ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

НОВОСИБИРСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«АССОЦИАЦИЯ ЮРИСТОВ РОССИИ»

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ

VI Всероссийские медико-правовые чтения
(24 апреля 2026 года)

ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
(25 марта 2026 года)

Сборник материалов

НОВОСИБИРСК
2026

УДК 614.251(063)
ББК 51.1(2)
П68

Редакционная коллегия:
д-р мед. наук, профессор *А.В. Калиниченко*
канд. мед. наук *И.В. Васильев*
канд. юрид. наук *О.А. Брашнина*
канд. мед. наук *А.Г. Горелкин*

П68 **Правовое** регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание: сб. материалов VI Всероссийских медико-правовых чтений, 24 апреля 2026 года. – Новосибирск: Типография НГМУ. – 2026. – 136 с.

В сборник включены работы, посвященные актуальным проблемам правового регулирования медицинской деятельности, анализу новелл законодательства, роли клинических рекомендаций при оценке качества медицинской помощи, специфики судебно-медицинских экспертиз (в т.ч. в пластической хирургии), вопросам врачебной тайны при обучении. В аспекте юридической ответственности в здравоохранении рассматриваются особенности квалификации медицинских преступных деяний, специальная субъектность при квалификации должностных преступлений медработников. Социально-правовой раздел включает работы по анализу современного состояния психиатрических больниц специализированного типа, правового регулирования ИИ в здравоохранении, результатов реализации государственных программ по совершенствованию охраны здоровья граждан. Издание представляет практическую ценность для судебных экспертов, юристов, организаторов здравоохранения и студентов медицинских вузов.

В сборник включены материалы Всероссийской научно-практической конференции «Преступления, совершаемые при осуществлении профессиональной деятельности: современные вызовы, проблемы и пути их решения» (25 марта 2026 г. Новосибирск).

УДК 614.251(063)
ББК 51.1(2)

© ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2026

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

VI Всероссийские медико-правовые чтения

(24 апреля 2026 года, Новосибирск)

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бобылева Н.Н.

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 19», ООО Юридическая фирма «НЪЮИС» (Новосибирск)

Профессиональная медицинская деятельность изначально предполагает возникновение тех или иных рисков при оказании медицинской помощи, что определяется исключительно субъективной оценкой жалоб пациента, его клиническими симптомами, данными обследований, а также объективными обстоятельствами (время, место, уровень медицинского образования, отсутствие условий для оказания помощи, наличие непреодолимых обстоятельств и др.).

Под риском понимают любую вероятность возникновения неблагоприятных событий, которые могут негативно повлиять на результат любой профессиональной деятельности.

Особого изучения требует вопрос о сути правового риска (англ. Legal risk). По общеизвестным данным – это текущий или будущий риск потери дохода, капитала или возникновения убытков в связи с нарушениями или несоответствием внутренним и внешним правовым нормам, таким как законы, подзаконные акты регуляторов, правила, регламенты, предписания, учредительные документы [1].

Презюмируется, что отступление от требований законодательства, иных нормативно-правовых и локальных актов, регулирующих медицинскую деятельность, влечет наступление неблагоприятных последствий и юридическую ответственность.

Гражданские иски, подаваемые в адрес медицинских организаций, чаще всего содержат требования о взыскании денежных средств, уплаченных за

некачественно оказанные медицинские услуги, убытков, штрафов при оказании платных услуг, а также о компенсации морального вреда. Тенденция такова, что количество гражданских дел по медицинским спорам не только увеличивается, но и превалирует над уголовными расследованиями.

Гражданско-правовые риски возникают при осуществлении гражданских прав и обязанностей и напрямую зависят от рисков профессиональной медицинской деятельности. Последние обычно воспринимаются как данность, но по существу их оценивают редко.

Татьяна Васильевна Семина (доктор социологических наук, член-корреспондент РАЕН, начальник юридического отдела Национального центра сердечнососудистой хирургии имени А.Н.Бакулева) в своей монографии [2] выделяет следующие основные области риска в современной медицине:

«1. Риски, связанные с недостатками медицинских технологий, что обусловлено сложностью проверок безопасности медицинских технологий…;

2. Принятие решения о медицинском вмешательстве, содержащим риск. Имеются ввиду проблемы выбора и назначения медицинских вмешательств: определение показаний к вмешательству, выбор технологии, оценка пользы и риска вмешательства, учет индивидуальной ситуации пациента, контроль и т.п.

3. Выполнение текущих медицинских процедур. Это могут быть опасности, связанные с работой медицинского оборудования, нарушением правил безопасности, выполнением персоналом инъекций и других технических манипуляций, риском внутрибольничного инфицирования, ошибками при ведении медицинской документации, рискованным поведение самих пациентов, несогласованностью действий различных участков медицинской помощи и другое.

4. Риски, которые создаются в ситуациях самопомощи и самолечения населения, что связано с широкой доступностью многих лекарственных препаратов.

5. Проблемы, касающиеся обширных последствий научно-технологического развития. Разработка, появление или широкое применение той или иной биомедицинской технологии может быть связано с такими культурными, политическими, социальными, этическими и иными последствиями, которые содержат для себя риски для общества… (например, нейротехнологии или эксперименты с клонированием)».

Любой из описанных выше групп риск или группа рисков могут негативно повлиять на качество и объем медицинских услуг. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента наступает гражданско-правовая ответственность.

Ответственность за надлежащее оказание медицинской помощи и различного вида медицинских услуг регулируется нормами Гражданского ко-

декса РФ, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом о защите прав потребителей» (при оказании платных медицинских услуг), иными правовыми актами.

Базовым нормативным правовым актом, регулирующим отношения в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).	В п. 21 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определено, что качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Критерии оценки качества медицинской помощи согласно ч. 2 ст. 64 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с ч. 2 ст. 76 этого Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации (ч.ч. 2 и 3 ст. 98 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).
Основания, порядок, объем и характер возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, а также круг лиц, имеющих право на такое возмещение, определены главой 59 «Обязательства вследствие причинения вреда»	Согласно пунктам 1, 2 ст. 1064 ГК РФ, определяющей общие основания гражданско-правовой ответственности за причинение вреда, вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Законом обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда. Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. Законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда. В соответствии с п. 1 ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. В объем возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, входит в том числе компенсация морального вреда (параграф 4 гл. 59 ГК РФ).

Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) (статьи 1064 – 1101).	В объем возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, входит в том числе компенсация морального вреда (параграф 4 главы 59 Гражданского кодекса Российской Федерации). Статья 1101 Гражданского кодекса Российской Федерации предусматривает, что размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда.

Наиболее часто в гражданском процессе рассматриваются споры, связанные с некачественным оказанием медицинских услуг. Эта категория включает случаи, когда пациенты утверждают, что действия или бездействие медицинских работников привели к ухудшению состояния здоровья, осложнениям или другим негативным последствиям. К таким спорам относятся, например:

– постановка неверного диагноза;

– ошибки при проведении операций;

– недооценка данных анамнеза и тяжести заболевания;

– нарушение общепринятой методики обследования;

– несвоевременное оказание медицинской помощи;

– небрежность в ведении медицинской документации;

– нарушение правил ухода за новорождёнными;

– нарушение ведомственных нормативных актов в части преемственности в деятельности медицинских учреждений.

Пациент вправе требовать:

– возмещения расходов на лечение, посторонний уход и другие дополнительные затраты, связанные с повреждением здоровья или содержания по случаю потери кормильца;

– компенсации утраченного заработка (дохода), который пациент имел или мог иметь;

– компенсации морального вреда.

В зависимости от обстоятельств дела и выбранной позиции требования могут быть основаны в том числе на ст. ст. 15, 150, 151, 401, 1064, 1068, 1084 – 1094, 1095 – 1098, 1099, 1101 ГК РФ; ст. 98 Закона № 323-ФЗ; законодательстве о защите прав потребителей.

Для снижения правовых рисков рекомендуется:

– регулярно обновлять внутренние документы организации в соответствии с изменениями законодательства;

– проводить аудит правовых рисков, включая проверку договоров, документации и соблюдения стандартов оказания услуг;

– организовывать обучение персонала по вопросам правовой грамотности и соблюдения норм;

– внедрить систему управления рисками (риск-менеджмент), которая включает идентификацию, оценку, ранжирование рисков и контроль мер по их снижению;

– вести медицинскую документацию в строгом соответствии с требованиями действующего законодательства;

– страховать гражданскую ответственность (хотя это не исключает ответственности, но может помочь в финансовом плане).

В случаях обращения пациентов с гражданскими исками в судебные органы у представителей медицинских организаций появляется процессуальная необходимость доказывания своего надлежащего исполнения профессиональных обязанностей и своей невиновности.

Пленум Верховного Суда Российской Федерации в пункте 11 постановления от 26 января 2010 г. № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» разъяснил, что установленная ст. 1064 ГК РФ презумпция вины причинителя вреда предполагает, что доказательства отсутствия своей вины должны представить сами ответчики.

Считаем правильным изучение вопроса об объемах и пределах обязанностей медицинской организации при оказании медицинской помощи в современных условиях.

Вопрос о содержании обязанности медицинской организации возникает не только в случае наличия между нею и пациентом заключённого договора, но и в тех случаях, когда медицинская услуга оказывается пациенту в отсутствие такого договора. Представляется, что содержание обязательства медицинской организации должно в первую очередь определяться условиями договора, заключённого между ней и пациентом. Если договор отсутствует или из толкования его условий неясно, имели его стороны намерение включить в содержание обязанности исполнителя достижение определённого результата или нет, то необходимо ориентироваться на ожидания от оказания медицинской услуги, которые имел бы на месте кредитора гипотетический средний разумный пациент [3].

Для разрешения указанных вопросов суды в большинстве случаев назначают комиссионную комплексную судебно-медицинскую экспертизу, при проведении которой используются критерии оценки качества медицинской помощи.

Согласно ч. 2 ст. 64 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», критерии оценки качества медицинской помощи форми-

руются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (далее – КР) и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Верховный Суд РФ неоднократно подчёркивал, что несоблюдение КР при оказании медицинской помощи противоречит закону и рассматривается как факт оказания медицинской помощи ненадлежащего качества. Эта позиция была подтверждена, в частности, в определении от 21 августа 2023 года №16-КГ23-23-К4. В апреле 2025 года Верховный Суд повторил эту правовую позицию в Обзоре судебной практики №1 (утв. Президиумом ВС РФ 25 апреля 2025 года).

Таким образом, соблюдение порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций – ключевые элементы современной медицинской практики, направленные на повышение эффективности лечения, которые в том числе обеспечивают безопасность профессиональной медицинской деятельности и рациональное использование ресурсов здравоохранения.

Несоблюдение клинических рекомендаций (КР) может рассматриваться как одна из ключевых ошибок при анализе медицинских судебных дел, так как их соблюдение является обязательным требованием законодательства и основой для оценки качества медицинской помощи.

Медицинская организация должна иметь возможность предоставить все доказательства того, что проведенное лечение или обследование соответствовало стандартам и рекомендациям должного оказания медицинской помощи.

Так, анализируя результаты рассмотрения медицинских дел в отношении ГБУЗ НСО «ГКБ № 19», можно констатировать существенное снижение сумм по заявленным исковым требованиям при предоставлении суду необходимой медицинской документации, пояснений по существу оказания медицинской помощи лечащих врачей, заключений медицинских комиссий, главных отраслевых специалистов, подтверждающих должное исполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

При производстве медицинских вмешательств со ссылкой на п. 2 ст. 1064 ГК РФ, возможно прийти к выводу об отсутствии противоправности в деяниях медицинской организации (если медицинскими работниками не допущены нарушения положений порядков оказания медицинской помощи, стандартов ее оказания, клинических рекомендаций, иных положений закона или договора об оказании медицинской помощи или медицинских услуг), что подтверждается и судебной практикой [4].

Резюмируя вышеизложенное, акцентируя внимание на возрастающее количество гражданских исков по медицинским делам, настоятельно рекомендуем медицинским организациям внедрить систему управления рисками (риск-менеджмент) с должным исполнением требований российского законодательства, регулирующих правоотношения в сфере медицинской деятельности, а также обеспечить страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. https://руни.рф/Правовой_риск.

2. Медицинское право: судебная практика в России и за рубежом: монография. – Москва: Проспект, 2024. С. 248–250.

3. Некоторые вопросы возмещения вреда, причинённого жизни или здоровью пациента вследствие недостатка медицинской /услуги/ Вячеслав Иваненко, Журнал Цивилистика № 3, май-июнь 2025.

4. Старчиков М.Ю. Гражданско-правовое регулирование взаимоотношений в сфере охраны здоровья: проблемные вопросы и судебная практика: научно-практическое пособие // СПС КонсультантПлюс. 2022.

СУБЪЕКТ ОБЪЕКТИВНЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ДОЛЖНОСТНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Васильев И.В.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

Количество уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников, находится на достаточно высоком уровне и имеет тенденцию к увеличению. Следственным комитетом РФ (далее СК РФ) проводятся проверки жалоб на действия врачей всех специальностей. Согласно статистическим данным, в 2017 г. в следственные органы Следственного комитета Российской Федерации поступило 6 050 сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи. В 2018 г. в СК России поступило 6 623 аналогичных сообщения, что на 9,47% больше, чем в 2017 г. По результатам рассмотрения поступивших сообщений о преступлении в 2017 г. возбуждено 1 791 уголовное дело, в 2018 г. – 2 229 уголовных дел или на 24,45% больше, чем в 2017 г. [1, с. 265]. В 2023 г. Количество жалоб снизилось, составив 443, при этом количество возбужденных дел осталось прежним – 2 332 [2, с. 228]. Основным соста-

вом возбуждаемых уголовных дел является ч. 2 ст. 109 УК РФ Причинение смерти по неосторожности при ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей. Вместе с тем, нередко деятельность медицинских работников квалифицируется по иным составам, в том числе по 30 главе УК РФ – преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления, в частности по составу статьи 293 – халатность.

В случае возбуждения уголовного дела по составам гл. 30 УК РФ особую роль играет выявление специального субъекта преступления, определенного примечанием к ст. 285 УК РФ. Верховный суд РФ обратил внимание на то, что судам при рассмотрении уголовных дел о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий необходимо устанавливать, является ли подсудимый субъектом указанных преступлений – должностным лицом.

Под организационно-распорядительными функциями следует понимать полномочия должностного лица, которые связаны с руководством трудовым коллективом государственного органа, государственного или муниципального учреждения (его структурного подразделения) или находящимися в их служебном подчинении отдельными работниками, с формированием кадрового состава и определением трудовых функций работников, с организацией порядка прохождения службы, применения мер поощрения или награждения, наложения дисциплинарных взысканий и т.п.

К организационно-распорядительным функциям относятся полномочия лиц по принятию решений, имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия (например, по выдаче медицинским работником листка временной нетрудоспособности, установлению работником учреждения медико-социальной экспертизы факта наличия у гражданина инвалидности, приему экзаменов и выставлению оценок членом государственной экзаменационной (аттестационной) комиссии) [3].

Таким образом, в медицине к должностным лицам можно отнести главных врачей, руководителей структурных подразделений, ответственных дежурных в государственных или муниципальных учреждениях, а также врачей иных организаций при выполнении ими специальной законной функции.

Вопросы интерпретации субъекта преступления являются наиболее спорными при осмыслении состава преступления. На первый взгляд кажется, что субъект это константная величина, прямо определенная уголовным кодексом и требующая лишь прямого фактического подтверждения при проведении расследования. Действительно, общий субъект – это физическое вменяемое лицо, достигшее на момент совершения возраста уго-

ловной ответственности. Казалось бы, предметом интерпретации в данном случае может быть только вменяемость, которая устанавливается интерпретационным рассуждением судебно-психиатрического эксперта с постановкой диагноза и ответа на вопросы волевого и интеллектуального критерия вменяемости. Основная интерпретационная нагрузка в данном случае ложится на судебно-психиатрического эксперта, в области деятельности суда и следствия остается лишь решение вопроса о возможности вменения данному лицу в его конкретном психическом состоянии совершенного деяния. Иной вопрос ставится перед следствием в составах преступления со специальным субъектом. Характеристика специального субъекта преступления подразумевает доказывание некоторых специальных признаков, не характерных для общего субъекта преступления. В данном случае простой догматический подход к последовательному установлению всех признаков состава преступления может привести к формальному применению уголовного закона и, как следствие, назначение наказания, не соответствующего тяжести совершенного деяния. На наш взгляд, в данной ситуации достаточно обосновано применять при квалификации деяния методы юридической герменевтики. В этом случае преступление представляется единым текстом, обладающим уникальным смыслом, который и должен быть установлен интерпретатором и только после этого отождествлен с текстом особенной части уголовного кодекса.

Особенностью медицинского работника – должностного лица является то, что он одновременно выполняет и профессионально медицинские и должностные функции, поэтому интерпретационное рассуждение о субъекте должно иметь характер герменевтического круга. На первом этапе устанавливается наличие у медицинского работника должностных полномочий, при их наличии субъект необходимо рассмотреть в контексте объективной стороны деяния. Особое внимание при этом уделяется характеру невыполненной или ненадлежащим образом выполненной обязанности, которая послужила причиной возникновения общественно опасных последствий, как правило, в медицине представленных причинением тяжкого вреда здоровью либо смерти пациента. В случае неосторожного деяния входящего в профессиональную деятельность медработника (недооценка степени тяжести, не установление диагноза, не выявление симптома и т.п.) даже если это повлекло за собой принятие неверного организационного решения признать медработника лицом, совершающим должностное преступление невозможно. Деяние следует квалифицировать по ч. 2 ст. 109 или 118. «*Faber fit faber fabricando*» («кузнец становится кузнецом, когда кует» лат.) Для привлечения медработника по ст. 293 необходимо установить, что последний ненадлежаще выполнил или не выполнил по неосторожности именно

организационно-распорядительную или административно-хозяйственную функцию, это умозаключение завершает круг рассуждения, что позволяет утверждать медработник – должностное лицо – специальный субъект преступления. Логика данной дифференциации проистекает из формальных отличий профессионального действия, подразумевающего многовариантность поведения и строго регламентированного государством алгоритма поведения должностного лица, нарушение которого посягает на порядок государственного управления.

Судебная практика по привлечению медицинских работников по ст. 293 складывается неоднозначно.

В 2015 году дело в отношении главного врача больницы в Самарской области, причинившего тяжкий вред при проведении операции, возбужденное по ст. 293 переквалифицировано на ч. 2 ст. 18.

В 2016 году в Твери зав. неврологическим отделением изучил историю болезни, не выявил дефекта диагностики, в результате неправильного лечения больной скончался, заведующий привлечен к ответственности по ч. 2 ст. 293 УК РФ.

В 2023 году в республике Татарстан при проведении спинно-мозговой анестезии у больного развилась гематома под оболочками спинного мозга, лечащий врач несвоевременно вызвал на консультацию невролога, зав отделением не проконтролировал назначения. Врач признан виновным по ч. 2 ст. 118, заведующий отделением по ч. 2 ст. 293. Апелляционная и кассационная инстанции оставили приговор в силе.

Общая тенденция судебной практики складывается в пользу обвинительной позиции. По нашему мнению вопрос специальной субъектности при квалификации должностных преступлений медработников должен быть герменевтически обоснован.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Загрядская Е.А. Проблемы уголовно-правовой квалификации профессиональных преступлений, совершенных работниками здравоохранения // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сборник статей. – 2020. – С. 265–269.

2. Рябова А.В. Уголовная ответственность медицинских работников за вред, причиненный здоровью пациентов // Москва. – 2026. – Т. 2. – С. 228.

3. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 (ред. от 11.06.2020) «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // Бюллетень Верховного Суда РФ. – 2009. – № 12. – С.5–12.

КАТЕГОРИЯ «НЕУДОВЛЕТВОРЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ПОТРЕБИТЕЛЯ В ДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПО ВИНЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ» ВВЕДЁННАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2025 Г. № 500-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Гаганов Д.Б.

Ассоциация организаторов здравоохранения в онкологии (Санкт-Петербург)

Исследуемый нами закон 500-ФЗ вносит изменения в ст. 13 Закона – были добавлены два пункта; нас интересует п.7:

«Штраф, предусмотренный пунктом 6 настоящей статьи, не подлежит взысканию в случае, если …исполнитель ….в добровольном порядке не удовлетворил требования потребителя по вине потребителя, в том числе в случае уклонения потребителя от совершения действий, предусмотренных настоящим Законом, либо такого неисполнения им обязательств, в результате которого Исполнитель …оказался лишен возможности в добровольном порядке удовлетворить требования потребителя».

То есть, у нас теперь два случая, когда потребительский штраф не подлежит взысканию вследствие злоупотребления правом со стороны потребителя (при злоупотреблении правом со стороны потребителя перестаёт работать презумпция вины исполнителя, становится возможным говорить уже о вине потребителя – прим.авт.):

1) уклонение потребителя от совершения действий, предусмотренных Законом о защите прав потребителей;

2) такое неисполнение потребителем обязательств, которое лишило исполнителя возможности добровольного удовлетворения требований;

При ответе на вопрос о юридических признаках и доказательствах вины пациента нам обязательно надо учитывать статус пациента как более слабой стороны. Основные аспекты:

Противопоставление профессионального исполнителя как профессионального участника рынка медицинских услуг и непрофессионала – пациента. Причём интересно, что даже если потребитель медицинских услуг – бывший врач, всё равно это на него распространяется.

Вид и объём медицинского вмешательства, выбор исполнителя могут быть определены только в силу профессиональных знаний, поскольку по сути речь идёт либо о согласии, либо об отказе от услуги.

Асимметрия информации. Сторона потребителя будет говорить об асимметрии по сравнению с медицинской организацией. Полностью применять те способы, которые, например, используются на рынке автострахования, к этим отношениям невозможно.

Затрагивание здоровья и жизни пациента и, вследствие этого, особая ценность этих нематериальных благ. Сторона пациента будет говорить, в том числе, о физических и моральных переживаниях, которые не позволяли ему адекватно оценить обстановку на стадии добровольного исполнения требований.

На этом фоне надо будет доказывать вину потребителя медицинских услуг для целей Федерального закона № 500-ФЗ. Пациент не может проконтролировать качество и безопасность оказываемых медицинских услуг. У нас бремя доказывания очень резко смещено в сторону медицинской организации. То есть по этим признакам медицинская организация должна была всё сделать на стадии добровольного исполнения, но остаётся некий «остаток». Именно в этом остатке мы и ищем вину пациента.

Поможет Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда 1 от 18.01.2022 № 18-КГ21-161-К4: «Оценивать действия сторон как добросовестные либо недобросовестные следует исходя из поведения, ожидаемого от участника гражданского оборота».

Поведение одной из сторон может быть признано недобросовестным в тех случаях, когда усматривается *очевидное отклонение действий участника гражданского оборота от добросовестного поведения* (ibid).

Федеральный закон от 28 декабря 2025 г. № 500-ФЗ ввёл критерии оценки поведения сторон потребительского правоотношения применительно к досудебной (внесудебной стадии), стадии добровольного удовлетворения требований, если правильнее. Почему это важно? На судебной стадии суд оценивает поведение сторон при решении вопроса о «потребительском штрафе».

Как можно оценить поведение сторон на данной стадии, стадии добровольного удовлетворения?

И обязательные требования к услуге и обычно предъявляемые требования к услугам такого типа (п.п.10,11, 12–17, 35–41 в соотношении со ст. 29 Закона о защите прав потребителей) являются обязательными и для потребителя услуг при надлежащем информировании потребителя об услуге.

Например, на врачебной подкомиссии, куда приглашаем потребителя медицинских услуг, ставим вопрос о соответствии услуги и обязательным требованиям (ст. 37 и 64 323-ФЗ) и об обычно предъявляемым требованиям к данной услуге (например, термин потребителя «неправильно описал результаты» относится и к первой и ко второй категории). Здесь же используем и

оценку оформленной в отношении конкретного потребителя документации согласно правилам оформления медицинской документации из корпуса документов по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности и критерии качества.

ОБОСНОВАНИЕ: В силу положений ст. 4 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» требование о предоставлении потребителю качественной услуги подразумевает не только соответствие услуги обязательным требованиям, которые установлены законами или в установленном ими порядке (сюда входит и соответствие услуги алгоритмам оказания по приказу 785н, а установленный законом порядок – это конструкция соответствия ст. 90 323-ФЗ и Приказа Минздрава 785н), но и оказание услуг, соответствующих обычно предъявляемым требованиям и пригодных для целей, для которых услуга такого рода обычно используется. Отсутствие обязательных требований, предъявляемых законом или в установленном им порядке, к оказанию услуг, не препятствует выяснению вопроса о качестве оказанной потребителю услуги (выполненной работы) – здесь важно в разрезе того, что не по всем нозологиям есть клинические рекомендации).

То есть, потребитель, предъявляя досудебную (внесудебную) претензию должен обосновать, что его требования относятся к обязательным требованиям к услуге (вопросы нарушения врачебной этики и деонтологии мы здесь не будем). Выяснить это надлежащим образом можно на стадии добровольного удовлетворения требований потребителя, которое лучше увязать с подкомиссией по качеству или в судебном разбирательстве.

Добросовестность поведения исполнителя медицинских услуг (медицинской организации) следует обосновать путём сравнения актов поведения с обязательными и обычно предъявляемыми требованиями к такому поведению, закреплённого надлежащим способом – проведением комиссии (подкомиссии) по правилам Приказа Минздрава РФ № 180н.

Согласно разъяснению, содержащемуся в пункте 1 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации», оценивая действия сторон как добросовестные или недобросовестные, следует исходить из поведения, ожидаемого от любого участника гражданского оборота, учитывающего права и законные интересы другой стороны, содействующего ей, в том числе в получении необходимой информации.

Таким образом, добросовестность при осуществлении гражданских прав и при исполнении гражданских обязанностей предполагает поведение, ожидаемое от любого участника гражданского оборота, учитывающего права и

законные интересы другой стороны, содействующего в реализации прав и исполнении обязанностей.

Следовательно, добросовестное поведение потребителя как участника гражданско – правовых отношений при согласии и участии в стадии добровольного удовлетворения – это поведение потребителя, учитывающее права и законные интересы медицинской организации – исполнителя, содействующего стороне потребителя, **в том числе в получении необходимой информации.**

По данным критериям, например, можно оценивать поведение потребителя медицинской услуги, который согласился на участие в подкомиссии (комиссии) по своему вопросу, но не явился и не выслал своей позиции, а потом заявил судебные требования так, будто подкомиссии и не было.

Уклонение потребителя медицинских услуг, от реализации своих прав на получение информации о соответствии/несоответствии медицинской услуги обязательным и обычно предъявляемым требованиям со стороны профессионального участника рынка должно быть оценено судом, в том числе и на предмет соответствия требованиям закона о защите прав потребителей при решении вопроса о взыскании «потребительского штрафа».

При этом следует учитывать, что досудебная стадия (стадия добровольного удовлетворения) не является обязательной, но поведение сторон на этой стадии может быть оценено с точки зрения п.7 ст. 13 Закона о защите прав потребителей в исследуемой новой редакции.

***

Где проходит грань между злоупотреблением правом и реализацией законного права пациента как потребителя при отказе от услуги?

Грань следующая: если недовольный пациент сообщает о недостатках (по его мнению) существенных недостатках (по его мнению). Пациент не обладает профессиональными знаниями. Следовательно, нужна очная встреча и общение с носителями профессиональных знаний. Обнаружение недостатков (особенно – существенных недостатков) невозможно без профессионального участника рынка. Форма такой встречи – врачебная подкомиссия (комиссия) по качеству и безопасности.

Проведение такой подкомиссии (комиссии) подтверждает добровольность исполнения обоснованных требований потребителя. Порядок реализации стадии добровольного удовлетворения проверяется в суде исходя из следующей правовой позиции Конституционного Суда (Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 27 февраля 2025 г. № 447-О):

«Положение, устанавливающее ответственность в виде штрафа за нарушение добровольного порядка удовлетворения требований потребителя, направлено на стимулирование добровольного исполнения требований по-

требителя со стороны …исполнителя… как профессионального участника рынка (определения Конституционного Суда Российской Федерации от 30 мая 2023 года № 1198-О, от 25 июня 2024 года № 1691-О и др.). (Определение Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2025 года № 447-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы Мюллер Хелены на нарушение ее конституционных прав пунктом 6 статьи 13 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Определение ВС РФ от 18.01.2022 № 18-КГ21-161-К4.

2. Федеральный закон от 28 декабря 2025 г. № 500-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

3. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 27 февраля 2025 г. № 447-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы Мюллер Хелены на нарушение ее конституционных прав пунктом 6 статьи 13 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2025 г. № 180н “Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации”.

К ВОПРОСУ О ПРОИЗВОДСТВЕ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ ПО ФАКТУ ОБНАРУЖЕНИЯ ТРУПА ЛИЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ВНЕШНИХ ПРИЗНАКОВ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

Горшкова В.С.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет» (Барнаул)

Осмотр места происшествия (далее – ОМП) является ключевым следственным действием [1], позволяющим зафиксировать сложившуюся обстановку в конкретной территориальной единице (комната, квартира, жилой дом, хозяйственная постройка, участок местности и т.д.), изъять объекты с целью установления объективной картины произошедшего, выдвинуть и проверить версии.

Деятельность сотрудников полиции неразрывна связана с функционированием медицинских учреждений, в частности бюро судебно-медицинской экспертизы. При поступлении сообщений, заявлений в территориальный

орган внутренних дел об обнаружении трупа человека вне медицинского учреждения формируется следственно-оперативная группа, которая выдвигается на место происшествия и производит ОМП. Судебный эксперт (врач), применяя специальные познания в области медицины, участвует в качестве специалиста в производстве следственного действия (описание ранних и поздних трупных явлений, характер и локализация имеющихся повреждений тканей, органов, костей и т.д.).

Нередко ОМП производится по факту обнаружения трупа лица пожилого возраста (условно – от 60 до 75 лет), что связано с некоторыми особенностями. Несмотря на отсутствие внешних признаков насильственной смерти на теле вышеуказанного лица, важно обратить внимание на подробную фиксацию в протоколе следственного действия, фотографирование по правилам судебной фотографии и изъятие таких объектов, как:

– медицинские документы (медицинская карточка, чеки об оплате медицинских услуг в государственных и негосударственных коммерческих организациях, рентгеновские снимки, рецепты на приобретение медицинских препаратов) – пациенты обращаются за медицинской помощью в государственные и негосударственные медицинские учреждения [2], поэтому в клинике по месту жительства могут отсутствовать сведения о наличии заболевания и назначенных препаратах для лечения недуга;

– упаковки с таблетками, капсулами, жидкостями (баночки, блистеры и т.п.) – российские граждане имеют возможность приобретать в розничной сети аптек, маркетплейсах («Озон», «Валдберрис») медицинские препараты и биологически активные добавки, иногда данные добавки привозят с собой из заграничных командировок или путешествий – преимущественно не имея для этого назначение врача;

– травы (мята, душица, зверобой, полынь и прочее), травяные настойки и бальзамы – часто употребляют лица в качестве добавки в рацион питания, не предавая значение тому, что лекарственные травы и медицинские препараты могут оказывать как нейтрализующее, так и отравляющее воздействие на организм человека;

– ежедневники, тетради, листы бумаги с рукописными записями, содержащими информацию о дозировке и периодах приема медицинских препаратов, рецептах приготовления напитков из трав и т.д.;

– растения, произрастающие в квартире и на приусадебном участке (мята, мелисса, микрозелень).

Запечатление и отражение в процессуальном документе, фототаблице к протоколу ОМП позволяет сохранить важную информацию, позволяющую выдвинуть и проверить версии о причине наступления смерти, в том числе при отравлении неустановленным ядом.

Специалист в области судебной медицины (судебно-медицинский эксперт, врач) может проконсультировать руководителя и членов следственно-оперативной группы о возможной причине наступления смерти (например, отравление) и тех медицинских препаратах, биологически активных добавках, травах, употребление которых приводит к негативному воздействию на организм вплоть до летального исхода.

Таким образом, обнаружение и осмотр трупа лица пожилого возраста без внешних признаков насильственной смерти требует более тщательного и скрупулёзного подхода со стороны сотрудников правоохранительных органов. Сотрудники следственного комитета, уголовного розыска полиции при взаимодействии с судебно-медицинским экспертом (врачом) на месте происшествия получают возможность по «крупицам» информации восстановить, что происходило до, в момент и после наступления смерти человека, установить причину ухода из жизни лица пожилого возраста. Данные обстоятельства нацеливают сотрудников правоохранительных органов и медицинских работников на поиск совместных ответов по ряду ключевых вопросов относительно воздействия на организм человека ряда препаратов (медицинских и немедицинских), трав, которые могут привести к летальному исходу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федер. закон от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ (с изм. и доп.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант». Источник: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/?ysclid=lqdfahdg5z906079136 (дата обращения: 10.04.2026).

2. Васильев, И.В. Проблемы правового регулирования отношений при оказании медицинской помощи / И.В.Васильев [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. 2010. № 1(61). С. 93–96.

АВТОМАТИЗАЦИЯ СУДЕБНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА: ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ, ПРАВОВЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ И ЭТИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ

Жоголь О.Н.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

Цифровая трансформация государственного управления охватила и судебную систему, где автоматизация выступает ответом на хроническую перегруженность судов, рост сложности дел и запрос общества на оператив-

ное и доступное правосудие. К 2026 году во многих юрисдикциях внедрены элементы электронного правосудия: системы подачи исков в цифровом формате, видеоконференц-связь, автоматизированная рассылка процессуальных документов, чат-боты для консультирования граждан и алгоритмическая поддержка подготовки судебных актов. Однако дискуссия о степени допустимого вмешательства автоматизированных систем непосредственно в ход судебного разбирательства остаётся острой.

Судебное разбирательство традиционно строится на принципах непосредственности исследования доказательств и независимости суда. Эти гарантии закреплены в ст. 6 Европейской конвенции о защите прав человека, ст. 46–47 Конституции РФ, а также в процессуальных кодексах. Автоматизация, особенно в форме алгоритмического принятия решений, вступает в потенциальное противоречие с указанными принципами по следующим причинам. Непосредственность и устность: ИИ-системы оперируют структурированными данными и текстовыми массивами, не воспроизводя интонацию, невербальные сигналы и динамику допроса, что критично для оценки достоверности показаний. Обоснованность и мотивированность: судебный акт должен содержать логическую цепочку, связывающую доказательства с выводами. Алгоритмы машинного обучения, особенно глубокие нейросети, часто не обеспечивают интерпретируемость решения на уровне, достаточном для процессуальной проверки. Право на обжалование: эффективное средство правовой защиты предполагает возможность проверить, кем, как и на каком основании принято решение.

В связи с этим доктрина и регуляторы всё чаще проводят различие между полной автоматизацией (самостоятельное вынесение решений без участия человека) и вспомогательной автоматизацией (ИИ как инструмент анализа, классификации, поиска прецедентов). Последняя признаётся совместимой с процессуальными гарантиями при условии сохранения окончательного решения за судьей и обеспечения права сторон на оспаривание алгоритмических рекомендаций.

К 2026 году в судебной практике применяются следующие категории технологий: электронный документооборот и ЭЦП (ГАС «Правосудие» (РФ), e-Courts (Индия), e-Justice (ЕС); видеоконференц-связь и удалённые заседания, NLP и семантический анализ (системы поддержки судей в Германии, Нидерландах, Китае); предиктивная аналитика (COMPAS (США, ограничен), алгоритмы досудебного содержания (Европа); ODR-платформы (eBay Resolution Centre, британский Civil Money Claims, российские пилоты в арбитражных судах); блокчейн и хеширование (Эстония, пилоты в ОАЭ) [2,6].

Эмпирические данные показывают, что внедрение вспомогательных систем сокращает время подготовки дел на 20–35%, снижает количество про-

цессуальных ошибок, связанных с пропуском сроков или неполнотой документов, и повышает единообразие судебной практики по типовым спорам (взыскание задолженности, административные правонарушения, семейные дела с бесспорными фактами) [3]. Однако в сложных делах, требующих оценки морального вреда, добросовестности, публичного порядка или толкования норм в условиях правовой неопределённости, эффективность ИИ остаётся ограниченной. Автоматизация судебного разбирательства порождает комплекс системных рисков.

Алгоритмическая предвзятость: модели обучаются на исторических судебных данных, которые могут отражать системные неравенства (расовые, гендерные, социально-экономические) [4]. При отсутствии коррекции ИИ воспроизводит и усиливает дискриминационные паттерны.

Проблема ответственности: при ошибке алгоритма (неверная квалификация, пропуск доказательства, некорректная рекомендация) возникает вопрос: кто несёт ответственность – разработчик, оператор, судья, государственный заказчик? Действующее законодательство не содержит чёткого механизма распределения деликтной и дисциплинарной ответственности [5].

Цифровое неравенство: граждане без цифровой грамотности или юридической поддержки оказываются в уязвимом положении, что противоречит принципу равного доступа к правосудию.

Дегуманизация правосудия: судебная власть – не только функция разрешения споров, но и институт морального признания, восстановления справедливости и публичного доверия. Полная автоматизация угрожает превратить разбирательство в техническую процедуру, лишённую эмпатии и контекстуальной оценки.

Кибербезопасность и целостность данных: уязвимости в системах хранения и передачи материалов дел создают риски фальсификации доказательств, утечки персональных данных и несанкционированного вмешательства в ход процесса.

Регуляторы реагируют на эти вызовы. В ЕС с 2024 года действует Регламент об ИИ, классифицирующий системы, используемые в отправлении правосудия, как высокорисковые, что налагает обязательства по оценке соответствия, человеческому контролю и прозрачности. В России разрабатываются стандарты верификации алгоритмов в государственном секторе, а Верховный Суд указывает на недопустимость подмены судебного усмотрения автоматическими рекомендациями без мотивированного отклонения или принятия [1].

Для обеспечения баланса между эффективностью и гарантиями прав личности необходимы следующие меры:

1. Законодательное закрепление статуса ИИ-инструментов. В процессуальных кодексах следует прямо указать, что алгоритмические системы носят вспомогательный характер, а окончательное решение принимается судьей с указанием отношения к рекомендациям ИИ.

2. Обязательный алгоритмический аудит. Независимая экспертиза обучающих данных, метрик справедливости, интерпретируемости и устойчивости к атакам до внедрения и периодически в ходе эксплуатации [8].

3. Гибридная модель «человек в контуре». Критические процессуальные действия (оценка доказательств, допрос, назначение наказания, признание иска) остаются за человеком. Автоматизация допустима в рутинных, формализуемых операциях: регистрация, сортировка, проверка сроков, генерация черновиков, калькуляция госпошлин и неустоек.

4. Развитие цифровой инфраструктуры и правовой грамотности. Государственное обеспечение доступа к электронному правосудию, создание центров цифровой юридической помощи, упрощённые интерфейсы для маломобильных и пожилых граждан.

5. Международная гармонизация стандартов. Участие в рабочих группах ООН, Совета Европы, ОЭСР по этике ИИ в юриспруденции, взаимное признание протоколов верификации и обмена лучшими практиками.

Автоматизация судебного разбирательства является необратимым трендом, обусловленным технологическим прогрессом и потребностью в повышении эффективности правосудия. Однако опыт внедрения ИИ-инструментов показывает, что их ценность раскрывается не в замене судьи, а в усилении его аналитических возможностей, снижении нагрузки и унификации процедур [7[.

Будущее цифрового правосудия лежит в плоскости гибридных систем, где технологии берут на себя рутину, а человек сохраняет контроль над оценкой доказательств, применением права и вынесением итогового решения. Реализация этой модели требует обновления процессуального законодательства, внедрения обязательного аудита алгоритмов, развития цифровой инфраструктуры и формирования междисциплинарной культуры ответственного использования ИИ в юриспруденции. Только при соблюдении принципов прозрачности, подотчётности и человеческого контроля автоматизация станет инструментом укрепления верховенства права.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Регламент (ЕС) 2024/1689 Европейского парламента и Совета, устанавливающий гармонизированные правила в области искусственного интеллекта. 2024.

2. Астапенко П.Н. Сравнительный анализ правового регулирования искусственного интеллекта в России, Китае, США и Европейском союзе // Закон и право. 2025. № 6. С 47–54. https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-pravovogo-regulirovaniya-iskusstvennogo-intellekta-v-rossii-kitae-ssha-i-evropeyskom-soyuze/viewer.

3. Суханов Е.А. О гражданско-правовых проблемах цифровизации // Вестник гражданского процесса, издательство Общество с ограниченной ответственностью «Издательский дом В.Ема» (Москва), 2025. № 1, с. 37–52 DOI

4. Кирмизов М. С. Электронное правосудие: теория и практика // // Молодой ученый. – 2025. – № 26 (577). – С. 286–290. – URL: https://moluch.ru/archive/577/126961.

5. Gulyamov S. S. Mechanisms for Building Trust in AI-Assisted Justice Systems Through Cognitive, Emotional and SocioPsychological Factors // Vestnik Permskogo universiteta. Juridicheskie nauki – Perm University Herald. Juridical Sciences. 2025. Issue 3(69). P. 482–491.

6. Papagianneas, S. Fairness and justice through automation in China's smart courts / S. Papagianneas, N. Junius // Computer Law & Security Review. – 2023. – Vol. 51. – P. 105897.

7. Pérez Domínguez, S. Attitudes and perceptions regarding algorithmic judicial judgement: barriers to innovation in the judicial system? / S. Pérez Domínguez, P. Simón Castellanos // IDP. Internet Law and Politics. – 2023. – Vol. 0, No. 39.

8. Veersalu, K. Automation Within a Novel Platform for the European Small Claims Procedure / K. Veersalu, T. Hoffmann // TalTech Journal of European Studies. – 2023. – Vol. 13, No. 2. – P. 152–176.

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В ОБЛАСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Кошляк Д.А.

ГБУЗ НСО «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы» (Новосибирск)

Ежегодный статистически анализ формы № 42 («Отчет врача – судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы» и «Сведения о деятельности Центра, бюро судебно-медицинской экспертизы») позволяет констатировать устойчивый рост числа судебно-медицинских экспертиз по т.н. «врачебным делам» [1, 2].

Увеличение числа данных судебно-медицинских экспертиз, по мнению ряда авторов, обусловлено сочетанием нескольких обстоятельств: нетерпимость современного общества к фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, т.к. врачу доверяется самое ценное, что имеется у человека – его жизнь и здоровье; «заинтересованностью» правоохранительных органов в расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками; постоянным интересом средств массовой информации к подобным делам; возрастающей псевдо грамотностью граждан в вопросах оказания медицинской помощи в связи с большим количеством медицинских передач на телевидении, доступностью медицинской информации в сети Интернет, в том числе ведением медицинских каналов, как самими врачами, так и блогерами не имеющими медицинского образования. Важно отметить также, что причиной роста «врачебных дел» являются завышенные ожидания пациентов от проводимого лечения, и не достижение «запланированного результата» оценивается пациентами как ненадлежащее оказание медицинской помощи [3,4].

В последние годы по результатам выполненных судебно-медицинских экспертиз особенно отмечен рост их числа в рамках оказания услуг в области эстетической пластической хирургии. Это, по-видимому, связано с широким оказанием данной медицинской услуги населению. На сегодняшний день на косметологическом рынке предлагается множество услуг от дермапигментации (перманентный татуаж) до абдоминопластики (подтяжка живота) и коррекции после родов [5].

Принято считать, что единственным потребителем косметологических услуг являются женщины. Отмечается снижение возраста женщин, впервые обратившихся к пластическому хирургу и после первой выполненной хирургической операции, следует вторая и третья и т.д. В желании устранить визуальные недостатки или следовать последним тенденциям моды в области красоты почти не уступают женщинам и мужчины. Как показывает практика, представители сильного пола также часто прибегают к пластическим операциям. Нередко речь идет о липосакции, пересадки волос, операциях на интимной зоне. С каждым годом ширится круг выполняемых пластических операций, растет их число среди обоих полов. На первом месте, как среди мужчин, так и женщин популярностью пользуется блефаропластика, на втором месте у женщин операции на груди, включая увеличение и уменьшение, а у мужчин ринопластика и риносептопластика [5].

Драйвером развития пластической хирургии является постоянно растущий спрос на данную услугу, подкрепляемый меняющимися канонами красоты и желанием без изнурительных физических нагрузок, всевозможных диет выглядеть красивее.

С одной стороны, это отражает позитивные тенденции:

– расширение возможностей для реабилитации и коррекции врождённых дефектов (расщелина губы, деформации носа и т.д.);

– повышение качества жизни пациентов, страдающих от психологических комплексов из-за особенностей внешности;

– интеграция пластической хирургии в комплексную медицинскую помощь (реконструкция после травм, мастэктомии).

С другой стороны, возникают риски:

– формирование зависимости от коррекции и погони за «идеалом»;

– рост числа необоснованных вмешательств у пациентов без объективных показаний.

В соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается [6]:

– в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

– в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

– на основе клинических рекомендаций;

– с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

С 2016 г. по 2025 г. в ГБУЗ НСО «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее – ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ») было проведено 10 судебно-медицинских экспертиз по претензиям к медицинским работникам в области пластической хирургии. Из них, 2 были выполнены в виду претензий по поводу выполненных пластических операций на молочных железах и 8 по факту выполненных хирургических операций на лице и ушных раковинах (пластика носа, губ, ушных раковин).

Судебно-медицинские экспертизы проводились комиссионно, с привлечением врача – пластического хирурга. Во всех случаях судебно-медицинские экспертизы проводились в отношении лиц женского пола, с обязательным их обследованием совместно с врачом – пластическим хирургом. До 2016 г. данный вид судебно-медицинских экспертиз в ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ» практически не проводился.

Производство судебно-медицинских экспертиз в области пластической хирургии не должно отличаться от других выполняемых экспертиз по «врачебным делам» [7]. В данном случае объектами исследования являются ме-

дицинские документы, отражающие ход и результаты оказанной медицинской помощи, материалы уголовного (гражданского) дела или уголовно-процессуальной проверки. В состав экспертной комиссии во всех случаях включается пластический хирург для оценки оказанной медицинской помощи. Совместно с пластическим хирургом в каждом случае обследуется и лицо, в отношении которого проводится судебно-медицинская экспертиза. Это необходимо чтобы оценить результаты проведенного лечения, установить недостатки хирургической операции, неблагоприятные эстетические последствия, а также определить показания (необходимость) для их устранения.

Сложность проведения экспертиз по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи в области пластической хирургии обусловлена наличием ряда факторов. При оценке результата выполненной пластической операции, т.е. при определении степени запланированного результата, большое значение имеет индивидуальное, субъективное представление о красоте, как самого пациента, его родственников и близких, так и пластического хирурга. В случае производства судебно-медицинской экспертизы результаты пластической операции могут быть также неодинаково оценены и экспертной комиссией. По сути, имеется несколько мнений относительно оценки одного результата выполненной пластической операции [3]

В рамках производства судебно-медицинских экспертиз, экспертная комиссия должна учитывать медицинские данные, указанные в следующих источниках [7]:

– положениях об организации оказания медицинской помощи;

– порядках оказания медицинской помощи;

– клинических рекомендациях;

– специальной медицинской литературе, содержащей общепризнанные положения медицинской науки.

В 2012 г. приказом Минздрава России был впервые утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», который определял правила оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» в медицинских организациях [8].

На сегодняшний день на территории Российской Федерации с 3.07.2018 г. действует Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», утвержденный приказом Минздрава России от 31.05.18 № 298н, (далее – Порядок), которым был отменен прежний Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» от 2012 г. [9].

Долгое время при производстве судебно-медицинских экспертиз в области практической хирургии экспертной комиссии приходилось руководствоваться только данным Порядком, т.к. отсутствовали стандарты медицинской

помощи и клинические рекомендации по профилю пластическая хирургия. Это значительно затрудняло производство судебно-медицинских экспертиз, т.к. выводы комиссии экспертов должны быть обоснованы, в том числе, и нормативными правовыми актами.

Вместе с тем, нередко в подходе к планированию и проведению пластической операции используются отличающиеся операционные методики, принятые в различных хирургических школах, с учетом индивидуального опыта хирургов. Все больше предлагаются различные «авторские» методы проведения хирургических вмешательств, основанные как на классических, так и на современных технологиях [10].

Поэтому судебно-медицинской экспертной комиссии приходилось полагаться исключительно на личное экспертное мнение и опыт привлеченного в состав комиссии врача – пластического хирурга.

В связи с изданием в 2025 г. актуальных клинических рекомендаций по пластической хирургии «Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов» и национального руководства по пластической хирургии под ред. Н. Е. Мантуровой у врачей судебно-медицинских экспертов появилась возможность дополнительно научно обосновывать свои экспертные выводы [5, 11].

На практике это означает, что при рассмотрении «врачебных дел» в области пластической хирургии эксперты теперь могут:

– чётко определить, соответствовали ли действия хирурга утверждённым клиническим рекомендациям на каждом этапе: от консультации и информированного согласия до выбора методики операции и реабилитации;

– оценить адекватность предоперационного планирования, включая анализ анатомических особенностей пациента и прогнозирование рисков;

– проанализировать соблюдение протоколов операционной техники;

– сопоставить развитие осложнений с описанными в национальном руководстве факторами риска и мерами их профилактики.

Это позволяет структурировать экспертный анализ и сделать его максимально понятным, обоснованным для всех участников судебного процесса.

При оценке заключения эксперта по «врачебным делам» органы предварительного расследования и суды особое внимание обращают на аргументацию выводов. Эта необходимость обусловлена сложностью расследования данной категории дел. Заключение эксперта по «врачебному делу», порой, является основным доказательством по делу и от ее результатов зависит судебное решение. Научно обоснованное заключение эксперта, опирающееся на современные клинические рекомендации, протоколы лечения, стандарты медицинской помощи и руководства, служит надёжной основой для принятия обоснованного процессуального решения.

Таким образом, установление объективных медицинских данных, касающихся конкретного экспертного случая, в части установления недостатков оказания медицинской помощи, их прямой причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями и установление причиненного вреда здоровью с опорой на нормативные правовые документы имеет важное значение. Применение в экспертной практике Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», национального руководства и клинических рекомендаций по пластической хирургии сделает выводы эксперта обоснованными и позволит избежать назначения повторных судебно-медицинских экспертиз.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ Минздрава РФ от 22 октября 2001 г. N 385 "Об утверждении отраслевой статистической отчетности".

2. Приказ Росстата от 06.12.2024 № 613 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения № 42 «Сведения о деятельности Центра, бюро судебно-медицинской экспертизы» и указаний по ее заполнению».

3. Плетянова И.В., Шмаров Л.А. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по некоторым специальностям в эстетической медицине. Судебно-медицинская экспертиза. 2020; 63(4): 57–61.

4. Шмаров Л.А. Современные судебно-медицинские экспертные методологические подходы к решению вопросов в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи : диссертация ... доктора медицинских наук : 3.3.5. / Шмаров Леонид Александрович; [Место защиты: ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» ; Диссовет ПДС 0300.011]. – Москва, 2023. – 382 с. : ил.

5. Национальное руководство по пластической хирургии. Избранное / под ред. Н. Е. Мантуровой – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025.

6. Федеральный закон от 21.11.11 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.19) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Собрание законодательства РФ. 2011;48:6724.

7. Приказ Минздрава России от 25 сентября 2023 года №491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» (зарегистрирован в Минюсте России 24 октября 2023 года, регистрационный № 75708).

8. Приказ Минздрава России от 30.10.12 № 555н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия». Российская газета (специальный выпуск). 2013.

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2018 № 298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия».

10. Мантурова Н.Е., Талолин Н.П., Андрющенко О.А. Использование алгоритмов в эстетической хирургии лица. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2023.

11. Клинические рекомендации по пластической хирургии / под ред. Н.Е. Мантуровой – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ В ДОКАЗЫВАНИИ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Морозова Н.А.[1], Кулебякин И.Ю.[2]

[1] ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации имени А.Я.Сухарева» (Новосибирск)

[2] ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации» (Новосибирск)

В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством, Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при осуществлении уголовного преследования медицинских работников органам следствия и суда необходимо располагать заключением судебно-медицинского эксперта относительно наличия или отсутствия нарушений при оказании медицинской помощи.

Экспертизы проводятся как в государственных, так и негосударственных учреждениях здравоохранения. Одним из таких учреждений является Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации. Ежегодно Сибирский филиал СЭЦ СК России проводит 140–170 судебно-медицинских экспертиз (2023. – 143, 2024 – 145, 2025 – 170, 2026 – 61) [1].

Распределение по профилям медицинской деятельности (2026 год)

	Находится в работе	Выполнено
Акушерство	43	5
Инфекционные болезни	38	5
Хирургия	33	10
Неврология	22	5
Кардиология	18	2
Онкология	17	5

Терапия	16	1
Травматология-ортопедия	16	3
Педиатрия	12	1
Пульмонология	12	2
Неонатология	6	0
Нефрология	6	0
Сердечно-сосудистая хирургия	5	1
Анестезиология	4	0
Детская хирургия	4	1
Нейрохирургия	3	3
Гастроэнтерология	2	0
Гериатрия	2	0
Гинекология	2	0
Детская кардиология	2	0
Урология	2	0
Челюстно-лицевая хирургия	2	0
Эндокринология	2	0
Гематология	1	2
Дерматовенерология	1	0
Детская онкология-гематология	1	0
Пластическая хирургия	1	0
Рентгенология	1	0
Скорая медицинская помощь	1	0
Судебно-медицинская экспертиза	1	0
Стоматология	1	0
Физиотерапия	1	0
Офтальмология	0	2

Анализ результатов выполненных экспертиз показывает, что из 61 экспертизы нарушения при оказании медицинской помощи установлены по 27 делам, в том числе дефекты ведения медицинской документации (10), дефекты диагностики (6), дефекты диагностики и лечения (6), организации оказания медицинской помощи (1) [1].

По нарушениям в хирургической практике проведено 10 экспертиз, в том числе 6 повторные. В среднем на каждую экспертизу приходилось по 4 внештатных специалиста. Установлены дефекты в 6 экспертизах, в их числе дефект диагностики и лечения, приведший к наступлению смертельного исхода (1), нарушения при ведении медицинской документации, не приведших к причинению вреда здоровью (3), нарушения при диагностике, не приведшие к наступлению тяжких последствий – 1.

По акушерской практике проведено 5 экспертиз. В среднем на каждую экспертизу приходилось 4,8 внештатных специалиста. Нарушения при оказании медицинской помощи установлены тремя экспертизами. Они касаются порядка ведения медицинской документации, не состоящих в причинной связи с наступившими последствиями.

По инфекционным болезням проведено 5 экспертиз. В среднем на каждую экспертизу приходилось более 4 внештатных специалистов. Нарушения при оказании медицинской помощи установлены по двум фактам, один из них касается нарушения при диагностике и лечении, один – вопросов организации при оказании медицинской помощи. В обоих случаях причинен вред здоровью средней тяжести, состоящий в причинной связи с допущенными нарушениями. Примечательно, что уголовное дело по факту нарушения при диагностике и лечении возбуждено по ч. 2 ст. 293 УК РФ, а по нарушению при организации оказания медицинской помощи – по ч. 1 ст. 238 УК РФ. Предполагаем, что окончательное решение по данным делам – прекращение уголовного дела в связи с отсутствием состава преступления.

По неврологическим случаям проведено 5 экспертиз. Внештатные эксперты привлекались по всем экспертизам (среднее количество внештатных экспертов 5). Нарушения при оказании медицинской помощи установлены в 2 экспертизах (нарушения при ведении медицинской документации – 1, нарушения при диагностике и лечении – 1), которые не состоят в причинной связи с наступившими последствиями.

Оказанием медицинской помощи по профилю «онкология» являлись предметом судебно-медицинских экспертиз в 5 случаях. Нарушения выявлены во всех экспертизах, в т.ч. связанные с ведением медицинской документации – 4, с диагностикой и лечением – 1. Нарушения в причинной связи с наступившими последствиями не состоят.

Приведенные статистические сведения Судебно-экспертного центра подтверждают статистические сведения Следственного комитета Российской Федерации, в соответствии с которыми из общего количества возбужденных уголовных дел в отношении медицинских работников не более 6–10% направляются в суд [2]. Остальные дела заканчиваются принятием решения о прекращении уголовного дела в связи с отсутствием состава либо события преступления.

Однако нельзя не отметить факты, которые встречаются в следственной и экспертной практике, способные повлечь привлечение к уголовной ответственности.

Так, Сибирским филиалом СЭЦ проведена экспертиза по факту нарушений при оказании медицинской помощи пациенту гинекологического профиля. В лечебное учреждение поступила пациентка с жалобами на боли в области живота. Поставленный диагноз (внематочная беременность) не нашел своего подтверждения в ходе оперативного вмешательства, оперативное вмешательство проведено неполно, причина кровотечение устранена не была, сроки выполнения оперативного вмешательства нарушены, инфузионная терапия проведена некачественно, а также ряд других нарушений. В результате потерпевшей причинен тяжкий вред здоровью в виде развития угрожающих жизни состояний и неблагоприятных последствий (в т.ч. энцефалопатия тяжелой степени, спастический тетрапарез, вторичная миокардиодистрофия, полная утрата зрения). Кроме этого, вследствие неверного диагноза потерпевшей необоснованно удалена маточная труба, что является причинением тяжкого вреда здоровью.

Однако хотим обратить внимание на нарушения при ведении медицинской документации, а именно внесение изменений в медицинскую документацию, искажение ее содержания. Изменен диагноз, внесены ложные сведения о проведении ряда диагностических мероприятий. Лечебное учреждение оказалось не готово к оказанию медицинской помощи в экстренной форме по причине отсутствия на рабочем месте анестезиолога-реаниматолога.

Здесь необходимо проводить проверку как минимум 2 составов преступлений – фальсификация доказательств и халатность со стороны руководства медицинского учреждения.

В этой ситуации специальных знаний только судебно-медицинских экспертов недостаточно. Необходимо проведение криминалистической экспертизы для установления признаков подделки документов. Если же медицинская документация ведется в электронном виде – компьютерная экспертиза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Информационная справка о результатах деятельности СЭЦ СК России за 2023–2026 гг.

2. Материалы к коллегии Следственного комитета Российской Федерации по итогам работы за 2025 год.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С НАРУШЕНИЯМИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Музафярова Т.П.[1], Борцов В.А.[2], Фомичева М.Л.[2]

[1]ООО «МОРЕЛЬ» (Новосибирск)

[2]ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (Новосибирск)

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы правового регулирования оказания косметологических услуг пациентам с нарушениями социальной адаптации. Показано, что действующее правовое регулирование медицинской деятельности в полной мере не учитывает психоэмоциональные и поведенческие особенности пациентов, обращающихся за эстетически ориентированной медицинской помощью. Это формирует правовую коллизию между объемом обязанностей медицинского работника и отсутствием нормативно закрепленных механизмов оценки факторов, влияющих на субъективное восприятие результата вмешательства. На основе действующего законодательства, официальной статистики и русскоязычных научных публикаций обосновывается необходимость совершенствования правового регулирования в данной сфере.

Ключевые слова: косметология, социальная адаптация, социальная дезадаптация, медицинское право, информированное добровольное согласие, качество медицинской помощи, защита прав потребителей.

Социальная адаптация в научной литературе рассматривается как процесс согласования личности с требованиями социальной среды, тогда как дезадаптация связывается с нарушением такого согласования и проявляется в поведенческих, эмоциональных и ценностно-нормативных деформациях. В одной из работ по проблематике адаптации прямо указано, что дезадаптация по внешнему критерию может проявляться как конфликтное, асоциальное и контрнормативное поведение [1]. Для медицинской практики это имеет особое значение в тех случаях, когда нарушение адаптации не достигает уровня психиатрического диагноза, но уже влияет на ожидания пациента, его коммуникативное поведение и оценку результата лечения.

В сфере косметологии данный вопрос приобретает самостоятельное правовое значение. Косметологическая помощь относится к медицинской деятельности, однако в значительной части случаев оказывается пациентам, обращающимся не по жизненным показаниям, а в связи с неудовлетворенностью внешностью, стремлением к социально одобряемому образу или ожи-

данием улучшения качества жизни через изменение внешнего вида. Научные публикации по эстетическому профилю показывают, что у пациентов, обращающихся за эстетическими вмешательствами, нередко выявляются личностно-психологические и психопатологические особенности; при этом сами авторы отмечают, что эстетические вмешательства ориентированы не только на изменение внешности, но и на улучшение эмоционального состояния и социального функционирования [2]. В более новой публикации по пациенткам косметологической клиники отмечено, что нарушения психической адаптации у такой группы отражаются в частоте тревожности, внутреннего напряжения и иных психологически значимых состояний [3]. Следовательно, проблема выходит за пределы сугубо медицинской техники выполнения процедуры и затрагивает юридически значимые вопросы отбора пациентов, информирования и оценки качества результата.

Исторически российское законодательство и организационные модели медико-социальной помощи формировались преимущественно применительно к психиатрической, психотерапевтической, наркологической и геронтологической помощи. Из этого следует важный для настоящего исследования вывод: пациенты косметологического профиля с субклиническими формами социальной дезадаптации фактически выпадают из специально урегулированного поля медико-социальной помощи.

Юридическая специфика косметологии определяется тем, что оценка результата здесь существенно зависит от субъективного восприятия пациента. Между тем статья 4 Закона РФ «О защите прав потребителей» требует, чтобы услуга соответствовала условиям договора и обычным требованиям, предъявляемым к услугам такого рода, а статья 29 того же закона предоставляет потребителю право заявлять требования в связи с недостатками услуги [4]. В условиях косметологии это приводит к тому, что неудовлетворенность пациента может рассматриваться как основание для предъявления претензий даже при отсутствии дефектов медицинского вмешательства.

При этом статья 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ закрепляет, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а статья 20 устанавливает, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, данное после предоставления полной информации о целях, методах, рисках, последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи [5]. Одним из центральных элементов правового регулирования медицинского вмешательства является именно институт информированного добровольного согласия пациента. Однако в кос-

метологической практике этот институт нередко перестает быть только механизмом правовой защиты медицинского работника и превращается в инструмент последующей оценки того, насколько полно и понятно пациент был информирован. Если пациент имел изначально искаженные или завышенные ожидания, то даже формально правильно оформленное согласие не всегда исключает претензии.

В научной литературе указывается, что неудовлетворенность медицинской помощью может быть обусловлена индивидуально-психологическими особенностями пациента, включая повышенный уровень тревожности, особенности восприятия собственного тела и нереалистичные ожидания [6, 7].

В условиях, когда косметологическая услуга оказывается в рамках медицинской деятельности, а спор с пациентом может рассматриваться одновременно через призму законодательства об охране здоровья и законодательства о защите прав потребителей, медицинская организация фактически несет риск ответственности не только за дефекты самой манипуляции, но и за недостаточную проработку ожиданий пациента. При этом часть факторов, определяющих будущую неудовлетворенность, может находиться вне пределов обычной клинической оценки. Именно поэтому проблема пациентов с нарушениями социальной адаптации должна рассматриваться как проблема не только психологическая или организационная, но и как правовая. Перспективными направлениями совершенствования правового регулирования являются: разработка критериев выявления социальной дезадаптации; внедрение элементов психологического скрининга; совершенствование информированного добровольного согласия; закрепление права врача на отказ в оказании услуги при наличии нереалистичных ожиданий пациента.

Таким образом, проблема оказания косметологических услуг пациентам с нарушениями социальной адаптации имеет выраженный медико-правовой характер. Действующее законодательство 2026 года обеспечивает общие правовые рамки качества медицинской помощи, информированного добровольного согласия и защиты прав потребителей, однако не содержит специального регулирования для случаев, когда на оценку результата решающим образом влияет психоэмоциональное состояние пациента. Это формирует правовую коллизию между объемом обязанностей медицинского работника и отсутствием нормативно закрепленных механизмов их реализации. В условиях роста объема платных медицинских услуг и значимости эстетически ориентированной медицины данное направление требует дальнейшей научной разработки и более точной юридической конкретизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абатаева П.Н. Социальная адаптация личности // CyberLeninka. 2020. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-adaptatsiya-lichnosti

2. Петрова Н.Н., Спесивцев Ю.А., Грибова О.М. Личностно-психологические и психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии // CyberLeninka. 2013. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostno-psihologicheskie-i-psihopatologicheskie-osobennosti-patsientov-esteticheskoy-hirurgii

3. Багненко Е.С. Психосоциальные факторы нарушения психической адаптации пациенток косметологической клиники // CyberLeninka. 2023. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihosotsialnye-faktory-narusheniya-psihicheskoy-adaptatsii-patsientok-kosmetologicheskoy-kliniki

4. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (ред. от 28.12.2025, с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2026). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/

5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 23.07.2025, с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

6. Тайсаева С.Б. Восприятие тела и самооценка девушек, занимающихся фитнесом, как психологический феномен // CyberLeninka. 2022. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vospriyatie-tela-i-samootsenka-devushek-zanimayuschihsya-fitnesom-kak-psihologicheskiy-fenomen

7. Фаустова А.Г. Проблемы дефиниции и измерения нормативной неудовлетворенности телом в клинической психологии // CyberLeninka. 2017. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-definitsii-i-izmereniya-normativnoy-neudovletvorennosti-telom-v-klinicheskoy-psihologii

8. Каткова Н.В. Некоторые результаты опроса врачей клиники эстетической медицины // CyberLeninka. 2023. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-rezultaty-oprosa-vrachey-kliniki-esteticheskoy-meditsiny

ПРАВОВЫЕ ГРАНИЦЫ ОЦЕНКИ ВРАЧОМ СОБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ: АНАЛИЗ СТАТЬИ 27 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323-ФЗ

Панов А.В.

ООО «Центр медицинского права», Право-мед.ру (Омск)

Актуальность темы: цифровая асимметрия и нормативный вакуум

Современная правоприменительная практика в сфере здравоохранения сталкивается с устойчивым дисбалансом в реализации прав и обязанно-

стей субъектов правоотношений «врач-пациент». С одной стороны, цифровые платформы, включая агрегаторы отзывов о медицинских организациях и специалистах, предоставляют пациентам неограниченную возможность публичной оценки качества медицинской помощи. С другой стороны, медицинский работник законодательно лишен возможности аналогичной публичной реакции в силу прямого действия требований о врачебной тайне (статья 13 Федерального закона № 323-ФЗ) и законодательства о персональных данных. Указанная асимметрия формирует риски необоснованного давления на медицинское сообщество, при этом правовые механизмы фиксации недобросовестного поведения пациентов остаются фрагментарными и не обеспечивают процессуальной определенности.

Центральным нормативным элементом, призванным выравнивать данный дисбаланс, выступает статья 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ), закрепляющая обязанности граждан в сфере охраны здоровья. Несмотря на прямое законодательное закрепление, правоприменительная реализация данной нормы затруднена отсутствием в Законе № 323-ФЗ механизмов юридической ответственности за неисполнение установленных обязанностей. В результате медицинская организация и лечащий врач вынуждены оперировать инструментами смежных отраслей права (трудового, социального обеспечения, административного), что требует точного понимания правовых границ документирования поведения пациента.

Настоящий доклад посвящен анализу допустимых пределов оценки врачом соблюдения пациентом своих обязанностей, а также формированию алгоритма правомерного документирования, исключающего риски привлечения медицинского работника к гражданско-правовой или административной ответственности.

Нормативный фундамент: декоративность и императивность статьи 27

Статья 27 Закона № 323-ФЗ устанавливает трехуровневую систему обязанностей граждан. Часть 1 содержит общую декларативную норму, обязывающую граждан заботиться о сохранении своего здоровья. Части 2 и 3 носят императивный характер: они устанавливают обязанность проходить медицинские осмотры и лечение при наличии социально значимых или опасных для окружающих заболеваний, а также обязывают находящихся на лечении лиц соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Правовая природа указанных норм создает основу для квалификации поведения пациента не исключительно как этической или бытовой категории,

но как элемента правового статуса лица, обратившегося за медицинской помощью. В то же время законодатель не предусмотрел специальных санкций за нарушение данных обязанностей в рамках самого Закона № 323-ФЗ. Данный пробел компенсируется через институты экспертизы временной нетрудоспособности (статья 59), право лечащего врача на отказ от наблюдения (статья 70 часть 3), а также через положения об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства (статья 20). Таким образом, оценка соблюдения пациентом обязанностей реализуется не через наложение взысканий, а через правовые последствия, наступающие в сфере социального обеспечения, договорных отношений в здравоохранении и дисциплинарной организации лечебного процесса.

Право врача на оценку: нормативные основания и процессуальный характер

Понятие «оценка поведения пациента» в профессиональном юридическом смысле не подразумевает морализаторства или публичного порицания. Это клинико-правовая фиксация фактов, имеющих юридическое значение для определения объема, условий и последствий оказания медицинской помощи. Закон № 323-ФЗ предоставляет врачу несколько инструментов реагирования на систематическое несоблюдение пациентом режима лечения.

Во-первых, статья 70 часть 3 прямо закрепляет право лечащего врача по согласованию с руководителем медицинской организации отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, если такой отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Данная норма носит исключительный характер и требует строгого соблюдения процедурных условий: письменного уведомления пациента, согласования с руководством организации и организации замены лечащего врача.

Во-вторых, статья 59 Закона № 323-ФЗ, регулирующая экспертизу временной нетрудоспособности, предусматривает возможность фиксации нарушения режима лечения в листке нетрудоспособности. Врачебная комиссия уполномочена принимать решение о непродлении листка нетрудоспособности при отсутствии объективных медицинских показаний и наличии документально подтвержденного факта нарушения режима.

В-третьих, статья 20 часть 4 устанавливает, что при отказе от медицинского вмешательства гражданину в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ пациента от соблюдения назначенного режима или предложенного лечения не освобождает медицинскую организацию от обязанности документально зафиксировать данный факт, однако снимает с врача ответственность за неблагоприятный прогноз, если отказ оформлен надлежащим образом.

Практические формы документирования и требования к содержанию записей

Ключевым условием правомерности оценки поведения пациента является ее оформление в медицинской документации. В силу положений статьи 79 часть 1 пункт 11 Закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана вести медицинскую документацию в установленном порядке. Практика проверок Росздравнадзора и судебные разбирательства свидетельствуют, что отсутствие записей о нарушении режима лечения или отказе пациента от назначений интерпретируется контролирующими органами и судами в пользу пациента.

Документирование должно отвечать следующим критериям:

1. Объективность

Запись должна содержать исключительно фактические обстоятельства: дату, время, характер нарушения (неявка на прием, отказ от приема лекарственных препаратов, неисполнение рекомендаций по образу жизни), а также слова пациента, зафиксированные в форме «со слов». Использование оценочных суждений («безответственный», «уклоняется», «саботирует лечение») недопустимо и создает риски признания записи ненадлежащим доказательством.

2. Своевременность

Фиксация факта производится в день его выявления. Отложенное внесение записей в амбулаторную карту или историю болезни снижает их доказательственную ценность.

3. Подтверждение ознакомления

При возможности пациент должен быть ознакомлен с записью и подтвердить это подписью. В случае отказа пациента от подписи врач составляет акт об отказе, подписываемый двумя медицинскими работниками.

4. Соответствие формам

Отказ от медицинского вмешательства оформляется в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н (форма № 1051н), где указывается не только факт отказа, но и разъяснение возможных последствий.

Судебная практика: устоявшиеся позиции судов по категориям споров

Анализ правоприменительной практики по делам о качестве медицинской помощи и оспаривании решений о временной нетрудоспособности позволяет выделить три устойчивые категории, в которых оценка поведения пациента приобретает юридическое значение.

Первая категория – оспаривание отметки о нарушении режима в листке нетрудоспособности. Суды общей юрисдикции и арбитражные суды признают правомерность закрытия или непродления листка нетрудоспособно-

сти с указанием соответствующего кода (24–28), если медицинская организация документально подтвердила факт нарушения, а пациент не представил доказательств уважительных причин. Перечень уважительных причин (тяжелая болезнь близкого родственника, форс-мажорные обстоятельства) носит исчерпывающий характер. Занятость на работе, забывчивость или отсутствие сопровождающего лица судом не признаются уважительными основаниями. Бремя доказывания наличия уважительных причин возлагается на пациента.

Вторая категория – отказ пациента от вмешательства и последующее ухудшение состояния. При условии надлежащего оформления информированного отказа с разъяснением последствий, медицинская организация освобождается от гражданско-правовой ответственности за негативный исход. Суды исходят из принципа автономии воли пациента: лицо, сознательно отказавшееся от лечения после получения полной информации о рисках, несет ответственность за последствия своего выбора. Отсутствие записи о разъяснении последствий является основанием для удовлетворения требований пациента о возмещении вреда.

Третья категория – реализация врачом права на отказ от наблюдения по статье 70 часть 3 Закона № 323-ФЗ. Судебная практика подтверждает правомерность такого отказа при соблюдении следующих условий: отсутствие угрозы жизни пациента; письменное уведомление; согласование с руководителем медицинской организации; предложение альтернативного лечащего врача или иной медицинской организации. Нарушение хотя бы одного из указанных условий влечет признание отказа незаконным и взыскание компенсации морального вреда.

Разъяснения Росздравнадзора: требования к внутреннему контролю качества

Методические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности формируют обязательные ориентиры для медицинских организаций. Проверочные листы, применяемые при проведении документарных и выездных проверок, акцентируют внимание на следующих аспектах документирования поведения пациента:

Обязательной фиксации подлежат: наличие подписанного бланка информированного согласия или отказа; запись в медицинской документации о разъяснении пациенту последствий отказа с подтверждением ознакомления; факты несоблюдения режима лечения с указанием даты, времени, обстоятельств и слов пациента.

Категорически недопустимо: использование оценочных формулировок, нарушающих принцип объективности; разглашение сведений, состав-

ляющих врачебную тайну, при оформлении внутренних документов; отказ в оказании экстренной медицинской помощи под предлогом нарушения пациентом режима планового лечения.

Нарушение указанных требований квалифицируется как дефект организации оказания медицинской помощи и влечет выдачу предписаний об устранении нарушений, а в случаях, связанных с причинением вреда, – применение мер административной ответственности. В 2024–2025 годах Росздравнадзор акцентирует внимание на качестве ведения электронной медицинской документации, подчеркивая, что автоматизированные шаблоны не освобождают врача от обязанности индивидуализировать записи применительно к конкретному клиническому случаю.

Правовые ограничения при оценке поведения пациента

Оценка врачом соблюдения пациентом обязанностей не может осуществляться вне рамок, установленных действующим законодательством. Указанные ограничения носят императивный характер и не подлежат расширительному толкованию.

1. Недопустимость отказа в экстренной помощи (статья 11 часть 2 Закона № 323-ФЗ). Вне зависимости от характера и частоты нарушений режима лечения, пациент сохраняет безусловное право на получение медицинской помощи в экстренной форме. Любые действия, направленные на ограничение доступа к такой помощи, влекут административную или уголовную ответственность.

2. Соблюдение врачебной тайны (статья 13 Закона № 323-ФЗ). Формулировки в медицинской документации не должны содержать излишних сведений, позволяющих идентифицировать пациента вне лечебного контекста или нанести ущерб его репутации. Публикация врачом комментариев о поведении пациента на сторонних платформах, включая агрегаторы отзывов, квалифицируется как разглашение врачебной тайны и обработка персональных данных без законного основания.

3. Запрет дискриминации (статья 5 Закона № 323-ФЗ). Оценка поведения не может служить основанием для ограничения доступа к плановой медицинской помощи, изменения порядка оказания услуг или снижения качества медицинского вмешательства.

4. Гражданско-правовые риски. Распространение сведений, порочащих честь и достоинство пациента, под видом оценки его дисциплинированности, создает основание для применения статьи 152 ГК РФ. Суды consistently удовлетворяют требования о защите чести, достоинства и деловой репутации, если медицинский работник выходит за рамки профессиональной документации в публичное поле.

Алгоритм действий врача при нарушении пациентом режима лечения

Для минимизации правовых рисков и обеспечения процессуальной чистоты оценки поведения пациента медицинским организациям рекомендуется внедрить следующий алгоритм, соответствующий требованиям Закона № 323-ФЗ и подзаконных актов:

1. Выявление факта нарушения

Фиксация даты, времени и конкретных обстоятельств (неявка, отказ от диагностики/терапии, несоблюдение назначенного режима).

2. Информационная беседа

Разъяснение пациенту его обязанностей в соответствии со статьей 27 Закона № 323-ФЗ, а также возможных последствий дальнейшего неисполнения режима.

3. Документирование

Внесение записи в медицинскую карту в формате: дата, время, обстоятельства, слова пациента («со слов»), разъяснение последствий. Ознакомление пациента с записью под подпись. При отказе от подписи – составление акта в присутствии двух медицинских работников.

4. Направление на врачебную комиссию

При повторных или систематических нарушениях лечащий врач инициирует созыв врачебной комиссии для принятия коллегиального решения.

5. Решение врачебной комиссии

Оформление протокола с указанием одного из вариантов: продление/закрытие листка нетрудоспособности с указанием кода нарушения; рекомендация о замене лечащего врача; отказ от дальнейшего наблюдения по статье 70 часть 3 (при отсутствии угрозы жизни).

6. Письменное уведомление

Направление пациенту официального уведомления о принятом решении с указанием порядка обжалования и возможностей получения медицинской помощи в иной медицинской организации.

Данный алгоритм обеспечивает баланс между защитой прав пациента, исполнением профессиональных обязанностей врача и минимизацией правовых рисков для медицинской организации.

Предложения по совершенствованию правового регулирования

Существующая нормативная база требует развития в направлении конкретизации механизмов реализации статьи 27 Закона № 323-ФЗ. С учетом накопленной правоприменительной практики и потребностей медицинского сообщества целесообразно рассмотреть следующие инициативы:

1. Законодательный уровень

Внесение изменений в Закон № 323-ФЗ, предусматривающих пропорциональные правовые последствия за систематическое и грубое нарушение

режима лечения. Речь не идет об ограничении доступа к жизненно необходимой помощи, однако учет факта недобросовестного поведения пациента при определении объема льготного лекарственного обеспечения (за исключением препаратов, назначаемых по жизненным показаниям) мог бы повысить дисциплину лечебного процесса.

2. Подзаконный уровень

Утверждение Минздравом России единых методических рекомендаций по документированию фактов несоблюдения пациентом режима лечения. Унификация формулировок и шаблонов записей в медицинских информационных системах снизит риски субъективного толкования и упростит прохождение проверок Росздравнадзора.

3. Образовательный компонент

Включение в программы дополнительного профессионального образования обязательного модуля, посвященного правовым аспектам взаимодействия с «неприверженными» пациентами, навыкам коммуникации и правилам оформления медицинской документации в конфликтных ситуациях.

4. Цифровизация

Разработка в МИС защищенных шаблонов записей с автоматической проверкой на соответствие требованиям врачебной тайны и законодательства о персональных данных, исключающей возможность случайного разглашения сведений.

Заключение

Статья 27 Федерального закона № 323-ФЗ формирует нормативный фундамент для оценки врачом соблюдения пациентом обязанностей по сохранению здоровья, однако ее реализация остается зависимой от качества подзаконного регулирования и правоприменительной практики. Врач не только вправе, но и обязан фиксировать факты нарушения режима лечения, поскольку именно медицинская документация является основным доказательством при разрешении споров о качестве медицинской помощи, определении трудоспособности и установлении причинно-следственных связей. При этом оценка должна осуществляться исключительно в рамках профессиональной документации, с соблюдением принципов объективности, конфиденциальности, недопустимости дискриминации и безусловного обеспечения экстренной помощи.

Баланс прав и обязанностей в системе здравоохранения достижим только при условии, что правовые механизмы будут одинаково работать в интересах и пациента, и медицинского работника. Развитие института документирования, унификация требований контролирующих органов и повышение правовой грамотности медицинских кадров позволят трансформировать декларативную норму статьи 27 в работающий инструмент обеспечения качества лечебного процесса.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Савченко С.В. [1], Дорофеев С.Б. [2], Кормилина О.М. [3]

[1]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)
[2]ГБУЗ НСО «Городская клиническая поликлиника № 1» Минздрава России (Новосибирск)
[3]ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер Минздрава России (Новосибирск)

В Российской Федерации отмечается ежегодное увеличение количества возбужденных гражданских, дел в связи с профессиональной деятельностью медицинских работников [1,2]. Это многофакторный процесс, обусловленный активизацией части населения, не информированного в возможностях современной медицины, увеличения количества адвокатов, специализирующихся на ведении «врачебных дел», появление «института независимых экспертиз», а также страховых компаний, пытающихся возложить выплату компенсаций на врачей или лечебно-профилактические учреждения [3,4].

Производство судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с оказанием медицинской помощи, осуществляется при участии врачей различный клинических специальностей, которые дают оценку всех этапов диагностики заболевания у пациента и проводимого лечения [5].

Цель исследования: провести анализ судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам с целью выявления недостатков оказания медицинской помощи.

Выполненное исследование основано на анализе материалов 23 комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в связи с гражданскими делами по исковым заявлениям об оказании медицинской помощи. Производство комиссионных судебно-медицинских экспертиз было осуществлено экспертной организацией по оценке качества оказания медицинской помощи, организованной «Новосибирской областной ассоциацией врачей», имеющей соответствующую документацию на осуществление деятельности (лицензия и др.).

Анализ судебно-медицинских экспертиз позволил выявить, что их проведение было связано с гражданскими делами в случаях оказания медицинской помощи оперирующими медицинскими специалистами-хирургами (30,5%), акушерами-гинекологами (21,7%), и травматологами-ортопедами

(17,5%). Экспертизы также были проведены по поводу оказания медицинской помощи терапевтами (13,0%); неврологами (13,0%), педиатрами, стоматологами, психиатрами, анестезиологами-реаниматологами и инфекционистами (4,3%).

В подавляющем большинстве случаев причинами рассмотрения, так называемых, «врачебных дел» в гражданском процессе по данным исковых заявлений явились самые различные случаи оказания медицинской помощи, в которых возникала необходимость, по мнению истцов, материальной компенсации полученного (истцами) морального вреда. По мнению истцов, была оказана не надлежащая, диагностика заболевания (повреждения) (59,6% случаев) и, соответственно, несвоевременная постановка клинического диагноза (27,4% случаев). В 21,7% случаев выполнения экспертиз, истцами отмечено несвоевременно проведенное и ненадлежащее лечение; в 17,4% отсутствие достоверной информации, предоставленной родственникам о состоянии пациента. Кроме того, поводом для возбуждения гражданского дела в единичных случаях явилось ненадлежащее, по мнению родственников, проведение оперативного вмешательства, несвоевременный перевод из реанимации и выписка пациента, отсутствие должного внимания к пациенту; отказ в вызове бригады скорой помощи и переводе в профильную медицинскую организацию, а также недооценка рисков развития осложнений.

Судебно-медицинские экспертизы были проведены в связи с гражданскими делами, рассматриваемыми в 56,5% случаев в районных судах г. Новосибирска, в 34,3%; судами Новосибирской области, в 10% – в Бердском городском суде.

При анализе данных исследовательской части судебно-медицинских экспертиз в 70% случаев было отмечено недостатки при оформлении первичной медицинской документации врачами в виде отсутствия должной полноты изложения сведений о пациенте, отсутствие рубрик «заключительного клинического диагноза», «нечитаемый почерк» и др.

В 35% результаты независимой медицинской экспертизы позволили отметить недостатки в клинико-лабораторной работе, ненадлежащее проведение диагностики и несвоевременное назначение лечения, некорректно сформулированный диагноз, недооценка тяжести состояния пациента, несвоевременное проведение оперативного лечения, несвоевременный перевод пациента, необоснованное выполнение операции, отсутствие обеспечения безопасности пациента (исковое заявление в связи с летальным исходом).

Если решение о профессиональной грамотности лечебно-диагностического процесса решается врачами клинического профиля, входящими в состав комиссии, то установление причинно-следственной связи опреде-

ляется врачом судебно-медицинским экспертом. Установление причинно-следственной связи, при наличии подобного вопроса в «Определении суда», является очень важным для принятия судом решения по конкретному «врачебному делу» [8].

Несвоевременная диагностика заболевания в одном из заключений медицинских экспертов объяснялась особенностями заболевания, характеризующегося сложностью диагностического процесса на ранних стадиях развития рассматриваемой патологии. Поскольку под дефектом оказания медицинской помощи понимается совокупность действий медицинских работников, при которых не были приняты все возможные меры, направленные на предотвращение неблагополучных последствий при проявлении медицинским работников необходимой заботы и осмотрительности, которые требуются от медицинской организации, адресованные экспертам вопросы направлены на выяснение, все ли необходимые меры были приняты медицинскими работниками в целях оказания медицинской помощи надлежащего качества. Приведенный выше вывод одновременно отвечает на вопрос, отличающийся от поставленного, и выступает аргументом в пользу медицинской организации – прямая причинно-следственная связь между дефектом оказания медицинской помощи и ухудшением состояния здоровья пациента признана экспертами отсутствующей, непринятие мер, очевидных при должной степени осмотрительности, не подлежит рассмотрению.

Несмотря на то, что в выводах эксперты устанавливают факт нарушения медицинскими работниками установленных для надлежащего оказания медицинской помощи норм, в ответах на ключевые вопросы, имеющие решающее значение при установлении прямой причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и наступившими неблагоприятными последствиями устанавливается крайне редко.

На современном этапе рассмотрения т.н. «врачебных дел», многие судьи не информированы о том, что при оценке недостатков в деятельности медицинских работников не существует косвенной (непрямой или опосредованной) причинно-следственной связи между действиями врачей и неблагоприятным исходом. Причинно-следственная связь устанавливается только в тех редких случаях, когда она бывает – прямой. Это крайне редкие клинические наблюдения, когда врачом, например, повреждается крупный сосуд, вызвавший обильную кровопотерю.

Суды были удовлетворены во всех 23 случаях мотивированностью и научной обоснованностью экспертных выводов, что послужило основой для принятия судебных решений. При рассмотрении выполненных экспертиз у суда не возникло непонимания или несогласия с содержанием выводов, ни один пункт не был поставлен под сомнение. В 96% исковые требования ист-

цов удовлетворены частично, в 4% или в 1 рассматриваемом случае стороны пришли к заключению мирового соглашения. В 18% на вынесенные судебные решения были поданы апелляционные жалобы как истцами, так и ответчиками, однако лишь в одном случае из четырех решение суда первой инстанции было изменено в части взыскания в пользу истца. В одном случае решение суда первой инстанции было отменено в части присуждения медицинской организации штрафов. Одно исковое заявление рассматривалось кассационным судом, решение суда первой инстанции было оставлено без изменений.

Заключение:

В большинстве случаев проведение экспертиз по гражданским делам обусловлено претензий истцов на несвоевременные или ненадлежащие диагностику и лечение, а также на отсутствие достоверной информации, предоставленной родственникам о состоянии пациента. Решение вопроса о причинении вреда здоровью в результате дефектов при оказании медицинской помощи может быть осуществлено только при наличии прямой причинно-следственной связи между действиями врача и неблагоприятном исходе у пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Баринов, Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе по медицинским делам : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.03.05 / Баринов Евгений Христофорович. – М., 2014. – 49 с.

2. Ерофеев, С.В. Проблема экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи: мониторинг, развитие и современное состояние / С.В. Ерофеев, Н.С. Эделев, Н.В. Малахов, А.С. Семенов // Судебная медицина. – 2017. – № 1. – С. 4–10.

3. Каменева, К.Ю. Критерии обоснованности заключения СМЭ по «медицинским» делам в гражданском судопроизводстве: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.03.05 / Каменева Ксения Юрьевна. – М., 2019. – 25 с.

4. Кильдюшов, Е.М. Инородное тело пищевода как повод для установления правильности оказания медицинской помощи при производстве судебно-медицинской экспертизы / Е.М. Кильдюшов, Е.В. Егорова, А.Н. Кузин, Д.П. Калашников // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 1. – С. 48–50.

5. Шмаров Л.А. Современные судебно-медицинские экспертные методологические подходы к решению вопросов в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. – дис. ... доктора медицинских наук, 14.00.24 / Шмаров Леонид Александрович. – М., 2023. – 382 с.

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ РИСКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Стукалин В.Б.[1] Васильев И.В.[2],

[1] Новосибирский военный ордена Жукова институт имени генерала армии И.К. Яковлева войск национальной гвардии Российской Федерации (Новосибирск)

[2] ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, (Новосибирск)

Указ Президента РФ «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» [1] определяет здоровье населения как один факторов, определяющих национальную безопасность государства. В п. 72 говорится: «Угрозами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются возникновение эпидемий и пандемий, массовое распространение таких заболеваний, как … ВИЧ-инфекции, туберкулез[1] …». В п. 73 данного документа среди факторов, негативно влияющих на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан, отмечается в том числе «… не полностью сформированная нормативно-правовая база в указанной сфере». На некоторых аспектах указанного фактора и хотелось бы остановиться в рамках данной статьи. А в качестве вступления к рассмотрению следует рассмотреть вопросы финансирования лечения отдельных заболеваний.

По общему правилу лечение большинства заболеваний осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования, что определяется «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования» №№ 31-2/115/00-10-26-2-06/965) от 28.01.2025 г. [2]. В тоже время, в параграфе 2, раздела «Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ)» отмечается, что оплата за счёт средств ОМС в стационарных условиях осуществляется во всех страховых случаях, за исключением: «… социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путём, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулёз, психические расстройства и расстройства поведения) …». То есть оплата лечение заболеваний, объединённых в группы «социально значимые заболевания» и «заболевания, представляющие опасность для окружающих» [3] финансируется из средств бюджета.

[1] Выделено авторами.

Ещё одним вопросом, требующим предварительного рассмотрения, является содержание понятия «законченный случай лечения в стационаре». В утратившем силу письме Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 (с изм. от 11.11.2013) «О направлении рекомендаций Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» [4], давалось следующее определение «… совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтверждённого первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента). В действующих Методических рекомендациях … от 28.01.2025 года данное определение отсутствует, но в тексте продолжает использоваться, поскольку имеет существенное значение для определения момента окончания перечисления денежных средств лечебному учреждению за произведённое лечение.

Представляется, что дальнейшее рассмотрение более демонстрационным будет на примере лечения такого заболевания как туберкулёз.

Лечение туберкулёза является длительным лечением и может продолжаться на протяжении более года, включающее в себя интенсивную фазу (от 6 месяцев до 24 месяцев) и фазу продолжения до 18 месяцев (клин. рекомендации). На сегодня законченный случай лечения туберкулёза определяется по-разному:

1. По эпидемическим аспектам – окончание бактериовыделения – по микроскопии (чаще через 3 месяца), по посевам – более 3 месяцев. Законченный случай – 3 месяца

2. Клинико – рентгенологическим – п.1 + закрытие полостей распада – не менее 9 месяцев.

3. По фазам терапии – интенсивная фаза, фаза продолжения – от 6 до 32 месяцев.

4. По выздоровлению, т.е. снятие с диспансерного учёта – более 3 лет.

Исходя из изложенного, можно говорить о том, что в большинстве случаев лечение туберкулёза длится более одного текущего финансового года, который в соответствии с п. 1 ст. 5 Бюджетного кодекса РФ [5] «…вступает в силу с 1 января и действует по 31 декабря финансового года …».

Формирование государственного задания государственному учреждению (в т.ч. лечебному) и заключение с ним Соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета на его выполнение также осуществляется ежегодно на текущий финансовый год. В отношении разрешения вопроса о финансировании обязательств по исполнению государственного задания, возникших в отчётном году, в случаях необходимости их завершения в следующем финансовом году, императивных законодательных требований не установлено. Исходя из изложенного, возникает первый аспект - больные, получающие лечение по факту туберкулёза, ВИЧ инфекции, психических расстройств, в конце финансового года должны быть выписаны и могут быть приняты на лечение с первого числа нового финансового года. При невыполнении данного положения могут возникнуть вопросы о появлении в действиях должностных лиц признака нецелевого использования бюджетных средств, предусмотренного как административным законодательством (ст. 15.14 КоАП РФ) [6], а при сумме, превышающей 1,5 млн рублей может встать вопрос о наличии признака нецелевое расходование бюджетных средств, предусмотренная ст. 285.1 УК РФ [7]. Поскольку сложно представить принятие решения о продолжении лечения единоличным со стороны главного врача, квалификация должна производиться по п. «а» ч. 2 указанной статьи: «группой лиц по предварительному сговору».

Второй аспект тесно связан с предыдущим если должностное лицо медицинского учреждения, осуществляющего лечение в рамках медицинской специальности «фтизиатрия», во избежание указанных выше правовых последствий, выпишет больного туберкулёзом, то его действия вполне могут быть квалифицированы по ст. 236 УК РФ. Особенно это актуально в связи с частью 1 данной статьи, где предусматривается уголовная ответственность за «нарушение санитарно-эпидемиологических правил, … создавшее угрозу наступления …» массового заболевания. Выписав больного, исходя из рассмотренных выше финансовых правил, с незаконченным лечением, врасъч нарушает указанные положения ст. 236 УК РФ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» / URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389271/

2. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 28 января 2025 г. №№ 31-2/115/00-10-26-2-06/965) / URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411286607/

3. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. 13.06.2012 г.) / URL: https://ivo.garant.ru/#/document/12137881/paragraph/1:0

4. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 (с изм. от 11.11.2013) «О направлении рекомендаций Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» (утратило силу) / URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70207014/

5. Бюджетный кодекс РФ от 31.07.1998 № 145-ФЗ (ред. от 28.12.2025) URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/

6. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 08.03.2026) (с изм. и доп., вступ. в силу с 19.03.2026) URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/

7. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 20.02.2026) URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/

ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Хмельницкая Я.В., Урманаев А.А., Ершова С.С.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

Основной обязанностью государства Россия является защита прав и свобод человека и гражданина. В ряду наиболее значимых прав статья 23 Конституции РФ определяет право на личную, семейную тайну [1]. Деятельность исполнительной власти должна быть прямо направлена на соблюдение прав граждан. Особенностью медицинской деятельности является необходимость получения от пациента сведений о его жизни в рамках оформления сведения о жизни пациента (*anamnesis vitae*), а также о развитии и течении заболевания (*anamnesis morbi*) результатах проведённых диагностических мероприятиях, консультациях с другими специалистами. Данная информация нужна врачу для постановки верного диагноза и разработки тактики лечения пациента. Обратившийся за медицинской помощью человек находится в положении стеснённой воли, так как без его личной информа-

ции не может быть оказана медицинская помощь. Но данная информация не безразлична для пациента, ее разглашение является посягательством на его право на частную жизнь. Пациент вправе рассчитывать, что его данные будут использоваться в только его интересах, и разглашение такой информации в не предусмотренных законом случаях недопустимо. Данное положение гарантируется существованием уголовной, гражданско-правовой, административной и дисциплинарной ответственностью за разглашение врачебной тайны. Закон «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г. [2] относит врачебную тайну к персональным данным, оператором которых является медицинская организация. Тем временем, закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. [3] подразумевает возможность разглашения данных лицам, обучающимся в медицинских образовательных учреждениях. Освоение медицинской профессии невозможно без непосредственной практической работы обучающихся с пациентами. Студент должен получить навыки сбора анамнеза, осмотра, интерпретации лабораторных и инструментальных данных. Также обучающийся должен осваивать основные принципы ведения пациентов, оценивать эффективность проводимой терапии, определять прогноз для жизни и здоровья. Поэтому установленная законом возможность соответствует балансу конституционно-значимых целей правового регулирования. Однако, сегодняшний уровень подзаконной регламентации создает неопределенности, порождающие возможность нарушения конституционного права пациента на личную, семейную тайну. Согласно законодательству о персональных данных оператором обработки врачебной тайны является лицензированная медицинская организация, которая локальным нормативным актом (Положением об обработке персональных данных) устанавливает порядок обработки, лиц, получающих данные, устанавливает и предупреждает об ответственности за нарушение правил. Действие локального нормативного акта распространяется на работников и служащих организации, находящихся в трудовых отношениях с организацией. В большинстве медицинских образовательных учреждений отсутствует собственная клиническая база для обучения студентов «у постели больного», поэтому обучение проводится на клинических базах – самостоятельных медицинских организациях на основании договора между образовательной медицинской организацией и медицинской организацией. Тем самым, обучающиеся не находятся в правоотношении с оператором врачебной тайны, и непосредственно не подпадают под действие его нормативных актов, но на законном основании получают к ней доступ. Типовая форма договора утверждена приказом МЗ РФ от 30 июня 2016 г. № 435н [4]. В ст. 11.8. документа предусмотрена обязанность образовательной организации обеспечить неразглашение работниками и обучающимися сведений, составляю-

щих врачебную тайну, и персональных данных, ставших им известными при практической подготовке обучающихся. Но положения об обработке персональных данных образовательных организаций в большинстве не включают врачебную тайну, поскольку они не являются ее оператором. Тайна передается обучающимся непосредственно в медицинских учреждениях минуя образовательную организацию. Договор не предусматривает разделения ответственности. В случае разглашения гражданско-правовую ответственность несет медицинская организация (определение Красноярского краевого суда по делу № 33-3671/2019) [7]. Кроме того, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н [5] утверждены типовые формы ИДС и отказа от медицинской помощи, в которых не предусмотрены информирование пациента об участии обучающихся в оказании медицинской помощи и возможный его отказ от их участия. Подобное регулирование создает правовую неопределенность в реализации предварительного информирования больных о возможном участии студентов в оказании им медицинской помощи…» [6].



Рис. 1.



Рис. 2.

В рамках исследования произведено анкетирование по самостоятельно созданному опроснику среди 67 студентов НГМУ. По результатам анкети-

рования все студенты слышали о врачебной тайне, 91% опрошенных знают, что несут ответственность за её разглашение, но только 65,7% рассказывали о конкретных последствиях её нарушения, при этом только 46,3% опрошенных знают в каких случаях законно разгласить врачебную тайну. Данные результаты отражают неполноценность знаний об особенностях работы с личной тайной пациента у будущих специалистов, что создаёт предпосылки для противоправного поведения.

В изученных локальных нормативно-правовых актах медицинских образовательных учреждений особого внимания заслуживает положение об обработке и защите персональных данных ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ №25-347 от25.06.2025г. [8], которое в приложении № 17, 17.1 устанавливает регламент организации доступа обучающихся к персональным данным пациентов клиники и обязательство о неразглашении персональных данных физических лиц и сведений, составляющих врачебную тайну.

Представляется необходимым разработать и принять подзаконные нормативно-правовые акты на уровне Правительства РФ и МЗ РФ регламентирующие правоотношения по охране врачебной тайны при обучении в медицинских образовательных организацией с письменным обязательством обучающихся о неразглашении до момента привлечения к практическим занятиям на клинических базах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учётом поправок, внесённых Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 14.03.2020 № 1-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. – 2014. – № 31. – Ст. 4398.

2. О персональных данных : Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 06.02.2023) // Собрание законодательства РФ. – 2006. – № 31 (1 ч.). – Ст. 3451.

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.04.2023) // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

4. Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся… : приказ Минздрава РФ от 30 июня 2016 г. № 435н // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: http://pravo.gov.ru (дата обращения: 02.06.2026).

5. Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства… : приказ Минздрава РФ от 12 ноября 2021 г. № 1051н // Официальный

интернет-портал правовой информации. – URL: http://pravo.gov.ru (дата обращения: 02.06.2026).

6. Басова А.В. Проблемы соблюдения конституционных прав граждан при практическом обучении студентов-медиков / А.В. Басова // Российское право: образование, практика, наука. – 2022. – № 5. – С. 19–29. – DOI: 10.34076/24102709-2022-5-19.

7. Определение Красноярского краевого суда от 03.06.2019 по делу № 33-3671/2019 : об оспаривании ответственности за разглашение врачебной тайны // Архив Красноярского краевого суда. – 2019.

8. Положение об обработке и защите персональных данных ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России : утв. ректором 25.06.2025 № 25–347 (с приложениями № 17, 17.1) // Локальные нормативные акты РостГМУ. – Ростов-на-Дону, 2025.

СОЦАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В РОССИИ

Букин А.В.[1], Калиниченко А.В.[2], Борцов В.А.[2,3], Зинина А.И.[1]

[1] ФКУ «Новосибирская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России (Новосибирск)

[2] ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

[3] ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (Новосибирск)

Институт принудительных мер медицинского характера (ПММХ) находится на стыке уголовного права, психиатрии и прав человека. Наиболее строгий вид ПММХ – лечение в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН) для лиц, представляющих особую опасность. Формирование системы прошло путь от первых попыток регламентации в 1920-е годы до современной сети федеральных учреждений. Цель работы – проанализировать историческую эволюцию ПБСТИН в России и охарактеризовать их современное состояние.

Правовые основы заложены в первых советских уголовных кодексах. УК РСФСР 1922 г. (ст. 17) ввел «меры социальной защиты» для невменяемых. УК РСФСР 1926 г. попытался дифференцировать меры: лечение в общих больницах и в учреждениях, соединенных с изоляцией. В 1930-е годы практика характеризовалась нарушениями: суды назначали лечение без экспертизы, психиатры выписывали пациентов без решения суда [1]. Это создавало риск репрессивного использования психиатрии.

Перелом наступил в 1935 г. с принятием инструкции Наркомюста и Наркомздрава, отнесшей назначение и прекращение лечения к компетенции судов [2]. Инструкция 1948 г. ввела дифференциацию: лечение в общих больницах, в больницах специального типа и надзор психиатра. УК РСФСР 1960 г. (ст. 59) определил виды лечения в зависимости от тяжести расстрой-

ства. Однако к середине 1980-х годов больницы специального типа находились в ведении МВД, условия содержания были приближены к тюремным, что противоречило лечебному подходуКоренной перелом произошел в 1988–1989 гг. Совместным приказом МВД и Минздрава СССР началась передача больниц из МВД в систему здравоохранения [3]. Приказом Минздрава РСФСР от 27.01.1989 № 16 утвержден перечень шести больниц со строгим наблюдением: Казанская, Волгоградская, Калининградская, Костромская, Орловская, Смоленская. Они создавались на базе объектов пенитенциарной системы (Костромская – на базе ИТК, Волгоградская – на месте женской колонии). В постсоветский период созданы Санкт-Петербургская и Новосибирская больницы.

Окончательное оформление сеть получила в 2008–2010 гг. Распоряжением Правительства РФ от 10.09.2008 № 1300-р утвержден перечень восьми федеральных учреждений. Ключевой нормативный акт – Федеральный закон от 07.05.2009 № 92-ФЗ «Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением» [4]. Закон определил ПБСТИН как учреждение здравоохранения, ввел подразделения охраны из УИС, разграничил охрану стационара и внутреннюю безопасность, установил пределы применения силы. С 1 июля 2023 г. вступил в силу Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [5]. Документ ввел мультидисциплинарный принцип: врачи-психиатры (1 на 20 коек), психотерапевты, медпсихологи, соцработники, инструкторы по трудотерапии (1 на 50 коек), а также стандарты оснащения (наборы для фиксации, видеонаблюдение).

Современные ПБСТИН носят межрегиональный характер. Казанская (1020 коек) принимает женщин со всей России; Орловская (700 коек) – 17 регионов; Костромская (300 коек) – 8 субъектов. Типовая структура: лечебные отделения, диагностика, мастерские, хозслужбы, охрана. Последние два десятилетия – переход от изоляции к биопсихосоциальной реабилитации. В Санкт-Петербургской ПБСТИН создана трехуровневая структура терапевтического сообщества. Реабилитация включает восстановление документов, пенсий, жилья, обучение, трудотерапию, психокоррекцию.

Особое место занимает Новосибирская ПБСТИН – единственное учреждение в азиатской части России (200 коек для мужчин). Обслуживает макрорегион: Якутия, Камчатский и Хабаровский края, Иркутская, Сахалинская, Томская, Новосибирская, Омская, Магаданская области, Чукотка. Данные за 2023–2025 гг. показывают стабильность контингента (193–203 пациента). Средняя длительность пребывания растет: с 1476 до 1525 дней. Структу-

ра контингента на конец 2025 г.: психозы и слабоумие – 55,2% (112 чел.), умственная отсталость – 30,0% (61 чел.), непсихотические расстройства – 14,8% (30 чел.). Среди психозов преобладает шизофрения (91 чел., 81,3% всех психозов). Высока доля повторных госпитализаций (84,8% в 2023 г., 85,1% в 2024 г., 65,7% в 2025 г.), особенно среди пациентов с умственной отсталостью (100%, 90,9%, 85,7%), что подтверждает низкий реабилитационный потенциал этой категории.

Таким образом, история ПБСТИН прошла путь от репрессивной модели в системе МВД к современной медицинской модели. Сеть расширилась с шести до восьми стационаров. Законы № 92-ФЗ и Приказ № 668н закрепили взаимодействие здравоохранения и УИС. Однако сохраняются проблемы: высокая доля умственной отсталости (30%), низкий реабилитационный потенциал, рост длительности и повторных госпитализаций. Дальнейшее развитие – углубление дифференциации реабилитационных подходов в зависимости от профиля пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Морозов Г. В. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии / Г. В. Морозов, Д. Р. Лунц, Н. И. Фелинская. – Москва : Медицина, 1976. – 335 с.

2. Судебная психиатрия : учебник для юридических школ / под общ. ред. А. Н. Бунеева, Ц. М. Фейнберг. – 2-е изд. – Москва : Юридическое изд-во Министерства юстиции СССР, 1947. – 248 с.

3. Горшков М. М. Исторический обзор формирования в России института принудительных мер медицинского характера / М. М. Горшков, О. И. Гутникова, Е. А. Едомский // Омский психиатрический журнал. – 2020. – № 1 (23). – С. 15–22.

4. Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением : Федеральный закон от 07.05.2009 № 92-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2009. – № 19. – Ст. 2282.

5. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения : приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ О ПРАВОВЫХ ОСНОВАХ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Гуринович Е.Г., Летягина В.В., Матвиенко Д.С., Пикулев А.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

Трансплантология относится к тем областям медицины, где профессиональная ошибка почти всегда выходит за пределы сугубо клинической проблемы. Вопросы, возникающие при донорстве органов и тканей, затрагивают одновременно интересы реципиента, потенциального донора, его родственников, лечащей команды и медицинской организации. Поэтому для врача важны не только знания о показаниях к трансплантации и критериях совместимости, но и понимание того, как именно действует закон в конкретной ситуации. Нормативная неопределенность, неточное толкование правовых норм или неуверенность в алгоритме действий способны повлиять не меньше, чем недостаток клинического опыта. В этом смысле правовая грамотность в трансплантологии является частью профессиональной компетентности, а не внешним дополнением к ней [1; 2].

Российская модель правового регулирования трансплантации опирается прежде всего на Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [3; 4]. Для практической работы врача в этих актах существенны несколько положений. Во-первых, трансплантация допустима лишь при наличии медицинских показаний и не может рассматриваться как обычное хирургическое вмешательство. Во-вторых, органы и ткани человека выведены из гражданского оборота: их купля-продажа прямо запрещена законом. В-третьих, изъятие органов у умершего возможно только после установленного факта смерти и при отсутствии сведений о несогласии самого лица либо его близких родственников или законного представителя. Наконец, решения в данной сфере не могут приниматься единолично; закон связывает их с работой врачебного консилиума и соблюдением строго определенной процедуры. Именно эти положения чаще всего становятся предметом затруднений в учебной и практической среде.

Чтобы понять, насколько уверенно в названных вопросах ориентируются будущие и действующие медицинские работники, было проведено анонимное анкетирование студентов, клинических ординаторов и врачей Новосибирского государственного медицинского университета. Опрос вклю-

чал 17 закрытых вопросов и был построен так, чтобы выявить не формальное узнавание терминов, а реальное понимание правовых механизмов. В исследование вошли 58 человек: 10 врачей, 17 клинических ординаторов и 31 студент 2–6 курсов. Врачебная группа была небольшой, но разнородной по профилю; в нее вошли анестезиологи-реаниматологи, кардиологи, акушеры-гинекологи и невролог. Ординаторы также представляли разные специальности, хотя наиболее заметной оказалась группа, связанная с анестезиологией и реаниматологией. Такой состав выборки важен сам по себе, поскольку позволяет увидеть не позицию одной кафедры или одной узкой специальности, а более общий уровень правовой ориентированности внутри медицинского вуза.

Первый блок результатов показал, что базовое знакомство с нормативной основой остается ограниченным. Лишь половина опрошенных указала, что знакома с Федеральным законом № 323-ФЗ либо со статьей 47, регулирующей донорство органов и тканей человека и их трансплантацию. При этом источники получения информации распределились весьма показательно: для 50% респондентов основным каналом оказался учебный процесс в университете, 20% столкнулись с соответствующими нормами в практической работе, а 30% получили сведения из интернет-источников. Такая картина говорит не просто о недостатке знаний, а о том, что правовой материал усваивается фрагментарно и не образует устойчивой профессиональной опоры. Иначе говоря, будущий врач часто «слышал о законе», но не выстраивает вокруг него понятный алгоритм действий.

Не менее важным оказался и следующий результат: значительная часть участников опроса не ориентировалась в изменениях и дополнениях профильного законодательства о трансплантации. По данным анкетирования, 79,3% респондентов не были знакомы с соответствующими изменениями, хотя именно они задают более точные рамки правомерного поведения в реальной медицинской ситуации. Для образовательной практики это симптоматично. Студент или молодой врач может воспроизвести общее правило, но при этом не различает, какие нормы являются базовыми, какие были уточнены позднее и какие документы фактически определяют порядок действий сегодня. В результате знание права оказывается декларативным: оно существует на уровне общих формулировок, но плохо переводится в решение конкретной задачи.

Вместе с тем опрос выявил и относительно сильные стороны подготовки. Подавляющее большинство участников – 98,3% – правильно указали, что вопрос о возможности трансплантации не относится к усмотрению одного врача и требует коллегиального решения. Это свидетельствует о том, что сама идея процессуальных ограничений в профессиональном созна-

нии присутствует. Однако уже следующий шаг оказался значительно труднее: только 51,7% опрошенных смогли верно определить состав консилиума. Разрыв между двумя показателями особенно важен. Он показывает, что респонденты в целом понимают необходимость коллегиального подхода, но не всегда знают, как этот подход оформляется на практике и кто именно несет ответственность за принятие решения. Для сферы трансплантации такая неопределенность критична, поскольку именно детали процедуры чаще всего становятся предметом правовой оценки.

Самым уязвимым звеном исследования стало понимание презумпции согласия. Формально с данным термином были знакомы 60,3% участников опроса, однако при разборе ситуационных вопросов значительная часть из них неверно трактовала условия, при которых допустимо посмертное изъятие органов и тканей. По существу, термин узнается, но его юридическое содержание остается нераскрытым. Между тем статья 8 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» требует не абстрактного знания модели, а ясного понимания ее границ [4]. Врач должен различать отсутствие волеизъявления, выраженное несогласие, позицию родственников, а также процессуальные условия, при которых информация о несогласии приобретает значение для медицинской организации. Если эти различия не усвоены, то даже знакомство с терминологией не предотвращает ошибок.

Полученные данные позволяют по-новому взглянуть на привычное утверждение о «низкой информированности». Проблема состоит не только в том, что часть студентов и врачей не читала профильные законы. Более существенным выглядит другое: правовой материал усвоен как набор тезисов, но не как рабочий инструмент. В аудитории это выражается в уверенных ответах на общие вопросы и в затруднениях там, где требуется применить норму к конкретной клинической ситуации. В практическом здравоохранении подобный разрыв способен привести к куда более серьезным последствиям. Врач, неуверенно ориентирующийся в правовой конструкции посмертного донорства, скорее будет избегать активного участия в обсуждении таких случаев либо станет действовать чрезмерно осторожно, опасаясь конфликта с родственниками или претензий в адрес медицинской организации.

Дополнительное значение этому выводу придает то обстоятельство, что сама тема трансплантации в общественном восприятии остается эмоционально напряженной. Любая неточность в действиях персонала, неудачная коммуникация с родственниками или расплывчатое объяснение правовых оснований сразу переводят ситуацию из медицинской плоскости в этическую и общественную. На этом фоне даже хорошо сформулированная норма закона не работает автоматически. Она должна быть понята, принята и воспроизведена в поведении медицинских работников. Поэтому вопрос об информированности студентов и врачей следует рассматривать шире, чем про-

сто проверку знания отдельных статей закона: речь идет о доверии к самой системе донорства и трансплантации.

Отсюда вытекает и практический вывод для медицинского образования. Правовые основы трансплантологии недостаточно сообщить в виде краткого обзора на одной из теоретических дисциплин. Гораздо продуктивнее включать их в разбор клинико-правовых кейсов, где будущий врач последовательно проходит весь путь принятия решения: от констатации смерти мозга и роли специалистов, участвующих в консилиуме, до оценки волеизъявления умершего и взаимодействия с родственниками. Именно в таком формате становится видно, что юридическая норма – это не отвлеченный текст, а часть лечебного процесса. По-видимому, особый эффект дали бы межкафедральные занятия с участием преподавателей общественного здоровья, судебной медицины, анестезиологии и практикующих специалистов. Для уже работающих врачей аналогичную функцию могли бы выполнять короткие тематические семинары внутри медицинской организации.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что информированность студентов, клинических ординаторов и врачей НГМУ о правовых основах трансплантологии нельзя признать достаточной. Наиболее заметный дефицит обнаруживается там, где требуется не воспроизвести термин или название закона, а применить норму в правовой и клинической связке. Половина опрошенных знакома лишь с базовыми актами, значительная часть не ориентируется в изменениях законодательства, а понимание презумпции согласия и состава консилиума остается неполным. Эти данные убеждают в необходимости более предметной и прикладной правовой подготовки медицинских кадров. Для трансплантологии это вопрос не формальной юридической осведомленности, а качества профессионального решения, безопасности пациента и сохранения доверия к медицине в одной из самых сложных ее областей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ляуш Л.Б. Медицинские и биоэтические вопросы организации трансплантологической помощи в России // Вестник Чувашского университета. 2014. № 2. С. 291–300.

2. Козьякова Н.С. Правовое регулирование трансплантации органного донорства в России и зарубежных странах (компаративный анализ) // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Юриспруденция. 2017. № 3. С. 99–114.

3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РАБОТНИКА ПЕРЕД МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Лазарева В.В.

Адвокатская палата Ярославской области (Ярославль)

Сегодня пациенты все чаще обращаются в суд за компенсацией морального вреда, возмещением расходов на некачественно проведенное лечения. Количество исков в судах по данной категории дел увеличивается. Ответчиками здесь выступают медицинские организации. Врач будет являться ненадлежащим ответчиком, поскольку не вступает с пациентом в договорные отношения, денежные средства от пациента не получает.

По статистике 95% рассмотренных в суде медицинских дел заканчивается победой пациента. Медицинские организации вынуждены компенсировать пациентам моральный вред, расходы на лечение, нести судебные расходы. Все вместе складывается в существенные суммы.

Мы все понимаем, что первопричина конфликта, перешедшего в судебный спор это взаимоотношения врач-пациент.

Именно поэтому у медицинских организаций возникает законный вопрос, а какая ответственность есть у врача перед клиникой?

Немного права.

Гражданский кодекс говорит нам, что лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей) имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения [1 ч. 1 ст. 1081].

Так как у нас отношения врач-клиника носят трудовой характер, на их взаимоотношения распространяется трудовой кодекс.

По трудовому праву работник, обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб [2 ст. 238].

Казалось бы все просто. Клиника выплатила пациенту все причитающиеся по решению суда – врач возместил клинике убытки.

Давайте разберемся так ли это, и посмотрим, как у нас обстоят дела с регрессными требованиями к врачам на самом деле.

Вначале предлагаю определиться с объемом ущерба. Давайте выясним все ли расходы по делу можно предъявить врачу.

В законе написано, что врач возмещает медицинской организации прямой действительный ущерб.

Что понимается под этой обтекаемой фразой? Расскажу на примере.

Пациент обращается в суд с требованиями:

• взыскать расходы на лечение в размер 200 000 рублей;

• взыскать компенсацию морального вреда в размере 800 000 рублей в рамках закона о защите прав потребителей.

В ходе рассмотрения дела была проведена судебно-медицинская экспертиза, затраты оставили 130 000 рублей.

Суд вынес решение взыскать с клиники 1 330 000 рублей:

• расходы на лечение – 200 000 рублей;

• моральный вред в сумме 600 000 рублей

• штраф в размере 50% от присужденной суммы (200.000+600.000)/2 = 400 000 рублей;

• судебные расходы на оплату услуг эксперта в сумме 130 000 рублей.

Медицинская организация возместила пациенту 1 200 000 рублей и судмедэксперту 130 000 рублей.

Из этой суммы в прямой действительный ущерб попадет

• компенсация расходов на лечение 200 000 рублей;

• компенсация морального вреда в сумме 600 000 рублей.

Штраф в размере 400 000 рублей и расходы на судмедэксперта в сумме 130 000 рулей останутся на клинике.

По мнению судов, такие выплаты не подлежат взысканию в порядке регресса, так как штраф и судебные издержки не связаны напрямую с действиями врача и не могут рассматриваться в качестве ущерба, причиненного действиями работника третьему лицу.

Итак, медицинская организация не может взыскать с работника в порядке регресса судебные расходы, штрафы, неустойку – это прямые убытки медицинской организации.

Материальная ответственность работников (врачей) может быть полной или ограниченной.

Основной вид материальной ответственности врача за ущерб, причиненный работодателю, является ограниченная материальная ответственность [3].

При ограниченной ответственности врач обязан возместить клинике причиненный прямой действительный ущерб, в размере его среднего месячного заработка.

Следовательно, если размер ущерба превышает среднемесячный заработок врача, врач обязан возместить только ту его часть, которая равна его среднему месячному заработку. Остальная сумма убытков ложится на медицинскую организацию.

Правило об ограниченной материальной ответственности работника в пределах его среднего месячного заработка применяется во всех случаях, кроме тех, в отношении которых Трудовым кодексом РФ прямо установлена полная материальная ответственность.

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на врача в следующих случаях:

1) умышленного причинения ущерба;

2) причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

3) причинения ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда.

4) причинения ущерба в результате административного правонарушения, если таковое установлено соответствующим государственным органом;

5) разглашения сведений, составляющих охраняемую законом тайну, в случаях, предусмотренных федеральными законами;

6) причинения ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей.

Этот перечень исчерпывающий, расширительного толкования не предусматривает.

По общему основанию врач отвечает перед клиникой за причиненный ущерб в размере своего среднего заработка.

Полная материальная ответственность врача наступает при совершении деяний прямо предусмотренных ст. 243 ТК РФ.

Медицинская организация имеет право требовать с врача компенсацию только после того как сама произведет выплаты пациенту.

До этого момента убытков у медицинской организации нет, поэтому нет права на регресс. Следовательно, началом течения срока исковой давности будет первый платеж пациенту по решению суда.

Это очень важный момент. Срок исковой давности идет не с момента вступления в силу решения суда, а с момента оплаты по этому решению.

Если медицинская организация не произвела выплат пациенту по решению суда – взыскать с врача убытки она не может.

Факт несения медицинской организации убытков сам по себе не является 100% гарантией того, что врач обязан возместить эти убытки.

Для взыскания с врача убытков медицинская организация должна соблюсти всю досудебную процедуру.

После выплаты пациенту присужденных сумм медицинская организация должна провести проверку для установления размера причиненного ущерба и причин его возникновения [2 ст. 247].

Для проведения проверки работодатель создает комиссию с участием соответствующих специалистов.

Истребование от врача письменного объяснения для установления причины возникновения ущерба является ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ.

В случае отказа или уклонения врача от предоставления указанного объяснения составляется соответствующий акт.

Врач или его представитель имеют право знакомиться со всеми материалами проверки и обжаловать их в порядке, установленном трудовым кодексом.

В ходе проведения проверки клиника должна установить или опровергнуть

• наличие прямого действительного ущерба у работодателя;

• противоправность поведения (действий или бездействия) врача;

• причинную связь между действиями или бездействием работника и причиненным работодателю ущербом;

• вину врача в причинении ущерба.

При оформлении результатов проверки в заключение комиссии необходимо отразить:

1) факт совершения врачом виновного противоправного действия.

2) сведений о том, какие конкретно незаконные действия (бездействие) привели к возникновению ущерба.

3) как определена степень вины врача и сумма, подлежащая взысканию.

4) причинная связь между действиями врача и наступившими последствиями в виде ущерба.

5) наличие прямого действительного ущерба.

6) размер причиненного ущерба

В случае причинения ущерба несколькими врачами проверка проводиться в отношении каждого врача.

Правильно составленное заключение – залог положительного решения суда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гражданский кодекс РФ.

2. Трудовой кодекс РФ.

3. Пленум Верховного Суда РФ от 16.11.2006 № 52 «О применении судами законодательства, регулирующего материальную ответственность работников за ущерб, причиненный работодателю».

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ И КИТАЙ

Калиниченко А.В., Евсейкина Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

В настоящее время особую актуальность занимает вопрос о том, что использование искусственного интеллекта (ИИ) может создать высокий или даже недопустимый риск для жизни, здоровья, прав и законных интересов

людей. Поэтому особо остро встает вопрос о правовом регулировании ИИ, поскольку он является не только фактором риска, но и фактором повышения качества жизни людей и удобства их работы.

1. Система правового регулирования искусственного интеллекта в здравоохранении в России.

1.1 Стратегический уровень.

Россия возвела развитие ИИ в ранг государственной стратегии. В феврале 2024 года утверждена Национальная стратегия развития искусственного интеллекта на период до 2030 года, задающая вектор внедрения ИИ в отраслях. В марте 2025 года принят Закон о технологической политике, сформировавший рамочную систему управления технологическим развитием, включая среднесрочные и долгосрочные планы, перечень ключевых и сквозных технологий, а также меры стимулирования (бюджетная поддержка, налоговые льготы). В декабре 2025 года президент В. Путин поставил шесть системных задач, включая «ускорение применения искусственного интеллекта», с требованием тонкой настройки системы управления технологической политикой.

На инфраструктурном уровне с 1 января 2025 года в России введён полный запрет на использование иностранного программного обеспечения в критической информационной инфраструктуре (включая здравоохранение, энергетику, финансы, транспорт) с обязательным переходом на отечественные решения – что отражает стратегическую концепцию «технологического суверенитета».

1.2 Приоритет этических норм.

14 февраля 2025 года после одобрения межведомственной рабочей группой Минздрава России введён в действие Этический кодекс применения искусственного интеллекта в здравоохранении. Кодекс содержит три основных блока требований:

– Определены ключевые направления этического регулирования: недостаточная валидация клинической эффективности, «чёрный ящик» алгоритмов, смещение данных, отсутствие механизмов вывода системы из эксплуатации, размытость ответственности, недостаточная информированность пациентов. Введён динамический мониторинг алгоритмов и требование к ответственным лицам создать систему оценки рисков по категориям.

Регламентированы управленческие механизмы: полный цикл – от планирования, проектирования, разработки, тестирования, валидации, экспертизы и утверждения до внедрения, эксплуатации и мониторинга. Чётко разграничены права и обязанности пациентов, медицинских организаций, разработчиков, производителей, операторов и надзорных органов.

Подчёркнуто, что решения ИИ должны предусматривать механизм ручного вмешательства, а логика работы системы должна быть верифицируема.

1.3 Система национальных технических стандартов.

Россия занимает передовые позиции в стандартизации медицинского ИИ. В Москве разработано 22 национальных стандарта, из которых 9 вступили в силу в 2025 году, ещё 5 – в январе 2026 года. Эти стандарты регулируют применение нейронных сетей в организации управления здравоохранением, удалённом мониторинге, прогнозной аналитике, клинических системах поддержки принятия решений (CDSS) и помогают разрешать этические споры.

С 1 января 2025 года введены 7 ГОСТов и 2 предварительных стандарта, устанавливающих общие технические требования, терминологию, методы использования нейронных сетей, а также порядок технических и клинических испытаний, что повышает безопасность пациентов. Разработку координирует Технический комитет по стандартизации № 164 «Искусственный интеллект» (Росстандарт) с участием разработчиков ПО, врачей, профессоров и исследователей.

1.4 Регистрация продуктов и надзорная практика.

По состоянию на апрель 2025 года в России зарегистрировано 38 медицинских изделий с технологиями ИИ, преимущественно для поддержки принятия врачебных решений на основе лучевых исследований, видеоэндоскопии и т.п.; ещё более 200 решений находятся в разработке.

Приказ Минздрава от 30 августа 2021 года утвердил правила технических испытаний ПО на основе ИИ как медицинского изделия. Центр диагностики и телемедицины Москвы обновил методические рекомендации по техническим и клиническим испытаниям, ориентированные на использование в ЕАЭС.

В мае 2025 года правительство РФ приняло постановление об упрощённом порядке тестирования ИИ-услуг в здравоохранении, создав «зелёный коридор» для ускоренной государственной регистрации программ ИИ в лучевой диагностике. В июне 2025 года Росздравнадзор опубликовал проект порядка передачи данных и результатов работы ИИ-медицинского ПО в автоматизированную информационную систему.

На платформенном уровне создана платформа MosMedAI для анализа медицинских изображений с использованием ИИ, к которой присоединились 74 региона и более 2000 медучреждений.

1.5 Новые законодательные инициативы.

В апреле 2025 года специальная рабочая группа подготовила проект закона об ИИ, предполагающий введение классификации систем ИИ по уровню риска: системы высокого риска (включая медицинские) подлежат обязательной государственной регистрации и сертификации, а также вводится ответственность разработчиков и операторов за вред жизни и здоровью.

В феврале 2026 года правительство РФ планировало внести закон, закрепляющий приоритет человеческого решения при использовании ИИ в социально значимых сферах (здравоохранение, образование, правосудие, общественная безопасность). Документ был представлен на утверждение правительства в конце февраля 2026 года. Предлагается законодательно гарантировать «первичную и определяющую роль» человека при принятии решений с участием ИИ, а также чётко разграничить ответственность пользователей и разработчиков. Кроме того, предусматривается обязательная сертификация систем ИИ, угрожающих общественной или государственной безопасности, и введение обязательного страхования гражданской ответственности операторов.

2. Система правового регулирования искусственного интеллекта в здравоохранении в Китае.

2.1 Государственное стратегическое планирование.

В августе 2025 года Госсовет КНР издал «Мнения о реализации стратегии "Искусственный интеллект +"» (Госсовет [2025] № 11), поставив задачу продвигать доступного для каждого высокоэффективного помощника здоровья, последовательно внедрять ИИ в сценарии вспомогательной диагностики, управления здоровьем, услуг медицинского страхования, значительно повышая эффективность первичной медико-санитарной помощи.

В плане законодательной работы Госсовета на 2025 год значится «продвижение законодательной работы по здоровому развитию ИИ», однако по сравнению с предыдущими годами законопроект об ИИ не включён в перечень проектов, вносимых на рассмотрение Всекитайского собрания народных представителей, что говорит о более взвешенном темпе. В то же время ряд экспертов призывает ускорить законодательство об ИИ в медицине для чёткого определения границ ответственности.

2.2 Ведомственные нормативные акты:

2.2.1 «Мнения о содействии и регулировании применения "Искусственный интеллект + здравоохранение"».

В октябре 2025 года пять министерств и ведомств (Государственный комитет по делам здравоохранения, Госкомитет по развитию и реформам, Министерство промышленности и информатизации, Государственное управление традиционной китайской медицины, Государственное управление по контролю за заболеваниями) совместно издали документ № 30 (2025). Это важнейший на сегодняшний день нормативный акт Китая в сфере медицинского ИИ. Ключевые положения:

– Базовые принципы: ИИ «расширяет возможности, но не заменяет», инновационный надзор, категорийное управление, сбалансированное развитие и безопасность, усиление защиты данных и конфиденциальности.

– Цели развития: к 2027 году – создание ряда высококачественных отраслевых наборов данных и доверенных пространств данных, формирование вертикальных больших моделей и агентов ИИ по клиническим специальностям; к 2030 году – практически полное покрытие первичного звена интеллектуальными помощниками, внедрение интеллектуальной вспомогательной диагностики медицинских изображений и интеллектуальной поддержки клинических решений в больницах второго уровня и выше.

– Ключевые направления: 8 направлений и 24 ключевых сценария применения: ИИ + первичное звено, клиническая диагностика и лечение, обслуживание пациентов, традиционная китайская медицина, общественное здравоохранение, научные исследования и образование, отраслевое управление, индустрия здоровья.

2.2.2 «Стандарты управления клиническим применением технологий с использованием ИИ-ассистенции».

В 2022 году Госкомитет по делам здравоохранения обновил данный стандарт, установив требования к медорганизациям и медработникам по применению технологий ИИ-ассистенции, а также требования к управлению данными для обеспечения качества и безопасности.

2.2.3 «Справочник по сценариям применения искусственного интеллекта в здравоохранении».

Опубликован в ноябре 2024 года, содержит 84 сценария по 4 направлениям: медицинские услуги и управление, первичная и общественная помощь, индустрия здоровья, медицинское образование и наука. По состоянию на март 2025 года собрано 950 практических кейсов, охватывающих все 84 сценария.

2.2.4 «Временные меры управления анимированным интерактивным обслуживанием на основе ИИ (проект)».

В конце 2025 года Государственное управление киберпространства КНР опубликовало проект документа, ряд положений которого напрямую касается медицинского ИИ: запрет на эмоциональное манипулирование, поощрение самоповреждения, нанесение вреда психическому здоровью; запрет на подталкивание пользователя к необоснованным решениям (в медицине – запрет на продвижение определённых схем лечения или избыточных рекомендаций с использованием уязвимости пациента); обязательная маркировка ИИ-идентичности для обеспечения информированного согласия пациента.

2.2.5 «Мнения о внедрении "Искусственный интеллект + надзор за лекарственными средствами"».

Опубликованы Государственным управлением по контролю за лекарственными средствами 2 апреля 2026 года. Ставят цель к 2030 году создать

инновационную систему интеграции надзора за ЛС и ИИ, внедряя ИИ в экспертизу регистрационных досье, инспекции, мониторинг, административные услуги.

2.3 Защита данных и конфиденциальности.

Общая правовая база включает Закон о защите персональных данных, Закон о безопасности данных. В сфере медицинского ИИ действуют отраслевые нормы: «Мнения» (№ 30) прямо требуют усилить управление безопасностью данных и защиту частной жизни. Госкомитет по делам здравоохранения в ответах на запросы Всекитайского собрания народных представителей заявил о намерении ускорить разработку управленческих стандартов для медучреждений по применению ИИ, охватывающих управление приложениями, безопасность и этику, интеллектуальную собственность и юридическую ответственность, поддержку инноваций.

В области обмена данными проводятся пилотные проекты по доверенным пространствам данных в здравоохранении, совместно с Управлением киберпространства ведётся работа по регистрации генеративных медицинских ИИ-сервисов, а также регулируется трансграничная передача данных в соответствии с «Правилами оценки безопасности трансграничной передачи данных».

2.4 Деликтная ответственность.

В действующем праве Китая ответственность за причинение вреда медицинским ИИ сочетает черты медицинской деликтной ответственности и ответственности за качество продукции, затрагивая медицинские организации, медперсонал, производителей, разработчиков алгоритмов. Применение существующих норм о медицинской ответственности и ответственности за продукцию к новым видам ИИ-изделий (например, хирургические роботы) сталкивается с трудностями. Академическое сообщество активно изучает совершенствование элементов состава правонарушения, используя опыт ЕС, США, России и других стран. Госкомитет по делам здравоохранения заявил, что в будущем разрабатываемые стандарты по управлению ИИ в медицинских учреждениях будут включать специальные разделы об интеллектуальной собственности и юридической ответственности.

3. Сравнительный анализ и особенности России и Китая.

Обе страны демонстрируют взаимное заимствование и при этом свои акценты в регулировании медицинского ИИ.

Различия в правовом регулировании ИИ в здравоохранении в России и Китае:

Параметр	Россия	Китай
1. Подход к законодательству	Поэтапный: этический кодекс → национальные стандарты (уже 22) → специальный законопроект об ИИ	Сценарно-ориентированный, межведомственная координация, акцент на внедрение и масштабирование
2. Надзорные приоритеты	Обязательная государственная регистрация и сертификация систем высокого риска (включая медицину), обязательное страхование ответственности операторов	Защита данных, конфиденциальность, внедрение в первичное звено, этические проблемы анимированного взаимодействия (эмоциональные вычисления)
3. Инфраструктура и технологический суверенитет	Из-за внешнего давления – принудительный переход на отечественное ПО в критической инфраструктуре	Баланс между «высоким уровнем безопасности и качественным развитием», осторожный подход к трансграничной передаче данных
4. Механизмы ответственности	В проекте закона – прямая ответственность разработчиков и операторов за вред жизни и здоровью	Поиск в рамках двойной модели (медицинская ответственность + ответственность за продукцию), более осторожный темп

Общее:

1. Обе страны подняли применение ИИ в медицине на уровень государственного приоритета (Россия – стратегия до 2030 г., Китай – «Искусственный интеллект+»).

2. Обе подчёркивают вспомогательную роль ИИ (Россия – обязательный механизм ручного вмешательства, Китай – принцип «расширение, а не замена»).

3. Обе идут по пути: сначала этические нормы → национальные стандарты → регистрация и надзор.

4. Обе придают большое значение защите данных и конфиденциальности (Россия – Федеральный закон о персональных данных, Китай – законы о персональных данных и безопасности данных плюс отраслевые нормы).

Таким образом, обе страны находятся в стадии активного формирования системы регулирования медицинского ИИ. Россия продвинулась дальше в стандартизации и управлении рисками (классификация, регистрация, страхование). Китай лидирует в масштабировании сценариев применения и охвате первичного звена. С учётом углубления стратегического сотрудничества в области ИИ международная координация и взаимный обмен опытом в правовом регулировании приобретают всё большее значение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента Российской Федерации от 10.10.2019 N 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» (вместе с «На-

циональной стратегией развития искусственного интеллекта на период до 2030 года»).

2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Федеральный закон от 31.07.2020 N 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации».

4. Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

5. Приказ Росстандарта от 25.10.2024 N 68-пнст «Об утверждении предварительного национального стандарта Российской Федерации» вместе с национальным стандартом Российской Федерации ПНСТ 961-2024 «Системы искусственного интеллекта в здравоохранении. Этические аспекты», с гармонизацией Кодекса с нормами международного права.

6. «Кодекс этики применения искусственного интеллекта в сфере охраны здоровья. Версия 2.1» (утв. Межведомственной рабочей группой при Минздраве России по вопросам создания, развития и внедрения в клиническую практику медицинских изделий и сервисов с использованием технологий искусственного интеллекта, протокол от 14.02.2025 N 90/18-0/11.

7. Казанцев Д.А. Правовые механизмы распределения ответственности за вред, причиненный системами искусственного интеллекта. Journal of Digital Technologies and Law. 2025;3(3):446-471. https://doi.org/10.21202/jdtl.2025.18. EDN: ruzmxp

О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Чернышев В.М.[1], Мингазов И.Ф. [2]

[1] ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

[2] Новосибирский НИИ гигиены (Новосибирск)

Законы святы, но исполнители
лихие супостаты…
В.В. Капнист

Состояние здоровья является важной характеристикой человеческого потенциала, поэтому его охрана занимает важное место в государственной политике. Именно в этом контексте ставится вопрос об эффективном здра-

воохранении, то есть создании системы, которая обеспечит оптимальную отдачу в плане сохранения и приумножения здоровья населения. Эффективность в классическом смысле подразумевает соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами. Применительно к здравоохранению это означает степень, в которой вклад в систему здравоохранения в виде расходов и других ресурсов используется для достижения максимального эффекта, обеспечения результатов и достижения целей системы здравоохранения. В связи с этим, необходимо законодательное регулирование соответствующих процессов и взаимодействия заинтересованных сторон.

Безусловно, государство уделяет внимание вопросам сохранения здоровья и созданию условий для роста численности населения. В этой связи издаются документы, призванные реализовать намерения государства. Так в новейшей истории России, т.е. с 1991 года было принято и реализовано достаточно большое количество их, в т.ч. концепции, стратегии развития отрасли, утвержденные Указами Президента, Постановлениями Правительства, которые не носят статус Закона, но, являясь подзаконными правовыми актами, подлежат обязательному исполнению. Благодаря их реализации получены желаемые результаты по некоторым направлениям. Регулярно снижается показатель детской смертности, который приближается по своему значению к уровню среднеевропейского. За последние 4 года в 4 раза увеличилось количество прошедших реабилитацию в рамках ОМС, на 18% увеличилось количество граждан получивших ВМП, на 8% получивших санаторно-курортное лечение и т.д.

Вместе с тем, важнейшие показатели далеки от намеченных значений. Начиная с 1992 года, за исключением 3 лет (2013–2015 гг.), сохраняется естественная убыль населения, которая до 2025 года суммарно превысила 11 млн. Это стало возможным не только за счет низкой рождаемости, но и в значительной степени в связи с сохраняющейся высокой смертностью населения. Существенно от намечненных значений отличается такой показатель, как средняя продолжительность предстоящей жизни. В 2020 году вместо запланированных 75 она составила 71,8 лет. В 2024 году вместо 78 оказалась на уровне 72,84 лет. В 2024 году смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы была равна 556,7 на 100000 населения (план – 450), от новообразований достигал 197,4 (план – 185). В России стандартизированная по возрасту смертность в результате суицида (на 100 тыс. нас.) самая высокая в Европе и составляет 17,9. При этом мужчины умирают в результате суицида в 3,4 раза чаще, чем женщины. Эти цифры – не просто статистика, а тревожный сигнал, побуждающий государство к неотложным действиям.

В определенной степени сложившейся ситуации способствовало состояние отечественного здравоохранения и неэффективность мер, принимаемых на государственном уровне в последние три десятилетия. Реализованные и реализуемые соответствующие концепции, стратегии по многим направлениям, в т.ч. достаточно важным, не дали желаемого результата. Это произошло из-за недостаточной научной обоснованности их и безответственности со стороны должностных лиц, не обеспечивших их выполнение.

Среди самых проблемных вопросов выделяют дефицит квалифицированных кадров, недостаточное качество оказываемых услуг, низкий уровень мотивации работников, острую нехватку финансирования отрасли.

На протяжении ряда лет в системе здравоохранения России сохраняются проблемы, связанные с неадекватностью численности и структуры медицинских кадров объемам выполняемой деятельности, задачам и направлениям развития отрасли. Отмечаются диспропорции между врачами общего профиля и узкими специалистами, врачами и средним медицинским персоналом, различными территориальными образованиями, городской и сельской местностью. Невысокий уровень доходов, высокая нагрузка, профессиональный стресс, снижение престижа профессии, профессиональное выгорание являются социальными предикторами профессиональной деятельности, как врачебных кадров, так и среднего медицинского персонала. Это ведет к определенным деструктивным последствиям и создает социальную угрозу сохранению кадрового потенциала системы здравоохранения.

До сего времени не решены давно обсуждаемые меры по совершенствованию работы участковой службы. Это и формирование численности на участках с учетом возрастного состава и плотности населения, введение должностей помощников участкового врача и др.

Не лучшим образом на укомплектованности амбулаторно-поликлинических учреждений и отрасли в целом сказалась псевдодемократизация процесса использования выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счет бюджета. В результате те, за чей счет они обучались, были лишены возможности получать необходимую медицинскую помощь, в связи с тем, что, получив диплом, специалисты шли не туда, где в них была крайняя необходимость, а туда, куда они считали нужным пойти. Положение усугубляется еще и тем, что руководители субъектов РФ не несут никакой ответственности за обеспеченность регионов бюджетниками, в т.ч. и медицинскими работниками, в критериях оценки их деятельности нет даже намека на это.

Положение усугубляется сохраняющимся дефицитом финансирования. По статистике, предоставленной Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), расходы на медицинское обеспечение увеличиваются на 1% от ВВП

каждое десятилетние, а эффективность системы в настоящее время достигается при уровне расходов не менее 6–7% от ВВП. Именно дефицит финансирования отрасли стал поводом для принятия закона об ОМС в 1991 году, в соответствии с которым предполагалось существенно увеличить финансирование отрасли. Средства из бюджета планировалось дополнить взносами на ОМС, в связи с чем, консолидированный бюджет должен был составить около 5% ВВП, как рекомендовала в то время ВОЗ. В реальности этого не произошло, т.к. в консолидированном бюджете доля средств, выделяемая государством, сократилась на сумму, полученную в виде взносов на ОМС. Поэтому, многие годы в России в новейшей ее истории на финансирование здравоохранения ежегодно тратится 3,2 – 3,7% от ВВП, что почти в 3 раза меньше, чем в Европе и США, где ежегодные расходы составляют от 9 до 15% ВВП. В конечном счете, последовало и сокращение объема бесплатно оказываемой медицинской помощи.

Положение усугублялось еще тем, что при неизменившемся, по сути, бюджете отрасли, в связи с переходом на ОМС, увеличились расходы на существенно выросший бюрократический аппарат, за счет роста численности министерств всех уровней, персонала страховых медицинских организации, фондов ОМС, росздравнадзора и т.д. Это повлекло за собой рост объема учетно-отчетной документации, порой сомнительной необходимости, на работу с которой персонал тратит много времени, вместо того, чтобы заниматься пациентами. Обращает на себя внимание и огромное количество запросов на информацию, не предусмотренную нормативными документами, а также нарушение всех сроков и периодичности предоставления официальных данных, в соответствии с узаконенными формами.

В связи с дефицитом финансирования отрасли не произошло повышение зарплат медицинским работникам в соответствии с Указом Президента в установленные сроки. Это случилось потому, что не было предусмотрено увеличение бюджета здравоохранения на необходимую сумму, он остался на прежнем уровне, т.е. не превысил сложившиеся до этого объемы (в процентах от ВВП). Вместе с тем, выполнение Указа повлекло за собой сокращение расходов на другие цели, в т.ч. сокращение коечного фонда, ремонт зданий, приобретение оборудования и др.

Еще одно следствие перехода на медицинское страхование, это коммерциализация отрасли, которая не лучшим образом сказывается на организации и результатах деятельности отечественного здравоохранения. Это привело к увеличению личных выплат населения за полученные медицинские услуги. По данным ВОЗ, в России доля частных расходов составляет более 40% консолидированного бюджета отрасли, из них 94–96% личные средства граждан «из кармана». Подобные выплаты признаются мировым сооб-

ществом как наиболее регрессивная форма финансирования здравоохранения, ограничивающая его доступность.

Несмотря на принимаемые меры до сего времени не обеспечена большая, чем ранее доступность медицинской помощи. Причин тому несколько, в т.ч. неадекватность принимаемых решений. Например, сокращение рекомендуемых нагрузок в час для ряда специальностей, при сохранившихся штатных расписаниях, ведут к сокращению количества людей, которые смогут получить необходимую им помощь. Еще одна причина, это дефицит кадров в государственной системе здравоохранения, особенно в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в сельских медицинских организациях, а также нерациональность организации их труда и др. В связи с этим определенные сомнения вызывают результаты опроса населения. Они свидетельствуют о том, что за период с 2020 по 2024 год, удовлетворенность пациентов работой медицинских организаций существенно повысилась, т.е. с 39% до более чем 53%.

Исходя из вышеизложенного, возникает традиционный для России вопрос: «Что делать?». Сложившаяся ситуация требует принятия достаточно радикальных мер:

1. Довести финансирование отрасли до рекомендуемых ВОЗ 6–7% от ВВП.

2. Сократить административно-управленческий аппарат отрасли.

3. Сократить учетно-отчетную документацию. Конкретизировать, какую информации, кому и в какие сроки следует предоставлять. Предусмотреть наказание для тех, кто это будет нарушать.

4. Рассмотреть целесообразность сохранения медицинского страхования, введение которого не привело к улучшению организации оказания медицинской помощи.

Заключение. Несмотря на принимаемые государством меры по совершенствованию охраны здоровья населения и деятельности отечественного здравоохранения, оно существенно отстает по некоторым показателям от таковых в развитых странах. Одна из причин такого состояния это хроническое недофинансирование, а также неэффективность мер по решению кадровой проблемы в отрасли. Это следует расценивать как результат недостаточной научной обоснованности намечаемых мер, с одной стороны и безответственность должностных лиц, с другой стороны.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Кочуров Е.В. Оценка эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: сравнительный анализ методов и моделей // Вестник Санкт-Петербургского университета. Менеджмент. 2005. №3.

2. Назарова В.В., Борисенкова К.А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России // Народонаселение. 2017. №4 (78).

3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (год, значение показателя за год); Росстат, https://fedstat.ru/indicator/31293

4. Росстат, Естественное движение населения Российской Федерации за 2023 год https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13269

5. Росстат, Рождаемость, смертность и естественный прирост населения https://rosstat.gov.ru/folde6r/612781

6. Чернышев В.М., Воевода М.И., Мингазов И.Ф. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России // Сибирский научный медицинский журнал. 2019. № 6. С. 107–115.

НОВОСИБИРСКИЙ ФИЛИАЛ МОСКОВОСКОЙ АКАДЕМИИ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА ИМЕНИ А.Я. СУХАРЕВА

НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ – ФИЛИАЛ РАНХИГС

НОВОСИБИРСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ЮРИСТОВ РОССИИ»

ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
(25 марта 2026 года, Новосибирск)

Конференция посвящена уголовно-правовым, криминологическим, криминалистическим проблемам преступлений в профессиональной сфере, главным образом медицинской. Рассматриваются сложности назначения судебных экспертиз и оценки заключений по делам о профессиональных преступлениях. Особое внимание уделено применению клинических рекомендаций как специальных правил при установлении причинно-следственной связи. Затрагиваются коррупционные преступления в страховании и особенности расследования в профессиональном спорте. Освещаются аксиологические аспекты предупреждения профессиональной преступности и ценностные ориентиры специалистов. Отмечены пробелы законодательства, неопределённость финансовых норм и правовых режимов как факторы риска. Даны практические рекомендации по совершенствованию нормативного регулирования и правоприменения. Сборник адресован юристам, следователям, судьям, преподавателям и студентам юридических и медицинских вузов.

ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Всероссийская научно-практическая конференция
(25 марта 2026 г., Новосибирск)

КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ КОРРУПЦИОННЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ

Баев В.В.

ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (Новосибирск)

Преступления в сфере страхования по-прежнему остаются распространенными. Это обусловлено рядом причин, в том числе высокими объемами финансовых средств, находящихся «в орбите» страховой деятельности, появлением различных новых видов страхования и т.д.

Так, Министерством финансов Российской Федерации были отмечены результаты развития отечественного рынка страхования за 2025 год, согласно которым, по итогам 9 месяцев 2025 года объем страховых премий составил 2,8 трлн. руб., что на 14,7 % больше, чем за аналогичный период в 2024 году. Выплаты по договорам страхования за этот же период составили 1,8 трлн. руб., что на 72 % выше по сравнению с 9 месяцами 2024 года [8]. По итогам 2024 года объем страхового рынка составил 3,7 трлн. руб., а прирост страховых взносов – 62,8 % [7]. Приведенные данные свидетельствуют об устойчивой тенденции роста российского страхового рынка.

Преступления в сфере страхования являлись предметом многих криминалистических исследований. Так, Р. Н. Боровских рассмотрены проблемные аспекты расследования, преимущественно, мошенничеств и иных хищений, совершаемых в сфере страхования [1], А. А. Сердюком исследованы особенности расследования внутрикорпоративных хищений в сфере страхования [4]. Подход, связанный с классификацией преступлений в сфере страхования на группы и виды, считаем весьма перспективным.

В предлагаемой работе будут рассмотрены коррупционные преступления в сфере страхования. Данные преступления совершаются, в частности, сотрудниками правоохранительных органов и высокопоставленными сотрудниками страховых организаций в ходе осуществления своей профессиональной деятельности.

Предваряя криминалистическую характеристику коррупционных преступлений в сфере страхования, представляется целесообразным осуществить классификацию рассматриваемых преступлений по субъектам.

К первой группе относятся коррупционные преступления, совершаемые лицами, являющимися непосредственными участниками отношений страхования (работники страховых организаций различного звена, в том числе, занимающие руководящие должности, страхователи, выгодоприобретатели).

Ко второй группе относятся коррупционные преступления, совершаемые должностными лицами и лицами, являющимися управленцами в коммерческих и иных организациях, действующие во «внешней среде» применительно к страхованию (сотрудники правоохранительных органов, в том числе работники ГИБДД, отдельные медицинские работники, чиновники).

К третьей группе относятся коррупционные преступления, совершаемые иными лицами, которые могут своими незаконными действиями повлиять на движение денежных средств страховой организации (эксперты, юристы, бывшие сотрудники страховых организаций).

Классификация на приведенные виды коррупционных преступлений в сфере страхования позволяет говорить о типичных признаках, характеризующих механизмы коррупционной преступной деятельности в сфере страхования.

Основной массив практики расследования рассматриваемых преступлений сводится либо к выявлению одноэпизодных преступлений, связанных с дачей взятки или коммерческим подкупом, субъектом которых выступают страхователи, либо с получением взятки и совершением служебного подлога сотрудниками ГИБДД. Однако нередки случаи участия в совершении коррупционных преступлений в сфере страхования высокопоставленных должностных лиц и управленцев. Приведем показательный пример.

Приговором Ленинского районного суда г. Пензы от 15 июня 2022 года Д. осужден за совершение преступления, предусмотренного ч. 6 ст. 290 УК РФ, – получение взятки в особо крупном размере. Определением Первого кассационного суда общей юрисдикции от 31 января 2023 года указанный приговор, а также апелляционное определение Пензенского областного суда от 15 июня 2022 года оставлены без изменения [6].

Д., являясь должностным лицом, а именно директором филиала ФГБВУ, получил от представителя страховой компании Ф. через посредника денеж-

ные средства в размере 1 500 000 руб. в качестве взятки за незаконное обеспечение победы данной страховой компании в конкурсе на заключение договора страхования гражданской ответственности владельца опасного объекта гидротехнических сооружений. Данный пример показывает то, как взаимодействие коррупционного характера позволяет консолидировать усилия недобросовестных субъектов бизнеса и руководства государственных учреждений и организаций в реализации преступного интереса, что, вне всяких сомнений, создает «фундамент» для формирования организованных групп и преступных сообществ в сфере страхования.

Стоит отметить, что обстоятельства приведенного в качества примера преступления удалось установить, благодаря своевременному и эффективному производству оперативно-розыскных мероприятий, что подтверждает обоснованность выделения принципа приоритета ОРМ в выявлении коррупционных преступлений [2]. В то же время уязвимость сферы страхования для посягательств организованных групп и преступных сообществ обусловливает применимость к расследованию рассматриваемых преступлений принципа наступательности и принципа приоритета выявления, пресечения и расследования организованно-коррумпированной преступной деятельности в сфере страхования, выделяемых Р. Н. Боровских и Ю. П. Гармаевым [3].

Приведем пример коррупционного преступления в сфере страхования, совершенного организованной группой.

П. создал организованную преступную группу в целях совместного неоднократного совершения преступлений, связанных с хищением денежных средств, принадлежащих страховым организациям. Являясь непосредственным руководителем организованной группы, П. осуществлял следующие действия: приискание членов группы и иных лиц для совершения преступлений; координация действий членов преступной группы при инсценировках дорожно-транспортных происшествий; распределение денежных средств между остальными участниками преступной группы; организация инсценировок фиктивных дорожно-транспортных происшествий с автомобилями, имеющими полис ОСАГО, с целью последующего незаконного получения страхового возмещения от страховых компаний.

Реализуя свой преступный умысел, П. вовлек в указанную организованную группу А., занимавшую должность генерального директора учрежденной ею компании Р., специализировавшейся на аренде автомобилей, и З., сотрудника дежурной части ГИБДД. А. предоставляла П. персональные данные клиентов компании Р., которые арендовали автомобили. З. подготавливал фиктивные документы о дорожно-транспортных происшествиях, которые подавались в страховые организации, и на основании которых осуществлялись страховые выплаты. Кроме того, П. также удалось вовлечь в преступную

группу работников указанной компании, преступная роль которых заключалась в составлении фиктивных объяснений от имени клиентов компании по фактам инсценированных дорожно-транспортных происшествий [5].

Приведенный пример иллюстрирует, как фактически вся коммерческая организация может использоваться для совершения мошенничеств в сфере страхования. Вместе с тем, рассматриваемая преступная группа, возглавляемая П., имела в своем составе должностное лицо, управомоченное составлять необходимые документы, лидера, тщательно планировавшего совершение преступлений, распределявшего преступные роли среди участников. В результате ее деятельности был причинен ущерб сразу нескольким страховым организациям.

Таким образом, коррупционные преступления в сфере страхования являются основными в группе сопутствующих хищениям в сфере страхования преступлений. Оказываемое им на должном уровне противодействие, основанное на комплексе соответствующих принципов расследования, имеет перспективу ликвидации организованных групп и преступных сообществ, действующих в сфере страхования. В связи с вышеизложенным, представляется актуальным и востребованным формирование частной криминалистической методики расследования данных преступлений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Боровских Р. Н. Базовая криминалистическая методика расследования преступлений в сфере страхования: монография. М.: Юрлитинформ, 2018. 325 с.

2. Бычков А. В. Принципы формирования и использования криминалистических методик расследования коррупционных преступлений // Академический юридический журнал. 2013. № 2 (52). С. 41–46.

3. Гармаев Ю. П. К вопросу о принципах расследования коррупционных преступлений / Ю. П. Гармаев, Р. Н. Боровских // Закон и право. 2018. № 2. С. 135–140.

4. Сердюк А. А. Методика расследования внутрикорпоративных хищений в сфере страхования: дис. … канд. юрид. наук. Новосибирск, 2024. 191 с.

5. Приговор Сургутского городского суда Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 29.03.2021 № 1-1124/2019 [Электронный ресурс] // Режим доступа URL: https://sudact.ru/regular/doc/1XlhClEiwWla/?regular.

6. Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 31.01.2023 № 77-180/2023(77-6302/2022) [Электронный ресурс] // Режим доступа URL: https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=28673-5&req=doc&cacheid=0388E872A34E6110.

7. Басова О. А., Янин А. Е. Итоги 2024 года на страховом рынке и прогноз на 2025-й: короткие продукты двигают рынок // Рейтинговое агентство «Expert» [Электронный ресурс] // Режим доступа URL: https://raexpert.ru/researches/insurance/ins_2024a/?ysclid=mmqksusibx155661710.

8. В Минфине России подвели итоги развития рынка страхования в 2025 году и наметили планы на будущее // Официальный интернет-сайт Министерства финансов Российской Федерации [Электронный ресурс] // Режим доступа URL: https://minfin.gov.ru/ru/press-center/?id_4=40173-.

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ ЛАКУНЫ ЗАЩИТЫ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА ЛИЧНУЮ, СЕМЕЙНУЮ ТАЙНУ ПРИ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНЕ

Васильев И.В., Калиниченко А.В.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава Росси (Новосибирск)

Одной из основных целей уголовного закона является защита наиболее значимых общественных отношений от причинения им существенного вреда. Превентивная функция реализуется путем создания угрозы уголовной ответственности за совершение деяний, запрещенных уголовным кодексом. Особая значимость права гражданина на личную, семейную тайну определяется его закреплением в статье 23 Конституции РФ. Согласно указу Президента Российской Федерации от 6 марта 1997 г. № 188 врачебная тайна является конфиденциальными сведениями, связанными с профессиональной деятельностью, то есть частью личной тайны, доверяемой профессионалу, с целью выполнения последним профессиональной деятельности. Статья 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ к врачебной тайне относит сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Особенностью медицинской деятельности является необходимость получения от гражданина сведений о его жизни (Anamnesis vitae) и сведения о развитии заболевания (Anamnesis morbi) включая весьма интимную информацию, которая может существенно ущемить права личности в случае ее разглашения. Без использования данных сведений врач не может выполнять действия по постановке диагноза и назначению адекватного лечения. Кроме того, ме-

дицинские диагностические исследования позволяют профессионалу получать сведения о здоровье пациента также весьма небезразличные для пациента. В этом случае пациент находится в положении стесненной воли, понимая необходимость добровольной передачи сведений, составляющих личную, семейную тайну для устранения заболевания и облегчения своего состояния. Безусловно пациент вправе рассчитывать на то, что данные сведения будут использованы исключительно в его интересе и возможность разглашения данной информации исключена. Данное положение гарантируется жестким законодательным регулированием и существованием уголовной, гражданско-правовой, административной и дисциплинарной ответственности за разглашение врачебной тайны.

Уголовный кодекс РФ предусматривает ответственность за посягательство на личную, семейную тайну в ст. 137. Учитывая особую охрану сведений, составляющих врачебную тайну посягательства медицинских работников на данный объект выполняют квалифицированный состав, предусмотренный частью 2 указанной статьи – незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации, совершенные лицом с использованием своего служебного положения. Преступление относится к деяниям средней тяжести. Установление квалифицирующего признака – специальный субъект для медицинских работников обусловлено вынужденностью дачи согласия на сбор и обработку персональных данных составляющих врачебную тайну. Вместе с тем законодательная формулировка – служебное положение для статьи 137 является недостаточно полным, поскольку не охватывает ряд субъектов, например частнопрактикующих врачей, самостоятельно осуществляющих предпринимательскую деятельность и не находящихся в служебных, трудовых отношениях с кем бы то ни было. Вопросы соотношения служебного положения и служебных полномочий подробно исследовались в работах В.В. Романовой [1], И.П. Галыгиной [2], которая предложила изложить ч.2 ст. 137 в следующей редакции: те же деяния, совершенные лицом, которому сведения стали известны по службе, в связи с его профессией или выполняемой им работой, – наказываются...

На наш взгляд данная поправка существенна, но недостаточна. Так ч. 3 ст. 13 Закона 323-ФЗ устанавливает возможность легального разглашения сведений составляющих врачебную тайну проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе с письменного согласия гражданина. Данное положение объективно

обусловлено важными общественно значимыми интересами. Обучение медицинских работников невозможно вне контакта с больными. Это связано с сугубо практическим характером медицинской деятельности. Студент может осваивать навык сбора клинической информации из беседы с больным, проведения осмотра больного и иных диагностических исследований, постановки диагноза, фиксации данных в медицинских документах. Таким образом, обучающийся повторяет все этапы деятельности специалиста, получая доступ ко всей информации, имеющейся в медицинском учреждении, касающейся врачебной тайны пациента. Несмотря на разнообразие подходов к понятию служебное положение, оно всегда связано с выполнением служебной или трудовой функции, обучающиеся в медицинские образовательные учреждения к данной категории лиц относится не могут. Поэтому в случае разглашения сведений составляющих врачебную тайну подлежат привлечению к уголовной ответственности по ч. 1 ст. 137 УК РФ. Однако данное деяние относится ст. 20 УПК к преступлениям с частно-публичным характером обвинения, отдавая инициативу возбуждения уголовного преследования потерпевшему. На наш взгляд такой посыл законодателя связан с тем, что обычный гражданин не имеет доступа к сведениям, составляющим личную, семейную тайну, поэтому объективная сторона его деяния, как правило сопряжена с совокупностью деяний в виде незаконного сбора и распространения данной информации. Умысел преступника распространяется на тайну конкретного человека, мотивы деяния значения не имеют, но чаще всего преступник и жертва лично связаны. В случае с обучающимся объективная сторона деяния выглядит иначе, он имеет легальный доступ к медицинским данным пациента, образующим тайну и преступным является их распространение. Его умысел должен охватывать понимание особенной охраны врачебной тайны и незаконность ее использования для целей обучения. Обучающийся не находится в каких-либо личных отношениях с пациентом. Таким образом, деяние выполняет характеристики состава ч.2 ст. 137 УК. На наш взгляд «специальность» субъекта в данном составе определяется не служебными – профессиональными отношениями, а возможностью легального доступа и обработки информации, составляющей личную, семейную тайну. Данная возможность может быт реализована использованием различных законных полномочий, не обязательно связанных с работой – службой. В связи с этим нам кажется наиболее удачной конструкция специального субъекта, изложенного в примечании к статье 285 УК РФ – Должностными лицами в статьях настоящей главы признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции… По-нашему, мнению ч. 2 ст. 137 нужно изложить изложить в

следующей редакции: «Те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения, а равно с использованием специального полномочия по обработке сведений, составляющих личную, семейную тайну». Подобное регулирование обусловлено еще и тем, что оператором персональных данных пациентов согласно действующего законодательства является медицинская организация. Именно медицинская организация получает согласие на обработку данных гражданина и обеспечивая их охрану среди своих сотрудников на основании положения об обработке персональных данных. Обучающиеся в образовательных медицинских учреждениях не находятся в правоотношениях с оператором персональных данных. Медицинское и образовательное учреждения заключают договор. Типовой договор об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией [3], который содержит п. 11.8. Обеспечить неразглашение работниками и обучающимися сведений, составляющих врачебную тайну, и персональных данных, ставших им известными при практической подготовке обучающихся. При этом медицинские образовательные учреждения врачебной тайной не оперируют. Передача сведений обучающимся передается непосредственно медицинской организацией на основании ст. 13 Закона 323-ФЗ. Таким образом, передача сведений обучающимся и предупреждение их об ответственности не формализованы. Включение обучающихся в состав спецсубъектов должно сопровождаться формальным предупреждением студента об ответственности за разглашение врачебной тайны в момент поступления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Романова В. В. К вопросу о соотношении понятий «служебные полномочия» и «служебное положение» // Криминалистъ. – 2016. – С. 27.

2. Галыгина И. П. Нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения // СибСкрипт. – 2010. – №. 1. – С. 125–129.

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 июня 2016 г. № 435н «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоров.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ РАБОТНИКОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ УСЛУГ

Гаганов А.А.

АБНО «Регион заботы» (Москва)

Актуальность темы обусловлена участившимися случаями выявления преступлений, совершаемых персоналом психоневрологических интернатов (далее – ПНИ) против здоровья получателей социальных услуг (например, ГБУ «Социальный дом «Обручевский», ГБУ «Прокопьевский дом-интернат для граждан, имеющих психические расстройства»). В целом весьма небольшое количество таких уголовных дел свидетельствует скорее о высокой латентности этого вида преступности, чем о реальном числе посягательств.

Наличие лицензии на медицинскую деятельность наделяет ПНИ статусом медицинской организации. В контексте преступных посягательств на жизнь и здоровье лиц, проживающих в ПНИ, медицинские работники интерната имеют риски привлечения к уголовной ответственности по «классическим» «медицинским» статьям: 109, 118, 124 Уголовного кодекса Российской Федерации [1] (далее – УК РФ). В случае оказания социальных услуг, не отвечающих требованиям безопасности, можно рассматривать также статьи 236 и 238 УК РФ. В отношении сотрудников ПНИ, не являющихся медицинскими работниками, имеются также уголовные дела по статьям 125 и 293 УК РФ в случаях, когда был причинен вред здоровью получателям социальных услуг либо наступила их смерть в результате действий или бездействия работников.

В рамках настоящего исследования нами проанализировано 7 случаев, в которых были возбуждены уголовные дела по указанным статьям, 6 случаев с летальными исходами в ПНИ без возбуждения уголовных дел, а также одно дело о физическом стеснении в детском ПНИ (далее – ДДИ) по статье 156 УК РФ.

Из данных 14 случаев:

• в 4 случаях имеется вступивший в законную силу обвинительный приговор (во всех случаях преступление совершено сотрудниками ДДИ),

• в 2 случаях возбуждены и расследуются уголовные дела,

• в 2 случаях уголовные дела были прекращены (до передачи в суд) за отсутствием состава преступления,

• в 2 случаях из личной практики имеются отказы в возбуждении уголовного дела;

• 4 случая не попадали в поле зрения правоохранительных органов (из них 3 – из личной практики).

Обвинительные приговоры имеются в отношении сотрудников ОГКСУ «Тунгусовский ДДИ» (по части 2 статьи 109, части 2 статьи 124, статье 125, статье 156 УК РФ: в результате физического стеснения наступила смерть воспитанника [2]), ГКУСОКК «Кропоткинский ДДИ» (по части 2 статьи 109 УК РФ: смерть воспитанника наступила в результате неназначения врачом-психиатром противосудорожного препарата [3]), ГКУ «Карпинский ДДИ» (по части 1 статьи 236 УК РФ: нарушение поварами санитарных правил повлекло массовое заболевание детей сальмонеллезом [4]), БУВО «Бутурлиновский ДДИ» – переименован в БУВО «Центр социального обслуживания, поддержки и реабилитации «Наши дети» (по статье 156 УК РФ: за применение к воспитанникам мер физического стеснения [5]).

В конце 2025 года было возбуждено уголовное дело по части 2 статьи 118 УК РФ по факту причинения тяжкого вреда здоровью девушке, проживающей в ГБУ «Социальный дом «Обручевский»: незаконное применение к ней мер физического стеснения привело к гангрене и последующей ампутации кистей обеих рук [6].

Таким образом, имеется как минимум три случая, когда неправомерное физическое стеснение повлекло тяжкие последствия для получателей социальных услуг, что стало поводом для возбуждения уголовного дела. В то же время в практике автора имеется гораздо большее количество случаев выявления применения мер физического стеснения в ПНИ без тяжких последствий, за которые, однако, персонал не был привлечен даже к дисциплинарной ответственности.

В других трех случаях, в том числе из практики автора, граждане имели признаки тяжелой белково-энергетической недостаточности (далее – БЭН), однако персонал ПНИ не предпринимал усилий для установления причин БЭН, организации специализированного питания, выявления показаний для установки назогастрального зонда или гастростомы, а также для решения вопроса о нуждаемости граждан в паллиативной медицинской помощи. Однако в этих случаях либо уголовные дела не возбуждались, либо имелся отказ в возбуждении уголовного дела, либо уголовное дело было прекращено. Например, уголовное дело по части 3 статьи 109 УК РФ, возбужденное по факту смерти 6 молодых взрослых с признаками БЭН в ПНИ № 10 города Санкт-Петербурга (ныне СПбГАСУСОН «ДСО «Иверский») было прекращено за отсутствием состава преступления [7].

В данных случаях не была установлена причинно-следственная связь между ненадлежащим уходом (ненадлежащим оказанием медицинской помощи, ненадлежащим исполнением обязанностей опекуна в части заботы

об обеспечении уходом и лечением недееспособных подопечных) и смертью получателей услуг. Однако в целом наличие признаков БЭН у получателей социальных услуг можно считать фактором уголовно-правового риска, в том числе фактором виктимизации таких граждан. При этом БЭН является одним из частных случаев беспомощности получателей услуг в ПНИ наряду с другими факторами (наличие тяжелых множественных нарушений развития, недоступность продуктивному контакту вследствие психического расстройства, пожилой возраст и другие обстоятельства, как правило, обусловливающие проживание гражданина в отделении милосердия).

Высоким потенциалом общественной опасности обладают нарушения санитарно-эпидемиологических правил, однако в этой сфере статья 236 УК РФ конкурирует с составами административных правонарушений. В итоге квалифицированные составы статьи 236 УК РФ за последние 8,5 лет практически не применялись (всего 4 осужденных по части 2 статьи 236 УК РФ в 2021 году), по части 1 статьи 236 УК РФ за 8,5 лет всего 112 осужденных [8], при этом отдельной статистики по организациям социального обслуживания нет. По факту смерти 9 получателей услуг в Прокопьевском ПНИ возбуждено уголовное дело по части 3 статьи 236 УК РФ, но в каком виде дело дойдет до суда, еще неизвестно.

Общественная опасность неправомерного физического стеснения не вызывает сомнений, однако найденные по базам судебных решений и в личном архиве три обвинительных приговора по делам, связанным с его применением, заставляют задуматься о высокой латентности данного вида деяний.

Из статьи 30 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [9] следует, что физическое стеснение не может применяться в ПНИ, так как законом не предусмотрена недобровольная госпитализация в ПНИ, а кроме того, большинство интернатов не имеют лицензии на психиатрическую помощь в стационарных условиях. При этом из открытых источников (портал государственных закупок) известно, что ряд ПНИ закупали используемые для физического стеснения смирительные рубашки и ремни для фиксации конечностей. В общей сложности за последние 9 лет 4 интерната закупили 31 смирительную рубашку (в том числе детские) и 26 комплектов фиксирующих ремней.

В целях повышения уголовно-правовой охраны здоровья лиц, проживающих в интернатах, предлагается рассмотреть возможность квалификации неправомерного физического стеснения по статье 6.1.1 КоАП РФ («совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль»), статье 117 УК РФ (истязание – в случае систематичности мер стеснения), статье 127 УК РФ (при совмещении мер стеснения и изоляции), а также возможность уточнения статьи 116 УК РФ следующими квалифицирующими

признаками: совершение преступления в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, либо заведомо недееспособного лица.

В случае выявления в ПНИ систематического неправомерного применения мер физического стеснения и изоляции представляется необходимым ставить вопрос о квалификации таких действий персонала по статье 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей).

По результатам исследования можно также сделать вывод о том, что профессиональные преступления работников ПНИ против жизни и здоровья проживающих имеют много общего с преступлениями медицинских работников в целом, что обусловлено, в частности, совершением таких деяний медицинскими работниками ПНИ. Однако имеются и особенности квалификации деяний сотрудников, не являющихся медицинскими работниками. К особенностям рассмотренных преступлений можно также отнести их высокую латентность, а также особые криминологические факторы риска, как со стороны персонала ПНИ – риска стать субъектом профессионального преступления, так и со стороны получателей услуг – риска стать жертвой такого преступления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Уголовный кодекс Российской Федерации // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

2. Обстоятельства дела известны из решения Молчановского районного суда Томской области от 13.02.2025 по гражданскому делу № 2-248/2024. [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: https://sudact.ru/regular/doc/7IHC3aQ6UaNh (дата обращения: 14.03.2026).

3. Апелляционное постановление Краснодарского краевого суда от 22.09.2025 по делу № 22-5938/25. [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: https://kraevoi-krd.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=case&_uid=9b156d63-9771-4704-bdff-93eeab54dbbd&_deloId=4&_caseType=0&_new=0&_doc=1&srv_num=1&_hideJudge=0 (дата обращения: 14.03.2026).

4. Приговор Карпинского городского суда Свердловской области от 28.09.2017 по делу № 1-136/2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: https://sudact.ru/regular/doc/I0AFIn5XxULD/ (дата обращения: 14.03.2026).

5. Приговор мирового судьи судебного участка № 3 в Бутурлиновском судебном районе Воронежской области от 07.04.2025 по делу № 1-1/2025, не опубликован.

6. Глава СК России поручил доложить о ходе расследования уголовного дела о причинении тяжкого вреда здоровью пациентке столичного социального дома // URL: https://sledcom.ru/news/item/2034923/ (дата обращения: 14.03.2026).

7. Следователи изучат быт психоневрологического интерната // URL: https://www.kommersant.ru/doc/5941954 (дата обращения: 14.03.2026).

8. Данные судебной статистики Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации. [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: https://cdep.ru/?id=79 (дата обращения: 15.03.2026).

9. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

ПРИКАЗ № 642 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ» И НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ИСПОЛНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРАВИЛ (СТ.СТ. 109 И 118)

Гаганов Д.Б.

Ассоциация организаторов здравоохранения в онкологии (Санкт-Петербург)

Суд при вынесении приговора по ст.ст. 109 и 118 устанавливает причинно-следственную связь между ненадлежащим исполнением специальных правил медработником., выполняющим свои профессиональные обязанности, и наступившими общественно опасными последствиями в виде смерти / вреда здоровью.

К специальным правилам относятся и клинические рекомендации.

Цитата из апелляционного постановления по делу № 10-24/2024 (10-7904/2023) судья Муратов С.М., г. Челябинск 17 января 2024 года, Челябинский областной суд

«ФИО., являясь ...данные изъяты> ФИО8 и ответственным за ее состояние, обладал всеми необходимыми знаниями и навыками для надлежащего выполнения своих обязанностей и при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог по обстоятельствам дела предвидеть возможность наступления в результате ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей общественно опасных последствий в виде смерти ФИО8, которая наступила 21 января 2014 года.

Нарушение осужденным требований клинических рекомендаций *(алгоритма специализированной медицинской помощи (данные изъяты>), в части неконтролируемого снижения уровня глюкозы в крови до 4,3 ммоль/л, пренебрежение при этом необходимостью проведения потерпевшей лабораторного мониторинга и перечисленных выше инструментальных исследований, недооценка тяжести состояния пациента, а как следствие – непривлечение для консультации специалиста – врача-эндокринолога, находятся в прямой причинно-следственной связи со смертью ФИО8».*

…

09 декабря 2025 года был зарегистрирован в Минюсте приказ № 642, вызвавший оживлённые обсуждения, часто с эмоциональной составляющей.

Попробуем с холодным разумом разобраться – что к чему и почему, поскольку мне представляется, что при вменении медицинскому работнику ст.ст. 109 и 118 УК оценка выполнения медицинским работником положений данного приказа приобретает значение.

Во-первых – полнота воплощения юридической конструкции об утверждении порядка применения клинических рекомендаций (далее – КР) в соответствии с частью 9 статьи 37 Федерального закона 323-ФЗ. Если присмотримся к этой части девять– увидим систему:

Порядок и сроки разработки КР – принят

Порядок пересмотра КР – принят, типовые формы КР и требования к их структуре и т.д.– приняты…

Порядок применения КР –Приказ Минздрава от 27 октября 2025 г. № 642, принят последним, построение системы завершено.

Я здесь имею в виду публично – правовой порядок, п. 9 ст. 37 Федерального закона 323-ФЗ (в ред. Федерального закона от 23.07.2025 № 261-ФЗ). Структура публично – правового порядка – выделено жирным.

9. **Порядок и сроки разработки** клинических рекомендаций, (порядок – прим.авт.) их **пересмотра**, **порядок применения** клинических рекомендаций, **типовая форма** клинических рекомендаций и требования к их структуре, требования к составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации, **порядок и сроки одобрения и утверждения** клинических рекомендаций, **критерии принятия научно-практическим советом решения** об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинической рекомендации либо решения о пересмотре клинической рекомендации утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Публично – правовой порядок является обязательным целиком, как система.

То есть до этого такой порядок фактически существовал (принцип беспробельности правового регулирования). А что было фактически вместо Приказа № 642? Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Смотрим Приказ 785н, пункт 1:

1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества…на основе клинических рекомендаций.

Теперь у этого пункта есть чёткие юридические границы – п. 5 приказа № 642:

5. **В случае невозможности** оказания в медицинской организации конкретному пациенту показанной ему медицинской помощи, предусмотренной клиническими рекомендациями, …, пациенту может быть организовано оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в соответствии со статьей 362 Федерального закона N 323-ФЗ и (или) путем направления пациента для оказания медицинской помощи в медицинские организации, имеющие соответствующую возможность.

Обратите внимание – цель обеспечения прав граждан достигается в связи с этим п. 5 созданием и внедрением у вас документов, закрепляющих:

– определения невозможности оказания конкретному пациенту (обратите внимание – конкретному) показанной помощи, предусмотренной КР: и определяем:

– нет лицензии

– или нет медицинского изделия – при условии того, что вы проводите мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;,

– или нет лекарственного препарата – при условии того, что вы проводите мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;,

– или нет расходного материала,

– нет материального запаса.

Как это повлияет на уголовно – правовую оценку действий медицинского работника?

Теперь субъект ответственности по ст.ст. 109 и 118 должен определять невозможность оказания как составляющую надлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

И ранее в приговорах подобные конструкции использовались:

(ibid) «Судом первой инстанции верно установлено, что …

данные изъяты> каковым являлся ФИО. в инкриминируемый ему период времени, был обязан производить осмотр ФИО8 оценивать ее состояние, обеспечивать оказание больной квалифицированной специализированной помощи, при выявлении угрожающих жизни переменах в состоянии пациентки информировать об этом заведующего отделением, а в его отсутствии заместителя руководителя учреждения по медицинской части, по согласованию с которыми организовывать консилиум врачей-специалистов.

Все эти перечисленные обязанности связаны с осуществлением профессиональной деятельности врача по оказанию медицинских услуг пациенту».

Теперь, поскольку Приказ № 642 вступил в силу, будут оцениваться и ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ НЕВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОКАЗАННОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ, в том числе и организация консилиума (возможно, телемедицинского с НИМЦ?) для направления в другую медицинскую организацию, имеющую возможность оказать такую помощь.

Позиция защиты подобная нижеприведённой:

(ibid) «адвокат …указывает на то, что при проведении экспертиз не исследовался вопрос о том, имели ли врачи реальную возможность оказать медицинскую помощь, предусмотренную протоколом для больных сахарным диабетом. Обращает внимание, ***что вывод экспертов о наличии дефектов лечения, формируется, исходя из утверждения, что больница обеспечена необходимым оборудованием, в то время как последнее не соответствует действительности.*** *Указывает на отсутствие возможности для проведения в больнице ряда необходимых потерпевшей анализов, о чем пояснили в судебном заседании свидетели. Полагает, что подзащитный не имел реальной возможности их выполнить…» – теперь обретает и законодательное основание»* теперь становится более применимой но при условии .

Ситуации, связанные с отсутствием возможности оказать показанную помощь, предусмотренную КР нередки и вряд ли будут снижаться в своём количестве.

Но не следует забывать следующего – Приказ № 642н здесь прямо является основой консилиума – созыв которого является в определённых случаях профессиональной обязанностью

И развеем некоторые предположения по самому спорному пункту 6 Приказа:

Лечащий врач при применении клинических рекомендаций:

– самостоятельно выбирает тактику обследования и лечения заболевания в зависимости от особенностей заболевания и (или) состояния пациента;

…

При логическом анализе данного пункта:

Во-первых – принимаем во внимание то, что в п. 5 указаны критерии невозможности показанной помощи, предусмотренной КР, список закрытый. Следовательно – п. 6 не про «долгожданный» отход от КР и лечение на основе своего опыта и знаний. Два пункта не могут одновременно быть про одно и то же;

Во-вторых – п. 6 начинается с описания процесса «при применении клинических рекомендаций», значит – их применяют, но врач самостоятельно выбирает тактику в зависимости от особенностей заболевания. Выбирает из вариантов, упомянутых в КР. Ничего нового и революционного здесь нет.

Следовательно, упоминание о законности отхода от КР на основе своего опыта и знаний при выстраивании линии уголовно – правовой защиты **не сработает**.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Апелляционное постановление по делу № 10-24/2024 (10-7904/2023) судья Муратов С.М., г. Челябинск 17 января 2024 года, Челябинский областной суд; – обращение – https://sudact.ru/regular/doc/HSXxrR23cvgT/

2. Приказ Минздрава № 642н от 27.10.2025 «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций" – http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202512090012

3. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации – https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ

Гедиева Т.К., Шимкин В.Н.

ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия» (Черкесск)

Интеграция технологий искусственного интеллекта (далее – ИИ) в сферу здравоохранения становится одной из ключевых тенденций цифровой трансформации медицины. Современные ИИ-системы применяются для

анализа медицинских изображений, поддержки клинических решений, прогнозирования заболеваний, мониторинга состояния пациентов, а также в роботизированной хирургии. Эти технологии способны повысить точность диагностики, сократить нагрузку на врачей и снизить вероятность врачебных ошибок. В то же время их использование сопряжено с рисками причинения вреда жизни и здоровью пациентов, что актуализирует вопрос юридической ответственности за последствия функционирования ИИ в медицине [6].

Проблема ответственности за вред, причинённый при использовании ИИ, выходит за рамки традиционных категорий медицинской и гражданско-правовой ответственности. Классическая модель «врач – пациент – вред» усложняется появлением нового технологического участника, чьи решения могут быть автономными, непрозрачными и статистически обусловленными [2]. Это требует переосмысления таких базовых юридических категорий, как вина, причинно-следственная связь, субъект ответственности и стандарт должной осмотрительности.

ИИ в медицине охватывает широкий спектр приложений - от автоматизированной интерпретации рентгенологических и томографических изображений до интеллектуальных систем поддержки принятия врачебных решений и алгоритмов персонализированной терапии. В большинстве случаев такие системы функционируют на основе методов машинного обучения, включая нейронные сети, обученные на больших массивах медицинских данных. Их особенностью является способность к самообучению и адаптации, что делает поведение системы динамичным и трудно прогнозируемым [3].

Юридически это порождает несколько ключевых проблем. Во-первых, затрудняется установление причинно-следственной связи между действием конкретного субъекта и наступившим вредом. Во-вторых, возникает неопределённость субъекта ответственности: если ИИ-система выдала ошибочную рекомендацию, а врач следовал ей, кто должен нести ответственность – разработчик, врач или медицинская организация? В-третьих, эффект «чёрного ящика» не позволяет точно реконструировать логику принятия алгоритмического решения, что осложняет доказывание в судебном процессе [1].

В российской правовой системе регулирование применения ИИ в медицине находится на стадии становления. Ключевыми рамочными документами выступают Национальная стратегия развития искусственного интеллекта до 2030 года, Федеральный закон «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций», а также нормы законодательства об охране здоровья граждан и об информации. Указанные акты закрепляют общие принципы безопасности, приоритета прав человека и допустимо-

сти экспериментального использования цифровых технологий, но не содержат детальной регламентации вопросов ответственности за вред, причинённый ИИ.

В рамках гражданского права вред, причинённый жизни или здоровью гражданина, подлежит возмещению в полном объёме независимо от вины причинителя в случаях, прямо предусмотренных законом. В доктрине активно обсуждается вопрос о признании ИИ источником повышенной опасности по аналогии с транспортными средствами или сложной техникой [4]. Такой подход позволил бы возлагать ответственность за вред на владельца или оператора ИИ-системы независимо от вины, что усилило бы защиту прав пациентов.

Особую сложность представляет проблема доказывания. В классических медицинских спорах экспертиза позволяет установить соответствие действий врача стандартам медицинской помощи. Однако в случае использования ИИ возникает необходимость в проведении сложных технических экспертиз, анализа обучающих выборок, алгоритмических параметров и журналов работы системы. Это существенно повышает стоимость судебных разбирательств и создаёт процессуальное неравенство между пациентом и крупными медицинскими или технологическими организациями.

Помимо гражданско-правовой, всё большую актуальность приобретает вопрос уголовной ответственности за вред, причинённый при использовании ИИ в медицине. В действующем Уголовном кодексе РФ отсутствуют специальные составы преступлений, прямо связанные с применением ИИ. Однако в случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти пациента возможно привлечение к ответственности по общим нормам – например, по ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), а также по ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности).

Ключевая проблема уголовно-правовой квалификации состоит в установлении формы вины конкретного лица. Если врач механически следует рекомендации ИИ, не проверяя их обоснованность, его поведение может быть расценено как неосторожность в форме легкомыслия или небрежности. Если же разработчик сознательно внедрил алгоритм, не прошедший надлежащую валидацию, и это повлекло тяжкие последствия, возможна уголовная ответственность за выпуск опасного продукта или оказание небезопасных услуг [1].

Уголовная ответственность не может возлагаться на саму ИИ-систему, поскольку она не обладает признаками субъекта преступления (сознанием, волей, деликтоспособностью). Следовательно, в фокусе всегда должен находиться человек – разработчик, врач, администратор медицинской систе-

мы или руководитель организации, допустивший внедрение небезопасной технологии. При этом ИИ в уголовно-правовом контексте может рассматриваться как орудие совершения преступления либо как источник повышенной опасности, требующий особых мер контроля.

Немаловажное значение имеют этические аспекты применения ИИ в медицине, которые неразрывно связаны с юридическими вопросами ответственности. Принцип «не навреди» требует, чтобы внедрение алгоритмических систем не подменяло клиническое мышление врача и не снижало стандарт медицинской помощи. Недостаточная прозрачность ИИ-решений, алгоритмическая дискриминация, ошибки обучающих выборок и коммерческие интересы разработчиков создают дополнительные риски для пациентов и усиливают потребность в правовых гарантиях.

На практике в России уже фиксируются случаи экспериментального внедрения ИИ в рамках специальных правовых режимов. Федеральный закон «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации» от 31.07.2020 № 258-ФЗ прямо предусматривает обязанность возмещения вреда, причинённого при использовании цифровых решений, и допускает ограничение экспериментов при выявлении угрозы жизни и здоровью граждан. Однако судебная практика по искам, связанным с вредом от медицинских ИИ-систем, пока не выработала устойчивых подходов к распределению ответственности.

Перспективы правового регулирования ответственности за вред, причинённый ИИ в медицине, связаны с необходимостью комплексных реформ. Представляется целесообразным:

1. закрепить на законодательном уровне специальный режим гражданско-правовой ответственности за вред от ИИ;

2. ввести обязательное страхование рисков, связанных с применением медицинских ИИ-систем;

3. разработать стандарты алгоритмической прозрачности и объяснимости;

4. уточнить основания уголовной ответственности за внедрение и эксплуатацию небезопасных ИИ-решений;

5. создать государственный реестр сертифицированных медицинских ИИ-систем.

Юридическая ответственность за вред здоровью при использовании искусственного интеллекта в медицине представляет собой сложный междисциплинарный вызов. Традиционные правовые конструкции не в полной мере учитывают специфику автономных алгоритмов и распределённого принятия решений. Для обеспечения баланса между инновациями и защитой прав пациентов необходима эволюция гражданского, уголовного и ме-

дицинского права, направленная на формирование справедливой и эффективной модели ответственности, учитывающей интересы всех участников медицинско-технологической экосистемы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Архиереев Н.В. О гражданско-правовой ответственности за вред, причинённый при использовании искусственного интеллекта // Правовое государство: теория и практика. – 2024. – № 1. – С. 88–97.

2. Василевская Л.Ю. Деликтная ответственность за причинение вреда искусственным интеллектом: проблемы и перспективы развития // Юридическая практика Lawinfo.ru. – 2025. – 7 августа.

3. Кузнецов С.А. Искусственный интеллект в медицине: правовые и этические аспекты применения // Медицинское право. –2023. – № 4. С. 15–20.

4. Лаптев В.А., Федоренко Н.П. Правовое регулирование искусственного интеллекта в Российской Федерации: состояние и перспективы // Государство и право. – 2022. – № 9. – С. 5–17.

5. Романов А.А. Гражданско-правовая ответственность за вред, причинённый автономными системами // Журнал российского права. – 2024. № 3. С. 64–73.

6. Юхнова Ю.И. Искусственный интеллект и роботы в медицине: проблема ответственности за причинение вреда пациентам // Юрист. – 2023. – № 1. С. 42.

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ПОСЯГАТЕЛЬСТВА ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ НЕДОБРОСОВЕСТНОМ ОКАЗАНИИ ЮРИДИЧЕСКИХ УСЛУГ

Горбунов Т.Д.

ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (Новосибирск)

В Российской Федерации последовательно провозглашается основополагающий характер права на жизнь и охрану здоровья [1]. Со стороны государства требует особого внимания защита указанных благ от общественно опасных посягательств, в том числе от недобросовестных практик представителей юридического сообщества, деятельность которых приобретает все больший акцент на коммерциализацию. В свою очередь такая защита должна обеспечиваться, в том числе путем установления юридической от-

ветственности за недобросовестные практики, осуществляемые исполнителями юридических услуг.

Полагаем, что под общественно опасными посягательствами против жизни и здоровья, совершаемыми при недобросовестном оказании юридических услуг, следует понимать деяния исполнителей юридических услуг, которые совершаются при оказании данных услуг и нарушают права и законные интересы потребителей услуг или иных лиц, причиняя тем самым вред их жизни или здоровью или содействуя причинению указанного вреда.

В контексте криминологического анализа считаем важным типологизировать исследуемые общественно опасные посягательства в зависимости от механизма их осуществления. Указанная типологизация имеет значение для конкретизации признаков недобросовестных практик исполнителей юридических услуг.

Во-первых, речь идет о практиках, осуществляемых посредством формирования документации, имеющей правовое значение. Так, именно юристы отвечают за формирование договоров, внутренней документации учреждений, информированных согласий на то или иное медицинское вмешательство и т. д. Использование чрезмерно сложных канцелярских формулировок, искажающих сущность осуществляемой организацией деятельности, фактически приводит к тому, что конечный потребитель медицинской или иной услуги, или же товара, не является осведомленным либо же недостаточно осведомлен о характере услуги (товара), на получение (приобретение) которой он формально дал согласие. В качестве примера можно привести деятельность сотрудников американской компании Monsanto, в том числе их юристов, которые, по мнению лиц, подавших иски против компании, предпринимали попытки скрыть, что химическое вещество в их гербициде Roundup не влияет на возникновение рака. Для этих целей они осуществляли написание научных отчетов под именами сторонних экспертов, на которые опирались американские регулирующие органы, при определении вредоносности вещества [2]. Общественная опасность приведенного примера из практики заключается не только в предоставлении недостоверной информации государственным органам, руководствуясь которой они принимают властные решения, но и в заведомом распространении искажённой информации об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и здоровья населения.

Во-вторых, практики, осуществляемые путем ограничения права на использование гласности и публичности. Так, отдельные юристы используют правовые механизмы с целью ограничения права на распространение информации, имеющей значение для жизни и здоровья населения. Показательным является пример еще одной американской компании Theranos, кото-

рая занималась производством технологий для анализа крови. Между тем, указанная технология не могла верно провести анализ и не демонстрировала достоверные сведения о здоровье пациента. В связи с этим сотрудники юридической фирмы Boies Schiller Flexner, сопровождающей деятельность Theranos, использовали соглашения о неразглашении информации и угрозы судебных исков, чтобы сотрудники Theranos не могли распространить информацию о качестве производимой компанией технологии [3]. В приведенном примере юристы не осуществляли распространение ложной информации, однако общественная опасность их действий заключалась в сокрытии информации об обстоятельствах, которые заведомо представляют угрозу жизни и здоровья населения. Тем самым юристы содействовали распространению технологии, которая подвергает опасности жизнь и здоровье пациентов, поскольку искажала информацию о состоянии их здоровья.

В-третьих, практики, осуществляемые путем использования несовершенств нормативно-правового и договорного регулирования оказания медицинской помощи или иных биомедицинских услуг, а также в целом сфер, взаимодействующих с факторами, влияющими на здоровье населения (химическая промышленность, иные масштабные производства с вредоносными отходами и т.д.). Примером могут выступать случаи, когда несовершенства нормативного регулирования той или иной сферы используются организациями в целях реализации на рынке вредной или даже опасной для здоровья человека продукции. В этом контексте показательным является пример химической компании DuPont de Nemours (Дюпон) и её юристов [4]. Так, компания Дюпон, производила кухонную утварь с тефлоновым покрытием, в составе которого содержался химический компонент, подвергающий опасности жизнь и здоровье лиц, взаимодействующих с указанным компонентом, о чем представители компании были осведомлены, но не сообщали своим потребителям и сотрудникам, которые непосредственно участвовали в производстве. Впоследствии к компании был предъявлен коллективный иск от лиц, пострадавших в результате использования вредоносной продукции. Однако юристы Дюпон, осведомленные о реальном характере действий компании, в рамках судебного процесса использовали свои знания и навыки с целью сокрытия информации о вредоносности деятельности Дюпон. Так, юридическая стратегия Дюпон по делу заключалась в том, чтобы назначать собрания с потерпевшими в рабочее время (заведомо неудобное для большинства трудоустроенных граждан), требовать многочисленные документы для регистрации на медицинские исследования, выставлять пострадавшим истцам счета за тестирования, которые должна была оплачивать сама компания. В результате этого участие в программе медицинского мониторинга приняло крайне малое число пострадавших, что привело к снижению совокупного объема требований к Дюпон. При этом точное число пострадавших

и реальные последствия для здоровья людей установить не представляется возможным, в чем и заключается общественная опасность действий юристов компании, с учетом того, что последствия деятельности Дюпон носят длительный характер и оказывают влияние не только на здоровье лиц непосредственно взаимодействовавших с вредоносным компонентом, но и всего населения в целом.

Стоит отметить, что в данной работе мы не выдвигаем тезис о том, что любая юридическая защита позиции и интересов недобросовестных компаний представляют под собой недобросовестные практики со стороны юристов. Правовой спор сам по себе предполагает конфликт сторон, в ходе которого каждая из них отстаивает своё видение ситуации, а степень общественной опасности приведенных в работе практик носит дискуссионный характер. Однако, полагаем, что для определения общественной опасности посягательств имеет значение используют ли юристы для защиты своих доверителей в правовых спорах правовые механизмы, и не образует ли это злоупотребление правом. Так, в приведенных примерах мы можем увидеть, что юристы компаний в отдельных случаях использовали правовые механизмы, однако использовали их для достижения целей, противоречащих правовому назначению данных механизмов и основам правопорядка.

Таким образом, полагаем, что охрана жизни и здоровья населения зависит в том числе от качественного правового регулирования деятельности представителей юридического сообщества. В связи с этим необходим доскональный анализ недобросовестных практик юридического сообщества, их типологизация, которая позволит выработать четкие критерии неправомерного и недобросовестного поведения юристов, определить его степень общественной опасности, а также сделать вывод о достаточности или недостаточности, имеющихся средств противодействия указанному поведению. Одним из основных критериев соответствующего поведения должна выступать оценка того, какие именно средства защиты (правовые или неправовые) были использованы юристом, а также оценка того, образует ли это злоупотребление правом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Обзор практики рассмотрения судами дел по спорам, связанным с реализацией мер социальной поддержки отдельных категорий граждан / утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.06.2020 [Электронный ресурс] // Режим доступа: https://www.consultant.ru (дата обращения: 13.03.2026).

2. Pierson B. Plaintiffs in U.S. lawsuit say Monsanto ghostwrote Roundup studies / reuters.com [Электронный ресурс] // Режим доступа: https://www.reuters.com/article/business (дата обращения: 13.03.2026).

3. Баева Е. Капля крови (Кто такая Элизабет Холмс и почему Theranos оказался идеей, в которую все поверили) / Коммерсантъ [Электронный ресурс] // Режим доступа: https://www.kommersant.ru/doc/7754552 (дата обращения 13.03.2026).

4. Clapp R. Perfluorooctanoic Acid / Defending Science [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.defendingscience.org/case-studies/perfluorooctanoic-acid (дата обращения: 13.03.2026).

УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ: ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Копшева К.О.

ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия» (Саратов)

Анализ современного уголовного законодательства позволяет сделать вывод, что задачи по предупреждению и пресечению преступлений против репродуктивного здоровья населения не решаются на должном уровне. Основной причиной этого является отсутствие четкого законодательного закрепления репродуктивного здоровья и репродукционных прав как объектов уголовно-правовой охраны. Кроме того, сохраняется неопределенность в системе преступлений, затрагивающих репродуктивное здоровье и репродукционные права, а также отсутствует отдельная глава, посвящённая данной категории преступлений, что существенно осложняет правоприменительную практику. Уголовное законодательство Российской Федерации не включает в себя специальных норм, направленных на охрану репродуктивного здоровья или репродуктивных прав. Вместе с тем, наиболее близким к преступлениям, посягающим на репродуктивные права, является статья 123 УК РФ, которая устанавливает уголовную ответственность за незаконное проведение искусственного прерывания беременности. Основным непосредственным объектом этого преступления традиционно рассматривается здоровье женщины, в то время как дополнительным объектом является ее жизнь. Однако, на наш взгляд, объект данного преступления требует более широкого определения, поскольку оно затрагивает не только физическое здоровье, но и репродуктивные права, которые играют ключевую роль

в защите личной свободы и достоинства женщины. Конституция в ст. 38 провозглашает, что материнство и детство находятся под защитой государства. Развивая это положение ст. 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» устанавливает, что каждая женщина вправе самостоятельно решать вопрос о материнстве. Прерывание беременности является правом женщины, которое она может осуществить по своему усмотрению, при этом важно наличие её информированного добровольного согласия. В случае недееспособности совершеннолетней женщины, неспособной выразить свою волю, искусственное прерывание беременности возможно исключительно на основании решения суда. Незаконное проведение прерывания беременности влечет за собой административную (ст. 6.32 КоАП РФ) или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Таким образом, в контексте статьи 123 УК РФ, предусматривающей ответственность за незаконное искусственное прерывание беременности, помимо здоровья женщины, следует признать, что основным непосредственным объектом данного преступления являются ее репродуктивные права, которые защищаются как неотъемлемая часть ее личной свободы и достоинства.

Как справедливо отмечает В. Бурцева, современное российское государство отошло от практики решения демографической проблемы через запрет на искусственное прерывание беременности, характерной для советского периода. Вместо этого акцент сделан на стимулирование рождаемости с помощью различных материальных выплат и предоставления широкого спектра социальных гарантий для детей и их родителей [1]. Статистические данные о числе лиц, осужденных за совершение данного преступления, характеризуются весьма низкими показателями, что свидетельствует о его криминализации без достаточных оснований. Преступление становится таковым только в том случае, если оно соответствует всем принципам криминализации. В первую очередь, речь идет о достаточной степени общественной опасности совершенного деяния, которая оценивается обществом. Для того чтобы деяние могло быть признано преступлением, необходимо наличие общественной потребности в его криминализации и введении соответствующего уголовно-правового запрета. Кроме того, деяние должно обладать относительно высокой степенью распространенности, исключая его единичный характер [2]. Выявление преступления, предусмотренного ст. 123 УК РФ также затруднительно, и обнаруживается, как правило, при наступлении вреда здоровью или смерти женщины вследствие проведенной операции по прерыванию беременности.

Объективная сторона преступления, предусмотренного ст. 123 УК РФ состоит в незаконном искусственном прерывании беременности ненадле-

жащим лицом, что, как правило, выражается в нарушении различных нормативных правовых актов, регулирующих порядок искусственного прерывания беременности надлежащим лицом – врачом – акушером-гинекологом. Однако, на практике нередко встречаются ситуации, когда квалификация наступает за совершение других преступлений, в частности, ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ или вовсе ст. 238 УК РФ (хотя, после дополнения ст. 238 УК РФ примечанием о том, что ее действие не распространяется на оказание медицинской помощи медицинскими работниками [3], такая квалификация должна быть исключена). Из-за недостаточной точности формулировки объективной стороны рассматриваемого преступления возникает неопределенность относительно того, какие именно деяния влекут уголовную ответственность и в чем заключается уголовно-правовая незаконность искусственного прерывания беременности. Закон «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» предписывает, что аборт может быть совершен на сроке беременности не свыше двенадцати недель, только по желанию женщины. Допускается проведение операции в более поздний срок до двадцати двух недель по социальным показаниям (беременность в результате изнасилования [4]) и независимо от срока беременности по медицинским показаниям (например, туберкулез нервной системы, краснуха, сахарный диабет с тяжелой нефропатией, лимфогранулематоз и др. [5]). Согласно п. 90 Приказа Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или стационарных условиях [6]. Означает ли это, что нарушение вышеуказанных правил должно влечь уголовную ответственность? Представляется, что не совсем так, поскольку ст. 6.32 КоАП РФ предусматривает административную ответственность за нарушение сроков для проведения искусственного прерывания беременности.

Статья 123 УК РФ вызывает определенные споры и с других позиций. Несмотря на формулировку диспозиции статьи как «незаконное искусственное прерывание беременности», уголовная ответственность за данное деяние в основном связывается с лицом, осуществляющим прерывание, при этом ограничиваясь лишь теми, кто не обладает высшим медицинским образованием соответствующего профиля, то есть врачами, не являющимися акушерами-гинекологами. В связи с этим, действия врача-акушера-гинеколога, осуществляющего искусственное прерывание беременности на более поздних сроках, чем предусмотрено законом, или в ненадлежащих условиях, не повлекут уголовной ответственности. Такая позиция представляет собой серьезную угрозу для охраны репродуктивного здоровья, поскольку не учитывает всех аспектов медицинской ответственности и безопасности при проведении подобных процедур.

Не менее значимой является проблема квалификации деяния в случае отсутствия согласия женщины на проведение аборта. В случае, если информированное согласие женщины на вмешательство отсутствует, то в соответствии с нормами КоАП РФ ответственность возлагается на врача-акушера. Однако если искусственное прерывание беременности осуществляет специалист иной медицинской специализации, то на него распространяется действие статьи 123 УК РФ. Данные пробелы в формулировке статьи 123 УК РФ существенно снижают эффективность уголовно-правовой охраны репродуктивного здоровья граждан, что находит отражение в практике применения данной нормы.

Для устранения указанных противоречий необходимо внесение изменений и уточнений в статью, с более четким определением признаков состава преступления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бурцева В.В. Искусственное прерывание беременности в контексте реализации репродуктивного права женщины: уголовно-правовой аспект проблемы: дис. … канд. юрид. наук. Саратов, 2024. С. 141.

2. Копшева К.О. Оценка отдельных изменений Уголовного кодекса Российской Федерации с позиции соблюдения принципов уголовного закона и криминализации // Вестник Волгоградской академии МВД России. 2024. № 2. С. 48.

3. Федеральный закон от 28 декабря 2024 г. № 514-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 20204. – № 53 (Часть I). – Ст. 8524.

4. Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 7. – Ст. 878.

5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 (ред. от 27 декабря 2011 г.) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25 декабря 2007 г. № 10807) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2008. – № 9; Российская газета. – 2012. – № 35.

6. Приказ Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Зарегистрировано в Минюсте России 12 ноября 2020 г. № 60869) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru). – 2020. – 13 ноября. – № 0001202011130037.

ОСОБЕННОСТИ КВАЛИФИКАЦИИ И РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПОРТИВНОЙ СФЕРЕ

Лебедева Ю.С.

Ассоциация юристов России
Новосибирское региональное отделение (Новосибирск)

Сегодня профессиональный спорт – это не просто состязания, а масштабная бизнес-индустрия, где пересекаются интересы государства, крупных компаний и частных инвесторов. В этой динамичной сфере остро ощущается нехватка чёткого правового регулирования, что касается как профессионального, так и любительского спорта.

С точки зрения уголовного права, преступления в спорте носят принудительный и карательный характер, где закон в первую очередь выполняет охранительную функцию.

Наибольшую опасность представляет ситуация, когда нарушения и отступления от правил в спорте не просто происходят, а превращаются в систему скрытых преступлений. Это создаёт благоприятную почву для преступлений совершаемых спортсменами, тренерами, судьями, обслуживающим персоналом и другими участниками спортивной индустрии.

Среди таких скрытых преступлений часто встречаются хулиганство, хищения, нанесение вреда здоровью различной степени тяжести, контрабанда и другие. Отсутствие наказания за эти деяния (будь то дисциплинарное, административное или уголовное) порождает чувство вседозволенности. Эта проблема особенно актуальна в спорте, поскольку за жизнью высококлассных и профессиональных спортсменов, как и за другими публичными личностями, следят миллионы людей. Преступное поведение кумиров может искажать представления о норме у их поклонников, побуждая их к бездумному копированию.

Существующие подходы к борьбе с преступностью в спорте позволяют разделить её на две основные категории:

• преступления, совершаемые самими спортсменами, включая те, что напрямую связаны с их спортивной деятельностью;

• преступления, совершаемые другими лицами, но также связанные со спортом.

Как отмечает К. Ю. Рожнов в своей статье «Детерминанты возникновения преступности в области спорта», массовое появление преступности среди спортсменов можно отнести к началу 90-х годов. Хотя и раньше спортсмены совершали преступления, они носили эпизодический характер и

были связаны либо с желанием заработать на дефиците (спекуляция, контрабанда), либо с бытовыми конфликтами (хулиганство, телесные повреждения). Сегодня же спектр преступлений спортсменов значительно расширился, включая употребление запрещённых веществ и даже преступления террористической направленности.

К. Ю. Рожнов также выделил «Характерные особенности, связанные со спортивной деятельностью:

• среди преступлений, совершаемых лицами, связанными со спортивной деятельностью спортсменов, наблюдается значительная скрытность коррупционных действий;

• коммерческие виды спорта все активнее вовлекаются в криминальную сферу;

• преступники, связанные со спортивной деятельностью, часто выбирают насилие как основной метод достижения своих целей и реализации мотивов и прочее [3].

Наиболее значимыми направлениями преступной активности среди лиц, связанных со спортом, являются:

• увеличение числа краж денежных средств, выделяемых на строительство спортивных объектов;

• рост преступлений, связанных с незаконной реализацией билетов на спортивные мероприятия;

• трансформация структуры внутри фанатских объединений: формирование разветвленных, сплочённых групп с жёсткой иерархией и внутренним единством на основе общей идеи, которые используются организованной преступностью для воплощения своих преступных замыслов и прочее [3].

Определим последовательность этапов, направленных на сбор начальной информации. При выявлении преступлений в спорте данный порядок действий носит универсальный характер:

• сбор исходных данных о правонарушениях в сфере спорта;

• выявление характерных следственных ситуаций;

• постановка задач, присущих каждой конкретной следственной ситуации.

Тем не менее, в зависимости от объекта преступления конкретный набор действий на каждом из этапов может существенно различаться. Как указывает учебник С. В. Алексеева «Расследование преступлений в сфере спорта», разнообразие следственных ситуаций требует индивидуального подхода к оценке их особенностей, а также к формулировке целей и задач расследования. Каждая отдельная следственная ситуация представляет собой совокупность факторов и условий, в рамках которых и осуществляется процесс расследования преступления» [1].

Индивидуальные особенности преступника оказывают определяющее влияние на каждую конкретную следственную ситуацию. Принимая во внимание, что следственная ситуация представляет собой динамическое состояние объективной действительности, формируемое совокупностью внешних факторов, к ним относятся: объем и качество информации, доступной субъекту предварительного расследования для планирования следственных действий; скорость деградации или исчезновения вещественных доказательств; а также наличие и условия для оптимального использования всего комплекса оперативно-следственных сил и средств, необходимых для расследования конкретного преступления в сфере спорта. Следовательно, можно констатировать, что ресурсное обеспечение существенно модифицирует сложившуюся следственную ситуацию. Процесс расследования характеризуется имманентной динамикой. Следственные ситуации, как правило, последовательно сменяют друг друга, однако на этапе производства конкретного следственного действия она сохраняет относительную стабильность, что обусловлено аккумуляцией новой, ранее неизвестной следователю информации. Соответственно, по мере накопления данных субъект предварительного расследования вынужден корректировать стратегию и тактику. Динамика расследования преступных деяний в спортивной сфере прямо пропорциональна скорости получения информации. С каждым последующим этапом расследования происходит трансформация следственной ситуации. Именно информация, полученная в результате проведения отдельных следственных действий и криминалистических экспертиз, формирует эмпирическую базу для построения различных следственных версий, при выдвижении которых необходимо руководствоваться установленными правилами:

• одновременная проверка следственных версий;

• невозможность доминирования какой-либо из версий.

В рамках своей статьи «Преступления в сфере спорта» В.А. Бондарев формулирует понятие «версии» как предположения, базирующегося на информации, полученной в ходе следственных и оперативно-розыскных мероприятий. Подтверждение версии и признание ее истинной происходит лишь при наличии всей совокупности доказательств. В ситуациях, когда расследование преступлений в сфере спорта затягивается, возможны различные пути решения. В частности, следователю может потребоваться вернуться к ранее собранным материалам для их повторного, всестороннего анализа. В процессе такого повторного изучения материалов уголовного дела может возникнуть необходимость в выдвижении новых версий, проверке ранее выдвинутых, а также в привлечении новых лиц к участию в уголовном процессе.

Порядок и объем проведения следственных действий могут варьироваться и изменяться в зависимости от состава преступления, совершенного в

сфере спорта, и конкретной следственной ситуации. Данные обстоятельства требуют более углубленного изучения, с учетом тактических особенностей производства отдельных следственных действий при предварительном расследовании, поскольку их учет имеет не только практическую, но и научную ценность.

В заключение следует отметить, что анализ наиболее типичных составов преступлений, совершаемых в сфере спорта, и субъектов, их совершающих, существенно повышает эффективность расследования данного вида преступлений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алексеев, С. В. Правовые основы профессиональной деятельности в спорте : учебник / С. В. Алексеев. – Изд. 2-е, испр. и доп. – Москва : Спорт, 2017. – 668 с.

2. Бондарев, В.А. Преступления в сфере спорта / В.А. Бондарев, Р.Д. Жмурко / Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2019. – № 11–1. – С. 196–199.

3. Рожнова К. Ю. Детерминанты возникновения преступности в области спорта / Вестник Пензенского государственного университета / Рожнова К.Ю. / Пенза: Пензенский государственный университет, 2021. – № 2 (34). – С. 20–25.

АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Медведев С.В.

Правовое агентство Медведевых (Новосибирск)

Что мы имеем в стандартном наборе предупреждения преступности в профессиональной сфере и что делает этот механизм рабочим?

1. Внешние контроль и надзор, то есть меры, принимаемые государством и регуляторами для контроля профессиональных сообществ, включающие лицензирование, аккредитацию, антикоррупционную экспертизу, ужесточение ответственности в виде применения специальных санкций, таких как лишение права занимать определенные должности или заниматься конкретной деятельностью.

2. Меры внутри организации (сообщества), направленные на создание среды, где совершить преступление технически сложно и психологически неприемлемо.

Каждое из этих направлений так или иначе даёт результат, актуализируется и совершенствуется.

Сегодня большое внимание уделяется вопросам подготовки профессиональных кадров, в каждой уважающей себя корпорации есть кодекс профессиональной этики, ведется региональный криминологический мониторинг и диагностика.

Можно даже говорить о развитии культуры противодействия преступности как системе правовых, этических и социальных норм.

Парадоксально, учитывая официальную статистику преступности, но действующие механизмы профилактики так или иначе выполняют свои задачи. Во многом благодаря ценностно-ориентированному подходу, без которого невозможно достичь цели неприемлемости совершения преступления.

Этот подход реализуется через обеспечение профессиональной надежности, а также в аксиологии эмоций и идеологии.

В основе аксиологии профессиональной деятельности – перемещение фокуса внимания с практических, то есть во многом формальных, навыков на ценностное отношение к профессии, самоактуализацию, гуманизм и профессиональный долг, с акцентом на ценностях, смыслах и мотивационных ориентирах, определяющих поведение специалиста.

Важнейшей целью профилактики профессиональной преступности является превращение психологической неприемлемости совершения преступления в состояние внутреннего морально-этического барьера, основанного на убеждениях, ценностях и социальных нормах личности. Досягаемость этой цели видится в комплекте личностных качеств, при котором профессионал не совершает преступление не только из-за страха перед тюрьмой.

В сферах «помогающих» профессий (учителя, врачи, да и большая часть чиновников) ценностное отношение к человеку является фундаментом компетенции. Это обусловливает необходимость перейти от формальной оценки поведения специалиста, основанного на критерии эффективности, к оценке по критерию «блага» и соответствия культурным нормам.

Поиск причин противоправного поведения, их устранение или минимизация невозможен без понимания мотивации и ценностной ориентации, лежащей в ее основе.

С учетом этих факторов профилактика получает возможность наполниться содержанием и смыслом относительно взаимодействия с конкретной личностью в ее полноте, устойчивости или слабости.

Аксиологический подход позволяет разглядеть интернализацию ценностей. Ведь серьезный профессионал оценивает свою работу через призму чувств и внутренних ценностей, через конкуренцию духовного и рационального. В прикладном смысле ценностная ориентация помогает выявить признаки «навязанности» профессии и непринятия блага как цели профессио-

нальной деятельности, то есть факторы, повышающие риск нарушения специалистом правил (закона).

Не зря говорят, что жизнь обретает смысл через следование принципам, выходящим за рамки утилитарного расчета. Стали популярными рассуждения о конкуренция между духовным и рациональным в контексте широкого распространения, продвижения цифровых технологий, искусственного интеллекта. Часто выводы не в пользу последнего.

Небесспорная позиция.

В природе правоотношений, основанных на соблюдении особых правил и процедур, конфликт заложен изначально, будь то муниципальная служба или врачебная деятельность. Значительная часть преступлений совершается медицинскими работниками из благих намерений. Например, врач в поиске кратчайшего и эффективного пути в лечении допускает отхождение от протокола, применяя классический, но устаревший метод, и при условии негативного результата всё это в итоге приводит, с точки зрения нормативного регулирования, к банальной врачебной ошибке.

Поэтому разумная алгоритмизация только на руку дисциплинированному исполнителю, а искусственный интеллект – в помощь. В этом контексте уместно рассматривать «цифру» как действенный инструмент борьбы с правовым нигилизмом и даже дилетантизмом.

Но профессиональная надежность специалиста не исчерпывается только этим. Идеальное представление о личности следователя, например, заложено в кодекс этики и служебного поведения федеральных государственных служащих следственного комитета. Мы видим совокупность характеристик, отражающих ценностный эталон соблюдения моральных и правовых норм, служения во благо других, морально-психологической и коррупционной устойчивости. То, что собственно и раскрывает аксиологию службы.

Вряд ли можно спорить с тем, что профессиональная деятельность, основанная на позитивных эмоциональных ценностях, таких как гуманизм, эмпатия, способствует более высокой эффективности и личностному росту. Эмоциональный труд помимо обязанности выполнять задачи транслирует определенные чувства, как то доброжелательность, уверенность. Всё это в итоге обеспечивает высокий уровень эмоционального интеллекта и формирует профессиональную идентичность.Совпадение ценности профессии «человек-человек» с эмоциональным миром личности во многом определяют мотивацию и смыслы действий руководителя, исполнителя и, как следствие, их правильность.

Проблема современного социума заключена в трансформации иерархии ценностей под влиянием «цифры» и, как следствие, в алгоритмической манипуляции, виртуализации общества, когда делается ставка на «экономику впечатлений», а эмоции замещают объективность.

Бороться с этим негативом возможно только преодолением потребительских тенденций, регулированием цифровых алгоритмов, восстановлением баланса между рациональностью и человечностью.

Предмет профессиональной деятельности напрямую отсылает к обществу и государству. И если мировоззрение – неотъемлемая характеристика человека, то государство не может обойтись без идеологии, отражающей мировоззрение и влияющей на духовное развитие личности. В любом контексте идеология ценностно ориентирована, даже если общество страдает от ее чрезмерной многоформатности.

Особо значимой задачей в современных условиях цивилизационного кризиса становится преодоление идеологической инертности и размежевание с враждебными российскому обществу течениями.

Профилактика преступности в профессиональной сфере является важнейшей социальной задачей, способствующей возвращению культуры долга в качестве ценностного ориентира.

Интерпретируя мысли классиков (О. Платонова, С. Булгакова, И. Ильина, В. Соловьева), следует сказать о необходимости духовного осмысления частной собственности и труда, помнить о русском национальном характере в экономике и идеалах русской хозяйственной этики – о хозяйстве, как о творческом акте, разумном самоограничении, обязательности честной работы для каждого человека, милосердии и благотворительности, честности и ответственности, понимании труда не как тяжкой повинности, а как одного из важнейших способов самореализации, христианской морали и справедливости.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СФЕРЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ И ВЫБОРЕ ЭКСПЕРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Морозова Н.А.

ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации имени А.Я. Сухарева» (Новосибирск)

Следственная и судебная практика имеет много примеров разных подходов к применению схожих ситуаций. В соответствии с разъяснениями Верховного Суда Российской Федерации реальность опасности услуг для жиз-

ни и здоровья является условием уголовной ответственности не только по ч. 1 ст. 238, но и иных квалифицирующих признаков ч. 2 ст. 238 УК РФ. Опасность услуги признается реальной, если ее оказание в обычных условиях могло привести к тяжким последствиям. Под тяжкими последствиями подразумевается причинение тяжкого вреда здоровью или смерть потерпевшего [1].

При необходимости специальных знаний для установления характера опасности услуг суд основывает свои выводы на заключениях специалистов или экспертов.

Однако при формировании судебной и следственной практики нет разграничений по сферам знаний, к которым обращается следователь и суд при решении вопроса о квалификации деяния.

Так, приговором Люберецкого городского суда признан виновным Касаткин Е.Б. Правовая оценка его действий дана по п. «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ [2]. Суть обвинения состояла в том, что Касаткин, не обладая специальными детскими удерживающими устройствами, соответствующими росту и весу малолетних детей, перевозил их за плату в своем автомобиле. В ходе движения допустил столкновение с другим транспортным средством. В результате столкновения малолетнему пассажиру и его матери причинены телесные повреждения в виде ушиба мягких тканей головы, которые не расцениваются как вред здоровью. При окончательной правовой оценке деяния суд использовал специальные знания судебно-медицинских экспертов, которым был поставлен вопрос только о степени тяжести причиненного вреда здоровью. Вывод о реальной опасности причинения тяжкого вреда здоровью либо смерти сделан на основе факта причинения телесных повреждений, не повлекших таких последствий.

Волосовским районным судом Ленинградской области рассмотрено уголовное дело в отношении Натёкиной И.А. по обвинению в совершении преступления, предусмотренного п. «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ [3]. Натёкина И.А. признана виновной в том, что организовала платное посещение «контактного зоопарка» с нарушением правил техники безопасности и производственной санитарии для зоопарков (зоосадов), не обеспечив условия бесконтактного осмотра, в т.ч. оборудование ограждений, препятствующих выходу животных из замкнутого пространства, проникновению в вольеры с дикими животными посетителей, не знакомила посетителей с правилами нахождения в зоопарке, не оборудовала зоопарк информационными табличками. В результате указанных действий малолетняя потерпевшая вплотную подошла к вольеру с волкособами, просунула руку в вольер и получила несколько укусов руки. Ряд телесных повреждений в виде рваных ран (14) судебно-

медицинским экспертом расценены как легкий вред здоровью. 1 повреждение в виде перелома фаланги пальца расценена как вред здоровью средней тяжести.

В основу приговора суд положил заявление законного представителя малолетней потерпевшей, показания свидетелей, протокол осмотра места происшествия, вещественные доказательства, заключение судебно-медицинского эксперта, установившего степень тяжести вреда здоровью, документы, подтверждающие возврат малолетней потерпевшей, документы, подтверждающие статус обвиняемой.

Реальность опасности оказываемых услуг судом установлена из факта опасности для человека диких животных в случае непосредственного контакта с ними, а также получение потерпевшей телесных повреждений от укуса одним из диких животных зоопарка по причине, в том числе, отсутствия перед вольером из сетки дополнительного ограждения, препятствующего доступу посетителей к животным. Вывода о характере опасности (в т.ч. о степени тяжести возможных последствий) в приведенных судом доказательств нет.

Центральным районным судом г. Симферополя Республики Крым рассмотрено уголовное дело в отношении М. по обвинению в совершении преступления, предусмотренного п. «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ [4]. Суть обвинения заключалась в том, что М., работающий контролером-посадчиком аттракционов, допустил использование одним из аттракционов (батутом) малолетнему посетителю, не обеспечив дальнейшего контроля безопасности его использования. В процессе развлечения в игровой зоне надувного батута потерпевший упал лицом на оградительную сетку с повреждением 4-х зубов, что повлекло легкий вред здоровью.

Органами предварительного следствия в качестве доказательств обвинения представлено заявление законного представителя малолетнего потерпевшего, показания свидетелей, специалиста, протокол осмотра места происшествия, заключение судебно-медицинского эксперта, справка специалиста.

В соответствии с показаниями специалиста со ссылкой по требования ГОСТ батутный комплекс «Пассифик-3» относится к классу безопасности RB 3 – степень биомеханического риска воздействий на организм человека, согласно которой и определяется сама опасность. То есть необходимо учитывать, что данный аттракцион несет **определенный риск и опасность для жизни и здоровья людей** (***выделено авт.***), эксплуатирующих аттракцион. Класс опасности, в том числе у батутов «Пасифик-3» определяется экспертным заключением и прописан в паспорте аттракциона или в акте техниче-

ского состояния. Заключением судебно-медицинского эксперта определена степень тяжести причиненного вреда здоровью как легкий.

Вопрос об опасности причинения тяжкого вреда здоровью либо смерти на разрешение судебно-медицинского эксперта и специалиста не ставился.

Таврическим районным судом Омской области рассмотрено уголовное дело в отношении Чичерина В.В. и Зенкова А.Н. по обвинению в совершении преступления, предусмотренного п. «а» ч. 2 ст. 238 УК РФ [5]. Деяние, совершенное Чичериным и Зенковым заключалось в том, что они организовали обучение, подготовку и десантирование с парашютом 26 граждан (в том числе начинающих) за денежное вознаграждение. Опасность услуги заключалась в том, что в парашюты были внесены конструктивные изменения, не предусмотренные заводом-изготовителем, их техническое состояние не соответствует требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, а также нарушен допустимый срок их эксплуатации (более 20 лет). При расследовании уголовного дела следственные органы столкнулись с проблемой определения сферы специальных знаний и определением учреждения, обладающего такими специфичными знаниями, как устройство парашютов. На сегодняшний день в России имеется 9 организаций, занимающихся изготовлением парашютов. В период расследования уголовного дела предприятий было кратно меньше. В результате экспертизу использованных парашютов проводил завод-изготовитель, как наиболее сведущий в конструкции именно этого типа парашюта.

В заключении экспертов указано, техническое состояние представленных на экспертизу парашютных систем не соответствует требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей. На всех представленных на экспертизу парашютных системах имеются конструктивные изменения, нарушен допустимый срок эксплуатации (более 20 лет). Характер и степень опасности не указаны.

Приведенные выше примеры следственной и судебной практики показывают, что характер опасности причинения тяжкого вреда здоровью или смерти могут оказаться без правовой оценки. Причем в ряде случаев неясно, кто именно может дать такую оценку.

Специалистами в области медицины являются судебно-медицинские эксперты. В соответствии с Порядком определения степени тяжести вреда экспертиза проводится по причиненному вреду здоровью человека путем изучения представленных объектов [6]. Пунктом 6 приказа Министерства здравоохранения РФ от 25.09.2023 № 491н объектами экспертизы являются живые лица; трупы людей (далее – трупы) и их части; вещественные доказательства и объекты биологического и иного происхождения, включая об-

разцы для сравнительного исследования; материалы дела; документы, в том числе медицинские, представленные органом или лицом, назначившим экспертизу, и содержащие сведения, необходимые для проведения экспертизы; иные объекты исследований и материалы, представленные органом или лицом, назначившим экспертизу, для проведения экспертизы [7]. Таким образом, проведение судебно-медицинской экспертизы характера опасности вреда жизни и здоровью человека находится вне правовой регламентации и, возможно, будет основано на предположениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» //

2. Архив Люберецкого городского суда // https://luberetzy--mo.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=1145117163&case_uid=d585fdef-e534-49c5-9fac-4b6598891fd3&delo_id=1540006 – дата обращения 24.03.2026.

3. Архив Волосовского районного суда Ленинградской области // https://volosov--lo.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=282562534&case_uid=90cf205b-ce8a-4f71-8654-23f7a46420c6&delo_id=1540006 – дата обращения 24.03.2026.

4. Архив Центрального районного суда г. Симферополя // https://centr-simph--krm.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=202513890&case_uid=c37dbdb9-06b0-41d2-b843-1f7043f98c6f&delo_id=1540006 – дата обращения 24.03.2026.

5. Архив Таврического районного суда Омской области // https://tavrichcourt--oms.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=251826183&case_uid=9c43cba6-3e3c-42db-b8ea-5f05d6e52e79&delo_id=1540006 – дата обращения 24.03.2026.

6. Приказ Минздрава России от 08 апреля 2025 г. №172н «Об утверждении Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412007356/ – дата обращения 24.03.2026.

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.09.2023 № 491Н «Об утверждении порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» // https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=458641 – дата обращения 24.03.2026.

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК КАК СУБЪЕКТ УГОЛОВНОГО ПРАВА

Розумань И.В.

Сибирский институт управления – филиала РАНХиГС при Президенте РФ (Новосибирск)

Проблема эффективного функционирования системы здравоохранения уже многие годы остаётся актуальной. Уголовным законом обеспечивается охрана прав и интересов граждан в сфере здравоохранения. В связи с этим представляется целесообразным обозначить круг уголовно-правовых деяний, предусматривающих медицинских работников как субъектов преступления.

Под медицинским работником понимаются врачи, средний медицинский персонал и младший медицинский персонал, поэтому и ответственность в сфере профессиональной деятельности дифференцирована в зависимости от профессионального уровня медицинского работника.

В первую очередь, надо выделить такие составы преступлений, в которых причинение вреда связано с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей, субъектами которых являются врачи и средний медицинский персонал. К таким преступлениям, прежде всего, относят: ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности», ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности», ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией», ст. 124 «Неоказание помощи больному».

Применительно к данным составам преступлений «под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей виновным понимается поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, предъявляемым к лицу... регламентирующих поведение лица в той или иной профессиональной сфере»[1]. Обязательным условием привлечения к ответственности по данным составам является наличие неосторожной формы вины. Указанные составы сконструированы как материальные и для оконченности состава требуется наступление последствий в виде вреда здоровью или смерти человека и наличие причинной связи между деянием и последствиями.

Младший медицинский персонал так же может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности» или ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» в случае ненадлежащего исполнения обязанностей по уходу за пациентом.

В следующую группу входят преступления, совершаемые медработниками с умышленной формой вины, также при ненадлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей, которое образует суть самого общественно опасного деяния объективной стороны состава преступления, и тут

можно выделить, и помимо озвученных ранее, ст. 123 «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности», ст. 128 «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях», ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни», ст. 153 «Подмена ребенка», ст. 154 «Незаконное усыновление (удочерение)», ст. 155 «Разглашение тайны усыновления (удочерения)», ст. 156 «Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего», ст. 230.1 «Склонение спортсмена к использованию субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте», ст. 230.2 «Использование в отношении спортсмена субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте», ст. 234 «Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта», ст. 233 «Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ», ст. 235 «Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью», ст. 229 «Хищение либо вымогательство наркотических средств….».

Так, например, по ст.ст. 153, 154, 155, 156 субъектами могу выступать медицинский персонал (врачи и медицинские сестры) в родильных домах и детских медицинских учреждениях, в школах – интернатах и воспитательных учреждений для трудных подростков. Если, например, действия по подмене ребенка совершаются должностным лицом, заведующим родильным отделением, то они квалифицируются по совокупности ст.ст. 153 и ст. 286 УК РФ. Если замена произошла по неосторожности, то действия в таком случае квалифицируются по ст. 293 «Халатность». Когда живорождённого ребенка объявляют умершим при рождении, и отнимают у родителей, передав третьим лицам, указанные действия образуют состав ст. 126 «Похищение человека». Случаи незаконного усыновления, являющиеся скрытой формой торговли несовершеннолетними, и охватываются совокупностью статей 127.1 «Торговля людьми» и ст. 154 «Незаконное усыновление (удочерение)».

Субъектами преступлений, связанных со склонением спортсменов к приему допинга и использованию его относятся в частности, специалисты по спортивной медицине – врачи по лечебной физкультуре и спортивной медицине (врач врачебно-физкультурного диспансера), медицинские сестры.

В указанной группе преступлений составы не только материальные, но и формальные – ответственность наступает при совершении конкретного деяния, входящего в объективную сторону состава. Последствия не являются необходимым элементом объективной стороны, например, распространение сведений составляющих тайну частной жизни окончено с момента доведения третьим лицам, сведений о незаконном усыновлении, а при незаконном усыновлении – окончено с момента действий направленных на незаконную передачу детей под опеку или усыновление.

Кроме того в Уголовном кодексе предусмотрена ответственность за преступления, связанные с посягательством на жизнь и здоровье человека, криминализацией которых послужил прогресс медицинских технологий в области трансплантологии, где так же вероятно медицинский работник будет выступать в качестве субъекта преступления. Это ч.2 ст. 105 «Убийство», ст. 111 «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью», ст. 112 «Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью», ст. 120 «Принуждение к изъятию органов и тканей для трансплантации». В контексте сказанного, уместно вспомнить резонансное «Дело трансплантологов», имевшее большой резонанс в начале 2000-х, когда врачи нарушали все нормы права и морали.

Некоторые рассматриваемые преступления совершаются путем использования лицом своего служебного положения, это такие как:

ч.2 ст. 128 «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях»,

ч.2 ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни»,

ч. 2 ст. 229 «Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества».

Пленум Верховного Суда в по данному способу разъяснил, что под использующим свое служебное положение лицом (пункт «в» части 2 статьи 229 УК РФ) следует понимать как должностное лицо, так и лицо, выполнение трудовых функций которого связано с работой с наркотическими средствами или психотропными веществами, а также растениями, содержащими наркотические средства или психотропные вещества, либо их частями, содержащими наркотические средства или психотропные вещества. Например, при изготовлении лекарственных препаратов таким лицом может являться провизор, лаборант, при отпуске и применении – работник аптеки, врач, медицинская сестра, при их охране – охранник, экспедитор. [2]

А вот применительно, к составу мошенничества, когда речь идет о лицах, использующих свое служебное положение при совершении мошенничества…, понимаются – должностные лица, обладающие признаками, предусмотренными примечанием 1 к ст. 285 УК РФ, государственных или муниципальных служащих, не являющихся должностными лицами, а также иных лиц, отвечающих требованиям, предусмотренным примечанием 1 к ст. 201 УК РФ».[3]

И теперь нельзя не упомянуть о должностных преступлениях медицинских работников, к которым можно выделить ст. 285 «Злоупотребление должностными полномочиями», ст. 286 «Превышение должностным полномочий», а так же ст. 290 «Получение взятки», ст. 292 «Служебный подлог», ст. 293 «Халатность».

Таким образом, можно сделать вывод, что ответственность медицинских работников как субъекта уголовного права – врачей, среднего медицинского персонала и младшего медицинского персонала, достаточно разработана в уголовном законодательстве РФ, что позволяет осуществлять дифференцированные подход привлечения к уголовной ответственности и обеспечивать защиту прав и законных интересов граждан при оказании медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации N 3 (2015)» (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 25.11.2015) (ред. от 28.03.2018)// [Электронный ресурс] //Гарант, Информационно правовой портал (дата обращения 09.03.2026).

2. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2006 N 14 (ред. от 16.05.2017) «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами») // [Электронный ресурс] //Гарант, Информационно правовой портал (дата обращения 09.03.2026).

3. «О судебной практике по делам о мошенничестве, присвоении и растрате»: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 30.11.2017 N 48 (ред. от 15.12.2022) // [Электронный ресурс] //Гарант, Информационно правовой портал (дата обращения 09.03.2026).

НЕОПРЕДЕЛЁННОСТЬ ПРАВОВЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ФИНАНСОВОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ОХРАНЯЕМЫМ УГОЛОВНЫМ ЗАКОНОМ ИНТЕРЕСАМ

Стукалин В.Б.[1], Васильев И.В.[2],

[1]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ» (Новосибирск)

[2]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

Ни у кого не вызывает сомнений, что здоровье населения является одним из важнейших факторов, определяющих национальную безопасность нашего государства, и это положение находит своё отражение в Указах Пре-

зидента РФ «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Не стало исключением и последний Указ Президента [1], в п. 72 которого говорится: «Угрозами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются возникновение эпидемий и пандемий, массовое распространение таких заболеваний, как онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринологические, ВИЧ-инфекции, туберкулез[2], наркомания и алкоголизм, увеличение случаев травм и отравлений, доступность психоактивных и психотропных веществ для незаконного потребления». В п. 73 данного документа говорится, что «факторами, негативно влияющими на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан, являются недостатки …» в том числе «…в части, касающейся обеспечения доступности медицинской помощи и реализации гарантий её оказания населению, несовершенство действующей системы медицинского страхования, … не полностью сформированная нормативно-правовая база в указанной сфере». На отдельных аспектах указанных факторов и хотелось бы остановиться в рамках данной статьи.

В частности, хотелось бы рассмотреть вопросы оказания такой медицинской услуги, как лечение туберкулёза в рамках медицинской специальности «фтизиатрия», поскольку правовые подходы к регулированию некоторых из них можно определить как проблемные, а иногда и приводящие к трактовки действий медицинских работников как преступных деяний.

Одним из таких вопросов является финансирование лечения туберкулёза. По общему правилу лечение большинства заболеваний осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования, что определяется «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования» № 31-2/115/00-10-26-2-06/965) от 28.01.2025 г. [2]. В тоже время, в параграфе 2 «Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ», раздела «Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ)» отмечается, что оплата за счёт средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях осуществляется во всех страховых случаях, за исключением: «… социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путём, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулёз, психические расстройства и расстройства поведения) …». То есть оплата лечение ряда заболеваний финансируется из бюджетных средств.

[2] Выделено авторами.

Это заболевания, объединённые в группы «социально значимые заболевания» и «заболевания, представляющие опасность для окружающих» [3]. И к той и другой группе относят туберкулёз.

Ещё одним аспектом, требующим пояснения, является содержание понятия «законченный случай лечения в стационаре», который можно определить как совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтверждённого первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента). Такое определение давалось в утратившем силу письме Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 (с изм. от 11.11.2013) «О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» [4]. В действующих Методических рекомендациях от 28.01.2025 года данное определение отсутствует, но в тексте продолжает использоваться. Это определение имеет существенное значение для определения момента окончания перечисления денежных средств лечебному учреждению за произведённое лечение. Если при оплате заболевания, требующего длительного лечения, из средств ОМС проблем с этим не возникает, то при лечении туберкулёза из средств бюджета возникают определённые проблемы.

Лечение туберкулеза является длительным лечением и может продолжаться на протяжении более года, включающее в себя интенсивную фазу (от 6 месяцев до 24 месяцев) и фазу продолжения до 18 месяцев (клин. рекомендации). Сегодня врачи по-разному определяют законченный случай лечения туберкулёза:

1. По эпидемическим аспектам – окончание бактериовыделения – по микроскопии (чаще через 3 месяца), по посевам – более 3 месяцев. Законченный случай – 3 месяца.

2. Клинико-рентгенологическим – п.1 + закрытие полостей распада – более 6 месяцев, т.е. не менее 9 месяцев.

3. По фазам терапии – интенсивная фаза, фаза продолжения – от 6 до 32 месяцев.

4. По выздоровлению, т.е. снятие с диспансерного учёта – более 3 лет.

Исходя из этого можно сделать вывод, что, в большинстве случаев, лечение туберкулёза длится более одного текущего финансового года, под которым в соответствии со ст. 6 Бюджетного кодекса РФ понимается «год, в котором осуществляется исполнение бюджета, составление и рассмотрение проекта бюджета на очередной финансовый год» [5], и который в соответствии с п.1 ст.5 данного закона «…вступает в силу с 1 января и действует по 31 декабря финансового года …».

Формирование государственного задания государственному учреждению (в т.ч. лечебному) и заключение с ним Соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета на его выполнение также осуществляется ежегодно на текущий финансовый год. В отношении разрешения вопроса о финансировании обязательств по исполнению государственного задания, возникших в отчётном году, в случаях необходимости их завершения в следующем финансовом году, императивных законодательных требований не установлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» / URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389271/

2. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 28 января 2025 г. №№ 31-2/115/00-10-26-2-06/965) / URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411286607/

3. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. 13.06.2012 г.) / URL: https://ivo.garant.ru/#/document/12137881/paragraph/1:0

4. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 (с изм. от 11.11.2013) «О направлении рекомендаций Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» (утратило силу) / URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70207014/

5. Бюджетный кодекс РФ от 31.07.1998 № 145-ФЗ (ред. от 28.12.2025).

СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ В ПРАВОВОЙ ОЦЕНКЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ПОСЯГАЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ

Шимкин В.Н.

ФГБОУ ВО Северо-Кавказская государственная академия (Черкесск)

Одной из насущных задач, стоящих перед уголовно-правовой наукой, является разработка эффективных механизмов защиты здоровья граждан.

Учитывая, что здоровье представляет собой фундаментальную ценность и неотъемлемое благо каждого индивида, уголовно-правовая защита здоровья становится необходимым инструментом для обеспечения конституционного права граждан на охрану здоровья и личную неприкосновенность. Разнообразие подходов к классификации преступлений, посягающих на здоровье, исключает существование единой, общепринятой системы. Это обусловлено тем, что в основу классификации закладываются различные критерии, включающие не только специфику объекта посягательства, но и особенности законодательной техники, способ совершения деяния, форму вины, мотивы, характеристики субъекта, тяжесть последствий, наказуемость и другие составляющие. Обычно, когда говорят о преступлениях, связанных со здоровьем, их делят на две основные категории: это либо преступления, которые непосредственно вредят здоровью, либо те, которые могут поставить под угрозу жизнь или здоровье человека. Но стоит иметь в виду, что разные ученые по-разному распределяют конкретные виды преступлений по этим двум группам. Общепризнанная система категоризации преступлений, направленных против здоровья, не сформирована. Это объясняется тем, что в основу такой систематизации закладываются многочисленные и разнородные параметры. К ним относятся не только тонкости объекта преступного посягательства, но и особенности юридической формулировки составов, метод совершения деяния, характер вины, побудительные мотивы, характеристики лица, совершившего преступление, степень вреда, а также мера ответственности и прочие элементы [1]. Несмотря на то, что преступления, направленные на причинение вреда здоровью, занимают относительно небольшую долю в общем объеме современной преступности, их влияние на жизнь и благополучие индивида является весьма существенным и деструктивным.

Преступления, наносящие вред здоровью, стали настолько серьезной проблемой, что требуют пристального внимания. Это означает, что нам нужно не только улучшить законодательство, определяющее, как проводить первые проверки по таким случаям, но и сделать так, чтобы наша работа по уголовным делам была более качественной и приносила лучшие результаты.

Ключевым аспектом успешного раскрытия преступлений является тесное взаимодействие между сотрудниками, ведущими предварительное расследование, и прочими подразделениями органов внутренних дел. Цель такого партнерства – обогатить уголовно-процессуальный процесс дополнительными инструментами и ресурсами, которые оказывают неоценимую помощь в расследовании. При этом, как подчеркивает Конституция РФ, наивысшими благами, подлежащими защите, являются жизнь и здоровье граждан [2]. Принимая во внимание, что здоровье представляет собой благо, мы предлагаем рассматривать вред здоровью не как непосредственное повреждение или болезнь, как это традиционно трактуется в правилах. Вместо этого, вред здоровью целесообразно определять как неблагоприятное изменение в самочувствии или функционировании организма потерпевшего, которое возникает как результат причиненного ему повреждения или перенесенного им заболевания. Ключевым аспектом для квалификации преступления, наряду с прочими данными, является точное определение масштаба и характера патологических изменений, произошедших в организме потерпевшего вследствие преступного деяния. Помимо прочих факторов, критически важным для квалификации преступления является установление точной степени неблагоприятных (патологических) изменений, Опираясь на данное утверждение, и в противовес существующему в Правилах, оспариваемому юристами определению термина «вред здоровью», предлагается, в соответствии с нормами российского законодательства, следующее современное судебно-медицинское толкование: «вред здоровью» представляет собой любое неблагоприятное изменение в состоянии здоровья, являющееся следствием травмы, болезни или критического состояния, переживаемого индивидом[3].Чтобы понять, насколько серьёзно пострадало здоровье человека, нужно руководствоваться специальным документом. Это Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». С 1 сентября 2025 года вступил в силу Приказ Минздрава №172н от 8.04.2025, который устанавливает новый порядок определения степени тяжести вреда здоровью. Документ пришёл на смену устаревшим приказам 2008 и 2012 годов, которое содержит чёткие правила. Именно по этим правилам врачи-эксперты во время судебно-медицинской экспертизы и определяют, какой степени тяжести вред был нанесён. Причинение вреда здоровью означает, что внешние воздействия – будь то физические, химические, биологические или психические – приводят к повреждению или нарушению нормальной работы органов и тканей человека. То, насколько сильно пострадало здоровье человека, оценивается по трем категориям: тяжкий, средней тяжести и легкий вред. Для определения категории используются спе-

циальные медицинские показатели и конкретные признаки повреждений. При рассмотрении вопросов уголовной ответственности за преступления против здоровья, особое внимание следует уделить сложности квалификации степени тяжести причиненного вреда. Наиболее дискуссионным аспектом в этой группе преступлений является установление тяжести вреда, связанного с обезображиванием внешности.

Тяжкий вред здоровью в данном случае проявляется в необратимом изменении внешности лица, когда повреждения его ключевых элементов (нос, уши, глаза, рот) приводят к формированию уродливого, отталкивающего или крайне неприглядного облика. Это состояние не поддается коррекции с помощью терапевтических вмешательств, оставляя потерпевшего с постоянными эстетическими дефектами. Морфологические изменения лицевой области, приводящие к ее обезображиванию, включают асимметрию черт, дисфункцию мимической мускулатуры, наличие обширных посттравматических или постоперационных рубцов, частичную или полную потерю анатомических структур (например, носа, ушей, губ), формирование язвенных дефектов, а также выраженные хроматические аномалии. Чтобы считать этот вид вреда здоровью тяжким, должны присутствовать два обязательных и взаимозависимых фактора: повреждение должно быть таким, что его нельзя исправить (неизгладимым), и оно должно уродовать лицо (обезображивать). То, что повреждение неизгладимо, устанавливают врачи, а то, что лицо обезображено, оценивают с точки зрения эстетики [4]. Вопрос о признании тяжкого вреда здоровью по критерию неизгладимого обезображивания лица, обусловленного поствоспалительными рубцами, сформировавшимися в результате лечебных мероприятий, направленных на коррекцию или устранение травматических повреждений, причиненных обвиняемым, остается предметом активных дискуссий. В случае, когда обезображивание лица явилось следствием добросовестного медицинского вмешательства, направленного на коррекцию повреждений, причиненных третьим лицом, и при этом действия причинителя вреда сами по себе или в совокупности не подпадают под определение анализируемого признака, уголовная ответственность для медицинского работника может быть предусмотрена исключительно за неосторожные деяния. Даже если после необходимой медицинской процедуры лицо оказывается обезображенным, это не является основанием для привлечения к уголовной ответственности за умышленное причинение тяжкого вреда. Ведь цель врача была помочь, а не навредить, и его действия не были направлены на причинение такого ущерба. Суды и следствие учитывают этот важный момент [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Казакова В. А. Проблемы квалификации преступлений против здоровья: монография. – М.: РУСАЙНС, 2018. – С. 5.

2. Сафонов А. Ю., Батыщева Е. В. Квалификация преступлений, связанных с причинением вреда здоровью (ч. 1 ст. 111 и ч. 1 ст. 118 Уголовного кодекса РФ) // Современное право. – 2018. – №11. – С. 109–113.

3. Прутовых В. В. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта при установлении степени вреда, причиненного здоровью // Российская юстиция. – 2015. – №1. – С. 61–65.

4. Уголовное право России. Общая и Особенная части: учебник / А. А. Арямов, Т. Б. Басова, Е. В. Благов и др.; отв. ред. Ю. В. Грачева, А. И. Чучаев. – М.: Контракт, 2017. – С. 167.

5. Хромов Е. В. Неизгладимое обезображивание лица как признак тяжкого вреда здоровью человеку // Уголовное право. – 2019. – №5. – С. 113–121.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Бобылева Н.Н.
ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 3

Васильев И.В.
СУБЪЕКТ ОБЪЕКТИВНЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ДОЛЖНОСТНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 9

Гаганов Д.Б.
КАТЕГОРИЯ «НЕУДОВЛЕТВОРЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ПОТРЕБИТЕЛЯ В ДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПО ВИНЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ» ВВЕДЁННАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2025 г. № 500-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» 13

Горшкова В.С.
К ВОПРОСУ О ПРОИЗВОДСТВЕ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ ПО ФАКТУ ОБНАРУЖЕНИЯ ТРУПА ЛИЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ВНЕШНИХ ПРИЗНАКОВ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ 17

Жоголь О.Н.
АВТОМАТИЗАЦИЯ СУДЕБНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА: ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ, ПРАВОВЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ И ЭТИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ 19
Кошляк Д.А.
ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В ОБЛАСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ 23

Морозова Н.А., Кулебякин И.Ю.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ В ДОКАЗЫВАНИИ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 29

Музафярова Т.П., Борцов В.А., Фомичева М.Л.
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С НАРУШЕНИЯМИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ 33

Панов А.В.
ПРАВОВЫЕ ГРАНИЦЫ ОЦЕНКИ ВРАЧОМ СОБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ: АНАЛИЗ СТАТЬИ 27 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323-ФЗ 36

Савченко С.В., Дорофеев С.Б., Кормилина О.М.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ 44

Стукалин В.Б., Васильев И.В.
УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ РИСКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 48

Хмельницкая Я.В., Урманаев А.А., Ершова С.С.
ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 51

СОЦАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Букин А.В., Калиниченко А.В., Борцов В.А., Зинина А.И.
ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В РОССИИ 56

Гуринович Е.Г., Летягина В.В., Матвиенко Д.С., Пикулев А.А.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ О ПРАВОВЫХ ОСНОВАХ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 59

Лазарева В.В.
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РАБОТНИКА ПЕРЕД МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ 63

Калиниченко А.В., Евсейкина Е.Ю.
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ И КИТАЙ 66

Чернышев В.М., Мингазов И.Ф.
О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН 73

ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Баев В.В.
КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ КОРРУПЦИОННЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ 80

Васильев И.В., Калиниченко А.В.
УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ ЛАКУНЫ ЗАЩИТЫ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА ЛИЧНУЮ, СЕМЕЙНУЮ ТАЙНУ ПРИ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНЕ 84

Гаганов А.А.
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ РАБОТНИКОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ УСЛУГ 88
Гаганов Д.Б.
ПРИКАЗ № 642 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ» И НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ИСПОЛНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРАВИЛ (СТ.СТ. 109 и 118) 92

Гедиева Т.К., Шимкин В.Н.
ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ 96

Горбунов Т.Д.
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ПОСЯГАТЕЛЬСТВА ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ НЕДОБРОСОВЕСТНОМ ОКАЗАНИИ ЮРИДИЧЕСКИХ УСЛУГ 100

Копшева К.О.
УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ: ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 104

Лебедева Ю.С.
ОСОБЕННОСТИ КВАЛИФИКАЦИИ И РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПОРТИВНОЙ СФЕРЕ 108

Медведев С.В.
АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ 111

Морозова Н.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СФЕРЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ И ВЫБОРЕ ЭКСПЕРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ 114

Розумань И.В.
МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК КАК СУБЪЕКТ УГОЛОВНОГО ПРАВА 119

Стукалин В.Б., Васильев И.В.
НЕОПРЕДЕЛЁННОСТЬ ПРАВОВЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ФИНАНСОВОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ОХРАНЯЕМЫМ УГОЛОВНЫМ ЗАКОНОМ ИНТЕРЕСАМ 122

Шимкин В.Н.
СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ В ПРАВОВОЙ ОЦЕНКЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ПОСЯГАЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ. 126

Научное издание

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ
VI Всероссийские медико-правовые чтения
(24 апреля 2026 года)

ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ
Всероссийская научно-практическая конференция
(25 марта 2026 года)

Сборник материалов

АВТОРСКАЯ РЕДАКЦИЯ

Компьютерная верстка: *О. В. Пустынникова*

Подписано в печать 29.08.2026. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 7,91. Тираж 60 экз. Изд. № 1с.

Оригинал-макет изготовлен и отпечатан в типографии НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
E-mail: typographyngmu@inbox.ru
Тел.: (383) 225-24-29.