезни.

Невиновное причинение вреда (ст. 28 УК РФ). Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть.

Деяние признается также совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств надлежащим требованиям.

3.2. Гражданская ответственность медицинских работников в области охраны здоровья

Ныне действующими Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан предусмотрено возмещение ущерба потерпевшему (пациенту) в случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья. Обязательства вследствие причинения вреда наряду с договорными отношениями в здравоохранении (договоры обязательного и добровольного медицинского страхования и др.) являются одними из оснований для возникновения гражданских прав и обязанностей. Это нашло отражение в Гражданском кодексе РФ (ст. 8), относящем оказание медицинской помощи к разряду возмездной услуги. В силу этого правовые отношения пациента и лечебно-профилактического учреждения и (или) конкретного медицинского работника при оказании медико-социальной помощи (услуги) определяются положениями Закона РФ «О защите прав потребителей».

3.2.1. Ответственность за причинение вреда

Отдельным разделом Гражданского кодекса РФ приводятся положения об ответственности за причинение вреда. Вред, причиненный личности гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ст. 1064 ГК РФ).

Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. В отличие от уголовного законодательства Гражданский кодекс РФ предусматривает возможность возмещения ущерба за причинение вреда в отсутствие вины причинителя вреда (ст. 1064), а также за причинение вреда в состоянии крайней необходимости и др. (ст. 1067).

При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход и т. д. (ст. 1085 ГК РФ).

Лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы (ст. 1094 ГК РФ).

Вред, причиненный жизни и здоровью вследствие недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению лицом, выполнившим услугу, независимо от его вины и того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет (ст. 1095 ГК РФ).

3.2.2. Компенсация морального вреда

Гражданским кодексом РФ предусмотрены механизмы реализации права граждан на компенсацию морального ущерба. Моральный вред (физические и нравственные страдания), причиненный действиями (бездействием), нарушающими имущественные и неимущественные права гражданина, подлежит компенсации. При этом компенсация морального ущерба осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда (ст. 1099 ГК РФ) (рис.85).



Рис. 1. Классификация морального Вреда и материального ущерба.

Компенсация за причинение морального ущерба может быть назначена и в том случае, когда при оказании медицинской помощи не было причинено вреда здоровью как такового, но были нарушены права пациента, например на облегчение боли (из-за отсутствия обезболивания или ненадлежащего выполнения этой процедуры) вследствие проявления неуважения или негуманного отношения и др.

Таким образом, гражданская ответственность в виде возмещения убытков (реальный ущерб и упущенная выгода), взыскания неустойки, компенсации морального ущерба за причинение вреда (здоровью) при оказании медицинской помощи (услуги) может быть назначена как за виновное, так и за невиновное причинение вреда.

3.2.3. Обстоятельства, исключающие гражданскую ответственность за причинение вреда:

- причинение вреда по просьбе или с согласия потерпевшего (ст. 1064 ГК РФ);
- вред, возникший вследствие умысла потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ);
- грубая неосторожность самого потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ);
- вред, возникший вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуг (ст. 1098 ГК РФ).

3.3. Меры дисциплинарной ответственности

За нарушение трудовой дисциплины и профессиональных обязанностей без признаков состава преступления налагаются администрацией учреждения, в котором трудится медицинский работник, в соответствии с трудовым законодательством РФ.

4. Судебно-медицинская экспертиза в случаях привлечения медицинских работников к уголовной и гражданской ответственности за профессиональные правонарушения

Во избежание необоснованного обвинения врачей предусмотрен определенный порядок возбуждения уголовных дел при профессиональных нарушениях. Постановление о возбуждении уголовного дела выносится только с санкции следователя следственного комитета.

До возбуждения уголовного дела по факту выявленных дефектов оказания медицинской помощи создается ведомственная комиссия для проведения служебного расследования на уровне комитета здравоохранения Курской области в рамках внепроцессуальных доследственных действий. В задачи комиссии входят:

- оценка организации и качества оказания медицинской помощи;
- оформление результатов служебного расследования в виде акта служебной (административной) проверки, в постановляющей части которого указываются выявленные недостатки оказания медицинской помощи, причины и условия их возникновения, связь с неблагоприятным исходом заболевания;
- направление материалов проверки (не позднее трех дней после ее завершения) в прокуратуру; вместе с заключением комиссии в прокуратуру передаются подлинники медицинских документов, письменные объяснения медицинских работников, допустивших нарушения.

После получения результатов служебного расследования следователь выносит постановление о назначении **комплексной судебно-медицинской экспертизы**. Данная экспертиза в таких случаях проводится в составе судебно-медицинских экспертов и высококвалифицированных врачей-клиницистов, имеющих первую или высшую квалификационную категорию, большой стаж и опыт работы.

Судебно-медицинской экспертной комиссии, кроме заключения ведомственного служебного расследования, предоставляются все материалы уголовного дела, включая подлинные медицинские документы - карты амбулаторного и стационарного больного, операционные журналы, листки временной нетрудоспособности, рентгенограммы, электрокардиограммы; в случае смертельного исхода - акт судебно-медицинского исследования трупа или протокол патологоанатомического вскрытия трупа и данные всех дополнительных, в том числе и лабораторных, исследований, гистологический материал.

В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством комиссия экспертов может запросить дополнительные материалы, присутствовать при допросах обвиняемых и свидетелей, задавать им через следователя вопросы.

Привлекаемый к ответственности медицинский работник, с согласия следователя, имеет право присутствовать при обсуждении вопросов и ответов, уточнять детали обстоятельств дела, ставить на разрешение экспертной комиссии дополнительные вопросы, заявлять об отводе кого-либо из экспертов и просить назначить в качестве экспертов других лиц.

С апреля 2012 г. в Курской области порядок привлечения врачей узких специальностей регламентирован Приказом комитета здравоохранения Курской области № 159 от 17.04.2012г. С октября 2013г. вышеуказанный приказ отменен и издан

Приказ комитета здравоохранения Курской области № 308 от 11.10.2013г. (далее — Приказ) «О порядке участия врачей узких специальностей в качестве экспертов в комплексных экспертизах, проводимых в ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Приказом утверждены следующие приложения:

1. Порядок участия врачей узких специальностей в качестве экспертов в комплексных экспертизах, проводимых в ОБУЗ «Бюро СМЭ»;
2. Список врачей, рекомендуемых для участия в комплексных экспертизах (кроме детских врачей, наркологов и онкологов), с указанием их стажа работы, квалификационной категории, места работы и контактного телефона);
3. Порядок расчета оплаты участия врачей узких специальностей, привлекаемых в качестве экспертов в экспертизы, проводимые в ОБУЗ «Бюро СМЭ»;
4. Типовой договор возмездного оказания услуг (который является лишь образцом, форма договора может быть иная).

Следует отметить, что органы дознания, следователи, суды имеют право привлекать в качестве эксперта любого другого врача (специалиста), не рекомендованного в Приказе, отвечающего определенным требованиям (см. далее). В связи с изданием Приказа нет необходимости делать запрос в комитет здравоохранения Курской области о предоставлении специалистов, так как Приказ разослан судам и правоохранительным органам электронной почтой.

В соответствии с этим Приказом, участие врачей узких специальностей в комиссионных (комплексных) экспертизах осуществляется в свободное от их основной работы время и проводится на платной (возмездной) основе, согласно ст. 131 (пункты 2.1 и 2.4.) УПК РФ, ст. 94 (п. 1) и 96 ГПК РФ, ст. 25.14. КОАП РФ.

Привлекаемый для производства экспертизы врач-эксперт (специалист) должен соответствовать следующим требованиям:

- обладать достаточными знаниями и опытом (иметь сертификат специалиста в соответствующей области медицинских знаний, первую или высшую квалификационную категорию и, возможно, научную степень и звание);
- не иметь оснований для отвода, предусмотренных ст. 70 УПК РФ, ст. 18 ГПК РФ, ст. 23 АПК РФ, ст. 25.12. КОАП РФ и ст. 18 Федерального Закона № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Так, в производстве судебно-медицинской экспертизы не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь.

Следует отметить, что определение соответствия всем процессуальным требованиям предполагаемой кандидатуры врача может определить следователь, суд, обладая для этого возможностями и полномочиями (допрос обеих сторон в зале суда, выяснение родственных связей, заинтересованности, компетентности, служебной или иной зависимости и др.).

4.1. Порядок привлечения врача узкой специальности

1 этап — выбор врача (согласно списка рекомендуемых кандидатур из Приказа, либо по личному усмотрению следователя, судьи, или из кандидатур, предложенных сторонами, администрацией Курского областного бюро судебно-

медицинской экспертизы).

2 этап — согласование непосредственно с выбранной кандидатурой врача:

Следователь (судья) предварительно, желательно до вынесения Постановления (Определения) о признании в качестве эксперта врача узкой специальности или Постановления (Определения) о назначении комиссионной экспертизы с участием врача, согласовывает с ним (врачом) возможность его участия.

В случае если в Постановлении (Определении) не указана конкретная кандидатура врача узкой специальности, начинается долгая взаимная переписка между судьей (следователем) и бюро СМЭ о необходимости включения врача узкой специальности для проведения конкретной экспертизы, что значительно увеличивает сроки проведения экспертизы (не по вине экспертов).

3 этап — вынесение Постановления (Определения) о назначении судебно-медицинской экспертизы.

После получения согласия врача на участие в проведении комплексной экспертизы, судья (следователь) выносит постановление (определение) о признании экспертом конкретного врача и разъясняет ему права и обязанности эксперта (ст. 57 УПК РФ, ст. 85 ГПК РФ или 25.9 КОАП РФ), предупреждает об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ.

Делать это имеет право только следователь или суд, так как согласно ст. 199 УПК и ст. 14 закона № 73-ФЗ, руководитель экспертного учреждения может поручить производство конкретной экспертизы, а также разъяснить права и ответственность только экспертам из числа работников этого учреждения.

В Постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указываются уже конкретные данные врача, привлеченного в соответствии с процессуальными нормами.

4 этап — заключение договора.

Так как участие врачей узких специальностей в производстве комплексных экспертиз осуществляется в свободное от их основной работы время и проводится на платной основе (см. раздел 1), заключается договор между экспертом и судебно-следственными органами о возмездном оказании услуг.

В рамках уголовного судопроизводства, как правило, оплата производится в соответствии со ст. 131 УПК РФ и возмещается за счет средств федерального бюджета, в рамках гражданского судопроизводства в постановлении (определении) судом (следователем) указывается, на какую из сторон накладывается обязанность оплаты участия врача узкой специальности в комиссионной (комплексной) экспертизе.

При определении размера оплаты участия врача учитываются следующие показатели:

- 1) стоимость часа работы;
- 2) количество часов, затраченных на производство экспертизы: изучение медицинской документации, материалов уголовных или гражданских дел, осмотр подэкспертного, формирование ответов на поставленные следователем (судьей) вопросы. Количество затраченных часов определяется привлеченным врачом самостоятельно и зависит от объема предоставленной документации, длительности осмотра

подэкспертного и времени, необходимого для ответов на вопросы, поставленные судьей. Врачу достаточно в произвольной форме на имя судьи (следователя) написать заявление об оплате с указанием количества затраченных часов.

Дополнительно следует отметить, что согласно ст. 37 федерального закона № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», государственные судебно-экспертные учреждения вправе взимать плату за производство судебных экспертиз по гражданским и арбитражным делам, делам об административных правонарушениях. Таким образом, необходимо иметь в виду, что в рамках гражданского судопроизводства отдельно оплачивается участие врача узкой специальности (непосредственно ему в соответствии с договором), и отдельно — производство судебно-медицинской экспертизы (на расчетный счет бюро судебно-медицинской экспертизы).

В случае неоплаты врачам их участия в экспертизе, узкие специалисты отказываются принимать участие в экспертизах и, согласно ст. 199 УПК, ст. 15 Федерального Закона № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», руководитель экспертного учреждения вправе возратить без исполнения все предоставленные ему материалы, мотивируя свой отказ.

4.2. Постановка вопросов для комплексной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи

Для решения вопроса о степени ответственности медицинского работника за допущенные им дефекты оказания медицинской помощи необходимо обладать информацией о наличии прямой причинно-следственной связи между ДМП и наступившими последствиями (смерть, инвалидизация пациента и проч.), а также степень тяжести причиненного вреда здоровью человека допущенными ДМП. С этой целью фундаментами вопросами комплексной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи являются:

1 — Какие дефекты оказания медицинской помощи (диагностические, тактические, лечебные) допущены врачами МУЗ ГБ № 55 на догоспитальном этапе (*либо стационарном, амбулаторном*) оказания медицинской помощи гр. К. с 20.07.20__ г. по 01.08.20__ г.?

2 — Если дефекты обнаружены, то чем они обусловлены?

3 - Какие из обнаруженных дефектов оказания медицинской помощи находятся в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями — смерти пациента К. (ухудшению состояния здоровья, развитию стойкой общей трудоспособности и проч.)?

4 — Какой вред здоровью причинили гр. К. обнаруженные дефекты оказания медицинской помощи, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями?

4.3 Подготовка и сбор документации для производства комплексной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи

Объектом судебно-медицинской экспертизы является живое лицо, либо труп (его части), а также материалы дела и медицинские документы, предоставленные в

распоряжение эксперта в установленном порядке.

Медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные о характере повреждений, течении патологического процесса, а также иные сведения, необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы — п. 7 «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утв. Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007г. № 522, п. 67 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ» .

Основной документацией, достаточной для проведения комплексной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи являются:

1. Медицинская документация на имя пострадавшего:

1.1. Медицинские карты стационарного больного.

1.2. Медицинские карты амбулаторного больного поликлиники (с момента рождения).

1.3. Протокол патологоанатомического исследования трупа в случае смертельного исхода (полный текст протокола).

1.4. Аутопсийный материал (кусочки внутренних органов, изъятые при исследовании трупа, парафиновые блоки, предметные стёкла с препаратами).

1.5. Результаты инструментальных методов исследования (компьютерная томография, рентгенография, магнитно-резонансная томография и проч.).

1.6. Другие необходимые медицинские документы в случае необходимости (Акты освидетельствования в Бюро медико-социальной экспертизы, индивидуальная карта новорожденного и проч.).

В случае отсутствия тех или иных медицинских документов лицу, назначившему экспертизу, необходимо предоставить официальный письменный документ об этом с указанием причины.

2. Материалы служебного расследования на уровне комитета здравоохранения Курской области.

Лицу, назначающему экспертизу качества оказания медицинской помощи, целесообразно предварительно согласовать с сотрудниками ОБУЗ «Бюро СМЭ» формулировку вопросов и объем необходимой для производства экспертизы документации.

4.4. Предоставление подготовленных материалов для производства назначенной экспертизы.

Комплексные судебно-медицинские экспертизы качества оказания медицинской помощи производятся в отделе комиссионных (комплексных) экспертиз ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» комитета здравоохранения Курской области, расположенному по адресу: г. Курск, ул. С. Саровского, д. 8. Контактный телефон: 70-18-71

Прием документов и выдача готовых экспертиз осуществляется ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней) с 09:00 до 15:00.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов, В. И. Медицинское право в вопросах и ответах. / В. И. Акопов // — М., 2001. — 208 с.
2. Александрова, О. Ю. Ответственность за правонарушения в медицине / О. Ю. Александрова. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 240 с.
3. Буромский, И. В. Предложения по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи / И. В. Буромский, Е. М. Кильдюшов // Судебно-медицинская экспертиза. — 2007. — № 3. — С. 17-20.
4. Вермель, И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. / И. Г. Вермель. — Свердловск, 1988 — 110 с.
5. Ерофеев, С. В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / С. В. Ерофеев — М., 2000. — 43 с.
6. Ившин, И. В. Невинное причинение вреда в медицинской практике / И. В. Ившин // Судебно-медицинская экспертиза. — 2005. — № 4. — С. 26-28.
7. Пашинян, Г. А. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. / Г. А. Пашинян, И. В. Ившин — М.: Медицинская книга, 2006. — 196 с.
8. Пашинян, Г. А. Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве // Г. А. Пашинян, В. В. Жаров, В. В. Зайцев // Медицинское право — 2004. — № 1. — С. 37-41.
9. Пиголкин, Ю. И. Методические основы экспертной оценки неблагоприятных исходов лечения / Ю. И. Пиголкин, И. А. Дубровина, Х. М. Мирзоев // Судебно-медицинская экспертиза. — 2011. — № 2. — С. 27-30.
10. Сергеев, Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев — Москва-Иваново, 2001. — 288 с.
11. Сергеев, Ю. Д. Судебно-медицинская экспертиза медицинского происшествия : монография / Ю. Д. Сергеев, С. В. Козлов — Белгород: КОНСТАНТА, 2012. — 240 с.
12. Татаркин В.В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. / В.В. Татаркин - Ростов-на-Дону, 2007. - 30 с.
13. Тимофеев И.В. Патология лечения: Руководство для врачей. / И.В. Тимофеев - СПб., 1999 - 656 с.
14. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: Правовые аспекты. / А.В. Тихомиров - М.: ФилинЪ, 1996 - 352 с.
15. Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. / А.В. Тихомиров - М.: Статут, 1998 - 418 с.
16. Шапошников А.В. Ятрогения: терминологический анализ и конструирование понятия. / А.В. Шапошников - Ростов-на-Дону: Книга., 1998. - 168 с..

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
1. Основные положения, термины, определения	3
2. Неблагоприятные исходы в медицинской практике	5
2.1. Виды неблагоприятных исходов	6
2.2. Дефекты оказания медицинской помощи	7
2.3. Причины дефектов оказания медицинской помощи	8
3. Профессиональные нарушения медицинских работников	10
3.1. Уголовная ответственность медицинских работников	11
3.1.1. Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность	13
3.2. Гражданская ответственность медицинских работников	15
3.2.1. Ответственность за причинение вреда	15
3.2.2. Компенсация морального вреда	15
3.2.3. Обстоятельства, исключающие гражданскую ответственность	16
3.3. Меры дисциплинарной ответственности	16
4. Судебно-медицинская экспертиза	17
4.1. Порядок привлечения врача узкой специальности	18
4.2. Постановка вопросов для комплексной экспертизы	20
4.2. Подготовка и сбор медицинской документации	20
4.3. Предоставление подготовленных материалов на экспертизу	21
Список литературы	22

