Санкт-Петербургский государственный университет

***Мовшина Ирина Анатольевна***

**Выпускная квалификационная работа**

***Ненадлежащее оказание медицинской помощи***

***в акушерстве и гинекологии***

Уровень образования: магистратура

Направление 40.04.01 «Юриспруденция»

Основная образовательная программа

«ВМ.5700.2021 Медицинское и фармацевтическое право»

Научный руководитель:

Профессор кафедры

организации здравоохранения и

медицинского права, к.ю.н., д.м.н.

Акулин Игорь Михайлович

Рецензент:

Лежнев Олег Константинович,

Акционерное общество «Страховое

общество газовой промышленности»

Санкт-Петербург

2023

**СОДЕРЖАНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ**…………………………………………………………………...…..3

**ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В РОССИИ**...........................................6

* 1. Общая характеристика законодательства в области акушерства и гинекологии………………………………………………………….……..6
  2. Анализ законодательства, регулирующего деятельность и профессиональную подготовку врача акушер-гинеколога……………..18

**ГЛАВА II. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**.......…………………………………23

2.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в акушерстве и гинекологии…………………………………………………….23

2.2.Особенности гражданско-правовой ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи в акушерстве и гинекологии…………………30

**ГЛАВА III. УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**………………………...42

3.1. Отличительные особенности врачебной ошибки и ятрогении в акушерстве и гинекологии…………………………………………………………………….42

3.2.Проблемы привлечения врачей акушер-гинекологов к уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи……….....46

3.3. Особенности расследования преступлений в области акушерства и гинекологии……………………………………………………………………....55

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**………………………………………………………………...62

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**…………………………65

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы исследования.** К важнейшим объектам правовой защиты относится система общественных отношений, обеспечивающих сохранение жизни и здоровья человека. Под особую охрану и государственное поощрение подпадает материнство. В докладе учреждений Организации Объединенных Наций «Тенденции материнской смертности с 2000 по 2020 год» отмечается, что за последние годы ситуация в области охраны здоровья женщин ухудшилась, это обуславливается повышением или сохранением показателей материнской смертности почти во всех регионах мира[[1]](#footnote-1). Наиболее распространенными причинами материнской смертности являются тяжелые кровотечения, высокое артериальное давление и осложнения в результате ненадлежащего проведения искусственного прерывания беременности. Эти причины можно нейтрализовать с помощью проведения надлежащих медицинских мероприятий в сфере акушерства и гинекологии, они чаще всего поддаются ранней профилактике, диагностике и лечению при условии оказания качественной и своевременной медицинской помощи женщине.

Помимо негативного влияния на жизнь и здоровье пациентки, ненадлежащее оказание медицинской помощи также сказывается на демографических показателях и значительно снижает уровень доверия граждан медицинским работникам. Судебные разбирательства с участием врачей зачастую имеют широкий общественный резонанс ввиду специфики их деятельности. В связи с чем, необходимо установление четкого правового регулирования стандартов, порядков оказания медицинской помощи беременной женщине, разграничения норм юридической ответственности за допущенные дефекты.

**Объектом исследования** являются общественные отношения, возникающие между пациентами и медицинскими работниками в сфере акушер-гинекологической практики при оказании медицинской помощи ненадлежащего качества.

**Предмет исследования** – это нормативно-правовые акты, регулирующие оказание медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, научная литература, правоприменительная практика судов.

**Цель данной работы** состоит в определении правовых проблем, связанных с оказанием медпомощи в акушерстве и гинекологии, на основе доктрины, нормативно-правовой базы и правоприменительной практики.

Достижение указанной цели представляется возможным при решении следующих **задач**:

1. характеристика и анализ действующего российского законодательства в области акушерства и гинекологии;
2. анализ законодательства, регулирующего деятельность и профессиональную подготовку врача акушер-гинеколога;
3. определение самых распространенных дефектов оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, установление их причин и поиск возможных способов устранения;
4. рассмотрение основных проблем привлечения медицинских организаций к гражданско-правовой ответственности на основе примеров судебной практики;
5. выявление отличительных особенностей врачебной ошибки и ятрогении в акушерстве и гинекологии;
6. исследование особенностей расследования ятрогенных преступлений в акушерской практике;
7. анализ проблем квалификации преступлений, совершенных при оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, разграничение смежных составов преступлений.

**Характеристика основных источников и научной литературы.**

Основными источниками исследования являются нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи (Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утв. приказом Министерства здравоохранения от 20.10.2020 № 1130н и др.). В исследовании использовались примеры судебной практики по гражданским и уголовным делам в области акушерства и гинекологии. Научная литература по данной теме представлена научными статьями, диссертациями, монографиями. Правовыми проблемами, связанными с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, занимались Е.А. Матейкович, И.Ю. Бреслав, Т.Н. Петрова, И.М. Лузанова, Н.П. Кирбасова, О.Н. Бобровская и другие исследователи.

**Методы, использованные в научно-исследовательской работе:** общенаучные (синтез, сравнение) и частнонаучные (анализ норм законодательства, сравнительно-правовой метод норм законодательства, формально-юридический метод).

**Структура работы** состоит из введения, трех глав, состоящих из семи параграфов, заключения и списка использованной литературы.

**ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В РОССИИ**

* 1. **Общая характеристика законодательства в области акушерства и гинекологии**

В ч. 1 ст. 41 Конституции РФ закреплено право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь[[2]](#footnote-2). И поскольку Российская Федерация провозглашена социальным государством, политика которого основана на создании условий для достойной жизни и свободного развития человека (ст. 7 Конституции РФ), подразумевается не просто гарантированное получение медицинской помощи каждому, но и право на ее надлежащее качество.

В настоящее время в России создана развитая правовая система регулирования различных вопросов охраны и защиты материнства, что находит свое отражение в нормах семейного, трудового, гражданского права и других. В сфере здравоохранения основным нормативно-правовым актом является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где охране здоровья беременных женщин, материй и несовершеннолетних лиц посвящена 6 глава.

Как следует из ч. 2 ст. 52 Федерального закона, каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов имеет право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[[3]](#footnote-3). Также согласно ч. 6 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинская помощь во время беременности, родов, послеродового периода, проведение абортов входит в базовую программу ОМС – составную часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[[4]](#footnote-4).

Указанная программа утверждена Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. N 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов", согласно разд. II, III беременным женщинам бесплатно предоставляется: первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь[[5]](#footnote-5). Например, каждая беременная женщина в рамках базовой программы ОМС имеет право на постановку на учет и наблюдение за течением беременности в женской консультации, периодические осмотры врачом-гинекологом и другими врачами-специалистами, сдачу анализов, проведение УЗИ и КТГ- исследований и т.д.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, т.е. транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (ч. 4 ст. 35 Федерального закона № 323-ФЗ).

Кроме того, беременные женщины имеют право на оказание им услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи. Социально-правовая помощь, является одним из ключевых элементов системы охраны материнства и имеет важное значение для благоприятного протекания беременности и родов пациентки. Следует согласиться с Мызгиным А.В. и Гонежуковой Б.Р., полагающих, что взаимодействие между пациентом и медработником будет эффективнее, если врач знает правовой аспект оказания медицинской помощи данной социальной группе, также и женщинам следует знать свои права в области медицинского обслуживания при беременности[[6]](#footnote-6).

Наряду с бесплатным получением медицинской помощи беременные женщины также имеют право воспользоваться медицинскими услугами на возмездной основе. Регулирование договорных отношений между пациентом и медицинской организацией, которая оказывает медицинские услуги по профилю акушерство и гинекология, осуществляется 39 главой Гражданского кодекса РФ («Возмездное оказание услуг»)[[7]](#footnote-7). Акушер-гинекологическая помощь в рамках договорных отношений также регламентируется Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

В случае причинения вреда здоровью пациентки ввиду ненадлежащего оказания медицинской услуги, применению подлежат положения главы 59 ГК РФ, где закреплены нормы о возмещении вреда, причинённого вследствие недостатков оказанных услуг, и о компенсации морального вреда. При этом, как указано в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 N 1 "О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина" гражданин, которому причинен вред жизни или здоровью, имеет право, как на возмещение ему имущественного вреда, так и на компенсацию морального вреда при условии наличия вины его причинителя. И так как потерпевший вследствие причинения вреда его здоровью во всех случаях испытывает физические или нравственные страдания, факт причинения ему морального вреда презюмируется, в суде лишь предстоит установить размер компенсации морального вреда[[8]](#footnote-8).

Помимо Гражданского кодекса РФ, права гражданина, которому оказывается медицинская помощь, в том числе по программам обязательного и добровольного медицинского страхования, защищаются положениями Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»[[9]](#footnote-9). В ст. 14 и 15 Закона дублируются положения ГК РФ о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью пациента (потребителя) вследствие недостатков услуги, и о компенсации морального вреда соответственно.

Важнейшим правом любого пациента является право на своевременное получение необходимой и достоверной информации об исполнителе и реализуемых им услугах (ст. 8,10,12 и 14 Закона). При заключении договора на оказание медицинских услуг пациент должен быть полностью осведомлен о медицинской организации, медработнике и всех аспектах предоставляемой услуги. Правом на информацию безусловно обладают и пациенты, получающие медицинскую помощь бесплатно в рамках программы государственных гарантий. Согласно ч.1 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Медицинский работник обязан предоставить пациенту информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также предполагаемых результатах.

При наличии информированного добровольного согласия осуществляется искусственное прерывание беременности по желанию женщины при сроке до 12 недель (ст. 56 Федерального закона 323-ФЗ). В научной литературе теме аборта и статуса эмбриона посвящено множество исследований, дискуссионным вопросом является момент возникновения права на жизнь. Большинство исследователей определяют его моментом рождения ребенка, но также есть позиции о необходимости наделения плода полным объемом прав с момента зачатия[[10]](#footnote-10). В последнем случае искусственное прерывание беременности по желанию женщины будет невозможно. В российском правопорядке существование права на аборт обусловлено отсутствием у эмбриона правоспособности, возникающей у гражданина с момента его рождения[[11]](#footnote-11). Началом жизни считается момент отделения плода от матери при родах (ч. 1 ст. 53 Федерального закона 323-ФЗ).

Искусственно прерывание беременности возможно не только по инициативе пациентки, но и по медицинским показаниям, при наличии которых аборт проводится вне зависимости от срока беременности. Их перечень установлен в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»[[12]](#footnote-12) и является закрытым. Прерывание беременности по данным основаниям происходит ввиду большого риска для жизни и здоровья беременной женщины или патологий плода, несовместимых с жизнью. В 2020 году Минздравом РФ подготовлен проект приказа, в котором актуализируется перечень медицинских показаний, однако до сих пор не принят.

Кроме того, искусственное прерывание беременности осуществляется при наличии социальных показаний при сроке беременности до двадцати двух недель. Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности»[[13]](#footnote-13) определено единственное показание - это беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекс РФ[[14]](#footnote-14), а именно изнасилования.

Правом на проведение операции по искусственному прерыванию беременности обладают только врачи-акушеры-гинекологи, за незаконное проведение аборта лицо подлежит привлечению к уголовной ответственности в соответствии со ст. 123 УК РФ. Субъектом преступления является любое лицо, не имеющее медицинского образования по профилю акушерство и гинекология. При этом не является преступным деянием проведение аборта врачом-акушер-гинекологом с нарушением установленных для этого правил, например, оперирование вне специализированной медицинской организации, без необходимой оснащенности инструментами, при наличии противопоказании у пациентки, если это не повлекло последствий в виде тяжкого вреда здоровью или смерти потерпевшей. За подобные нарушения акушер-гинекологу грозит лишь дисциплинарная ответственность, а за то же деяние, совершенное лицом, не имеющим соответствующего профильного образования, – уголовная ответственность. За исключение врача-акушера-гинеколога из субъектного состава преступления исследователи часто критикуют действующую редакцию статьи 123 УК РФ, в частности К.В. Дядюн называет такой подход законодателя нецелесообразным, потому что обосновывает разные основания и пределы ответственности для виновных лиц, совершивших однородные преступные деяния[[15]](#footnote-15).

Причинение смерти или разной степени вреда здоровью акушер-гинекологом пациентке квалифицируются по общим статьям Уголовного кодекса РФ. Правовые проблемы разграничения смежных составов преступлений и привлечения врачей-акушер-гинекологов к уголовной ответственности будут подробнее исследованы в Главе 3 настоящей работы.

За нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности установлена административная ответственность, но только в части нарушения порядка получения ИДС и сроков проведения абортов[[16]](#footnote-16).

Правовое регулирование оказания акушерско-гинекологической помощи осуществляется множеством подзаконных актов, важнейшим из которых является выше уже упомянутый Приказ Минздрава РФ от 20 октября 2020 года N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», пришедший на смену Приказу Минздрава РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н. Новый Порядок не имеет глобальных различий с ранее действовавшим порядком, однако обратим внимание на некоторые важные нововведения.

Уменьшилось количество обязательных посещений врача-гинеколога при беременности, проходящей без осложнений, с семи раз до пяти. Частота обязательных осмотров врачом-стоматологом с двух до одного раза за период беременности. Необязательным стало посещение врача-оториноларинголога, также сократилось число скрининговых ультразвуковых исследований с трех до двух. С одной стороны, это направлено на упрощение жизни беременных женщин в части постоянного посещения врачей, с другой стороны, отмена обязательного третьего УЗИ в конце срока - спорное решение, так как у многих рожениц довольно часто возникают состояния, требующие обследования.

В новом Порядке скорректированы стандарты оснащения медицинских организаций и структурных подразделений. Расширение списка необходимого оборудования обязывает медицинские организации своевременно обновлять и дополнять имеющееся оборудование для соответствия лицензионным требованиям.

Одним из наиболее неоднозначных изменений является закрепление девяти форм обязательной медицинской документации, которые должны вестись медработниками. Их содержание значительно расширяется ввиду увеличения информации о беременной женщине, необходимой для заполнения. Ведение большого количества документации требует больших трудовых и временных затрат медицинских работников, отнимает время, которое могло бы быть уделено пациентам. В связи с чем, встает вопрос, так ли необходимо это увеличение медицинской документации.

Правовое регулирование применения вспомогательных репродуктивных технологий (Далее - ВРТ) закреплено в ст. 55 Федерального закона 323-ФЗ, где дается им определение, как методов лечения бесплодия, при использовании которых некоторые или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов происходят вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатное материнство). Порядок использования ВРТ установлен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению"[[17]](#footnote-17), который пришел на смену Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 г. N 107н.

П. 4 Порядка предполагает возможность подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с использованием ВРТ пациентом или его законным представителем. В соответствии с нормами гражданского и семейного законодательства законные представители имеются у несовершеннолетних, недееспособных граждан и граждан, ограниченных в дееспособности. С этической точки зрения, применение ВРТ у таких пациентов во многих случаях может вызывать вопросы.

В новом Порядке расширены показания для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и переноса криоконсервированных эмбрионов, а также скорректированы противопоказания использования ВРТ.

В п. 20 Порядка закрепляется, что базовая программа ВРТ (ЭКО), криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов осуществляются за счет территориальной программы обязательного медицинского страхования. Однако, при выполнении программы ЭКО использование донорских ооцитов, спермы, эмбрионов, преимплантационное генетическое тестирование оплачивается за счет личных средств граждан. В ранее действовавшем Порядке такого уточнения не было.

Дополнительными обязательными медицинскими документами для суррогатной матери устанавливаются справки из психоневрологического и наркологического диспансеров (п.74 Порядка). Сокращено также количество переносимых эмбрионов суррогатной матери - не более 2 эмбрионов (п.75 Порядка).

Приказами Минздрава РФ утверждено множество стандартов оказания специализированной медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, в том числе при различных осложнениях беременности и родов. Стандарты представляют собой технологические карты, в которых установлен перечень услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усреднёнными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием. Минздравом РФ также определены критерии оценки качества медицинской помощи, представляющих собой перечень обязательных для исполнения требований, от соблюдения которых напрямую зависит исход заболевания[[18]](#footnote-18).

Кроме того, с 1 января 2022 по 1 января 2024 года осуществляется поэтапный переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, что делает их документом, обязательным для исполнения[[19]](#footnote-19). Правовой статус клинических рекомендаций был долгое время непонятен, хотя судебная практика в последние годы шла по пути признания их обязательным нормативно-правовым актом. Трудности применения также связаны с возникновением расхождений между содержанием клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи и схем лекарственной терапии.

В случае необходимости уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Минздравом РФ) могут быть даны разъяснения для единообразного применения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи (ч.16 Федерального закона 323-ФЗ).

В соответствии с ч. 14 ст. 37 Федерального закона 323-ФЗ клинические рекомендации лежат в основе стандартов медицинской помощи, учитываемых при оказании медпомощи. Минздрав РФ разъяснил, что стандарты не стоит путать с клиническими рекомендациями, представляющими собой алгоритм ведения пациента, диагностики и лечения. Тогда как, стандарты изначально предполагались как медико-экономические показатели, ориентированные на использование при планировании и финансовых расчетах, в том числе при подготовке программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам[[20]](#footnote-20).

При этом, важно отметить, что существующие нормативно-правовые акты регулируют не все возможные заболевания и осложнения при оказании медицинской помощи беременным, так как каждый пациент обладает индивидуальными особенностями организма, образа жизни, что непосредственно оказывает влияние при проведении медицинских мероприятий и использовании определенных методов лечения.

Как указывают исследователи, большое количество нормативно-правовых актов, регулирующих практическую деятельность врача-акушер-гинеколога может затруднять оценку качества оказания медицинской помощи[[21]](#footnote-21). Есть предположение, что объединение нескольких разноплановых актов в один понятный для всех значительно облегчит работу врачей. Однако не могу согласиться, так как полагаю практически затруднительным и нецелесообразным создание единого акта оказания медицинской помощи по определенному профилю ввиду большого объема информации и необходимости ее регулярной актуализации.

Нужно также отметить, что обеспечение охраны жизни и здоровья пациентов, контроль за соблюдением установленных правил в части требуемой квалификации врачей, оснащенности необходимым оборудованием медицинской организации реализуется процедурой лицензирования медицинской деятельности. Согласно п. 46 ч. 1 ст. 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» осуществление любой медицинской деятельности, в том числе по акушерству и гинекологии, подлежит лицензированию[[22]](#footnote-22). Регулирование порядка лицензирования медицинской деятельности происходит в соответствии с Положением, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852. В п. 5 и п. 6 данного акта подробно описаны лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии и лицензиату, за нарушение которых предусмотрена административная ответственность[[23]](#footnote-23).

Подводя итог, можно подчеркнуть, что правовое регулирование оказания медицинской помощи в области акушерства и гинекологии наряду с общими принципами, установленными в основных нормативных правовых актах, характеризуется большим объемом специальных нормативных актов. Приказы Минздрава об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», о порядке использования ВРТ обновляются каждые 8 лет, с учетом развития медицины и изменений в подходе к лечению различных патологий при беременности. В новых Порядках нашли закрепление, как спорные вещи – сокращение количества скринниговых исследований беременных, расширение медицинской документации, так и необходимые стандарты оснащения медицинских клиник, нормативное закрепление проведения базовой программы ВРТ (ЭКО), криоконсервации эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов за счет ОМС. С принятием клинических рекомендаций, с одной стороны, создается основанная на современных клинических данных информационная база, направленная на повышение качества оказания медицинской помощи пациенту, а с другой стороны, возникают дополнительные риски для медработников и поводы для исков к медицинским организациям, если они не имеют возможности оказать помощь, соответствующую требованиям клинических рекомендаций.

* 1. **Анализ законодательства, регулирующего деятельность и профессиональную подготовку врача акушер-гинеколога**

Сохранение жизни и здоровья женщины в период беременности и родов, улучшение ее репродуктивного здоровья осуществляется квалифицированным врачом специалистом, который имеет профессиональную подготовку, обладает обширными знаниями и умениями, что значительно влияет на качество оказываемой медицинской помощи. В соответствии с ч. 1 ст. 69 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» заниматься медицинской деятельностью могут лица, получившие медицинское или иное образование в российских образовательных организациях и прошедшие аккредитацию специалиста.

В ч. 3 ст. 61 дается определение аккредитации специалиста как процедуры, проводимой для установления соответствия лица, получившего медицинское образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности. Осуществляется аккредитационной комиссией по окончании освоения лицом профессиональных образовательных программ медицинского образования не реже одного раза в пять лет.

В Квалификационных требованиях к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» указано, что для осуществления профессиональных обязанностей по специальности «Акушерство и гинекология» необходимо наличие высшего медицинского образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и подготовку в интернатуре/ординатуре по специальности "Акушерство и гинекология". Кроме того, не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности такому врачу необходимо проходить повышение квалификации[[24]](#footnote-24).

Приказом Минтруда России от 19.04.2021 N 262н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - акушер-гинеколог" определена основная цель деятельности врача-акушер-гинеколога, которая заключается в оказании медицинской помощи пациенткам во время и после беременности, родов, после прерывания беременности, при акушерских осложнениях, гинекологических патологиях, доброкачественных изменениях в молочных железах[[25]](#footnote-25). Кроме этого, указаны общие сведения о специальности, описаны трудовые функции специалиста, в том числе трудовые действия, необходимые умения и знания, а также требования к профессиональному образованию и обучению, особые условия допуска к работе по специальности.

Помимо вышеназванных требований к уровню образования врача-акушер-гинеколога для профессионального роста специалисту следует повышать свою квалификацию на курсах, проходить стажировки, посещать тренинги в симуляционных центрах, вебинары, образовательные порталы, принимать участие в конгрессах и конференциях.

Поскольку профессиональный стандарт дает представление о должном уровне компетентности специалиста на него ориентируются при приеме на работу, при формировании должностных инструкций, также этот нормативно-правовой акт должен учитываться при разработке образовательных программ профессиональной подготовки врачей и дополнительном профобразовании. В медицине это особенно важно, так как от уровня образования и квалификации медработников напрямую зависит жизнь и здоровье пациента. Настоящий профстандарт врача-акушер-гинеколога действует до 2027 года, поскольку необходима постоянная актуализация информации о современных требованиях к специалисту для дальнейшего учета при формировании кадров.

В последние годы активно развивается применение вспомогательных репродуктивных технологий, и благодаря прогрессу в медицине постоянно дополняются и обновляются сами программы. В отчетах Национального регистра ВРТ, созданного по инициативе Российской ассоциации репродукции человека[[26]](#footnote-26), можно увидеть число центров, проводивших лечение бесплодия с использованием программ ВРТ (в 2020 году увеличилось на 5,4% по сравнению с 2019). В рамках национального проекта «Демография»[[27]](#footnote-27) к концу 2024 года планируется выполнение не менее 450 тысяч программ ЭКО за счет средств ОМС.

Центры планирования семьи и клиники репродуктивной медицины сейчас есть почти в каждом городе с населением более 400 тысяч человек, где в списках предоставляемых услуг можно увидеть пункт «прием врача-репродуктолога». Как следует из описания сферы деятельности врача-репродуктолога на сайте клиник, данный специалист занимается обследованием и лечением различных патологических состояний, препятствующих зачатию и рождению ребенка. В отличие от врача-гинеколога, репродуктолог занимается как женским здоровьем, так и патологиями мужской репродуктивной системы.

Нормативно-правовое регулирование деятельности и профессиональной подготовки врача-репродуктолога отсутствует. Требования к профессиональному образованию и квалификационные характеристики предъявляются те же, что и к врачу-акушер-гинекологу. Представляется, что это пробел в действующем законодательстве, ведь навыки, которыми должен обладать врач-репродуктолог специфичнее тех, которыми обладает акушер-гинеколог. Далеко не каждый врач-гинеколог из районной женской консультации имеет знания и навыки применения ВРТ, более того, развитие науки продолжается, разрабатываются новые методики и технологии, правильное использование которых сможет осуществить только специалист узкого профиля.

В связи с чем, для оказания качественной медицинской помощи необходимо нормативное закрепление данной специальности, а именно, внесение должности «Врач-репродуктолог» в Номенклатуру должностей медицинских и фармацевтических работников[[28]](#footnote-28). Сейчас Минздрав приготовил проект новой редакции Номенклатуры, однако среди вносимых изменений нет специалиста в области репродуктологии. Данная специальность достаточно редкая и чрезвычайно востребованная, поэтому нужно создание образовательных программ профессиональной подготовки и повышения квалификации, формирование профессионального стандарта и установление квалификационных характеристик.

Необходимо заметить, что оказание медицинской помощи по профилю репродуктологии (ВРТ) сложная комплексная медицинская технология (услуга), помимо врача акушер-гинеколога в ней участвует биолог (чаще не врач), или врач-лаборант со специальной функцией работы с биоматериалами для ВРТ (яйцеклетка и сперматозоид). Врач акушер-гинеколог этой методикой не владеет и пока не имеет права это делать, эта медицинская деятельность вообще не имеет нормативно-правового регулирования.

Таким образом, можно сделать вывод, что профессиональная подготовка и деятельность врача-акушер-гинеколога полностью регламентирована. Однако полагаю целесообразным выделение отдельной специальности «врач-репродуктолог» ввиду развития популярности применения вспомогательных репродуктивных технологий. Узкоспециализированный врач с профильными знаниями и навыками сможет оказать адекватную и качественную медицинскую помощь. Продуктивное использование ВРТ в лечении репродуктивных заболеваний влияет на показатели рождаемости, что также обуславливает практическую важность специальности врача-репродуктолога.

**ГЛАВА II. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

* 1. **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в акушерстве и гинекологии**

Информированное согласие является условием реализации принципа автономии личности в современных взаимоотношениях между врачом и пациентом. Механизм направлен на защиту прав пациента и гарантию их соблюдения при проведении медицинских процедур. Данное право имеет международное закрепление, так например, в ст.10 Конвенции о правах человека и биомедицине провозглашено право каждого человека на ознакомление с любой собранной информацией о своем здоровье. В то же время необходимо уважать желание человека не быть информированным на этот счет[[29]](#footnote-29).

В национальном законодательстве одним из главных условий законности оказания медицинской помощи и критериев качества является получение врачом информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство или отказ от него[[30]](#footnote-30). Примечательно, что в российском законодательстве нет уточнения в отношении желания пациента не быть информированным о состоянии своего здоровья. Вероятно, это квалифицированное молчание законодателя предполагает обязательность донесения информации до пациента вне зависимости от его волеизъявления.

Процесс получения информированного согласия состоит из предоставления информации и получения согласия или отказа от медицинского вмешательства. При этом, необходимо соблюдение трех важных условий.

Во-первых, врач обязан предоставить необходимую полную информацию и удостовериться в том, что она была понята. Взаимодействие врача и пациента важно для достижения наиболее благоприятного желаемого результата, а также позволяет снизить риски предъявления претензий к врачу о некачественном оказании медицинской помощи. Нельзя подходить формально к получению информированного согласия пациента, так как в случае спора доказывать предоставление пациенту полной информации об услугах предстоит медицинской организации[[31]](#footnote-31). Медработник должен донести пациенту сведения в доступной форме, разъяснив все возможные варианты лечения и связанные с ними риски. Однако, нет точного определения, насколько подробно нужно все рассказать пациенту, и что включает в себя понятие «полная информация». Вероятно, говорить обо всех возможных осложнениях и последствиях, вплоть до случайностей и возможных дефектах при осуществлении медицинской манипуляции, не стоит, поскольку чрезмерная нагрузка пациента информацией может оказать на него психологическое давление, что беременными женщинами особенно актуально.

Во-вторых, ключевым моментом является добровольность, пациент должен быть свободным от принуждения и влияния, которое существенно уменьшило бы его свободу. Как верно отмечают исследователи, без возможности выбирать, бессмысленного говорить об автономии пациента[[32]](#footnote-32).

В-третьих, пациент должен быть компетентным, или быть способным принимать решение, иметь возможность понимать последствия согласия или отказа. Для этого необходимо, чтобы пациент осознавал состояние своего здоровья, мог взвешивать все за и против в отношении предстоящего медицинского вмешательства. Ввиду отсутствия у пациента медицинских познаний ему достаточно сложно оценить состояние здоровья, понять цели, методы лечения и возможные последствия принятия решения. Поэтому способность принимать решение представляется относительной, так как пациент не может и не должен понимать всю информацию в том объеме и на том уровне, что и врач. Уровень понимания зависит от самого пациента, его образования, возраста и других факторов[[33]](#footnote-33).

Законодательное закрепление права на получение необходимой и достоверной информации об оказываемых медицинских услугах в рамках договорных отношений между пациентом и медицинской организацией установлено в ст. 10 Закона «О защите прав потребителей»[[34]](#footnote-34). Данное право также находит свое отражение в п. 14 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, согласно которому при заключении договора по требованию потребителя должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, в том числе о методах, рисках и ожидаемых результатах медицинского вмешательства[[35]](#footnote-35). Интересно, что в указанном пункте Правил обязанность исполнителя услуг предоставить информацию поставлена в зависимость от требования потребителя, что идет вразрез с нормой ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ», устанавливающей обязательность информирования пациента в любом случае. При этом в п. 28 Правил отмечается, что платные медицинские услуги предоставляются при наличии ИДС потребителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан. В связи с чем, непонятно с какой целью в п. 14 Правил есть указание на инициативу потребителя в получении информации о медицинских услугах, если в федеральном законе установлено иное.

Получение информированного согласия в акушерской практике имеет ряд особенностей, поскольку решения пациентки могут изменяться во время родов в зависимости от их протекания, также беременная женщина, принимая решение о проведение медицинских вмешательств, подвержена влиянию материнского инстинкта, что может затруднять ее оценку ситуации.

Важную роль при даче информированного согласия играет и болевой синдром. Может ли пациентка ясно принимать решения во время родов, которые сопровождаются сильной болью? Долгое время считалось, что это серьезное препятствие для добровольности согласия пациентки. Однако, результаты исследований свидетельствуют о том, что, боль при родах не оказывает значительного влияния на способность женщины слушать и понимать информацию[[36]](#footnote-36). Такие же выводы были сделаны в отношении обезболивающих средств, используемых при родовспоможении. При этом исследования показывают, что происходит замедление реакции пациентки в ответ на предоставляемую информацию, но с этим можно справиться, если подавать сведения размеренно и частями[[37]](#footnote-37).

Особое внимание следует уделить информированному добровольному согласию на искусственное прерывание беременности по желанию пациентки. Поскольку женщина идет на аборт по своей инициативе, согласие как будто бы предполагается. Однако женщины обычно не имеют представления о характере предстоящего медицинского вмешательства и всех вероятных его последствиях[[38]](#footnote-38). В целях охраны здоровья и жизни пациенток законодатель устанавливает ряд обязательных условий до проведения аборта по желанию женщины. Для этого утверждена определенная форма ИДС Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»[[39]](#footnote-39). Помимо разъяснения пациентке всех аспектов предстоящего медицинского вмешательства, важным условием проведения аборта является предоставление беременной женщине времени для обдумывания и принятия окончательного решения в течение 48 часов или 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию, в зависимости от срока беременности. Невозможность проведения аборта в день обращения предоставляет женщине время, чтобы принять более взвешенное решение, уже с имеющейся информацией о конкретных рисках и последствиях проведения аборта.

Также в соответствии с п. 94 Приказа Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология»[[40]](#footnote-40) при первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности перед проведением медицинского вмешательства необходимо провести с пациенткой психологическое доабортное консультирование. На основе ИДС врач-гинеколог направляет беременную женщину к психологу в кабинет медико-социальной помощи женской консультации, или же консультирование проводит медицинский работник, имеющий квалификацию по психологическому доабортному консультированию. Данная норма направлена на профилактику абортов, как фактора, негативно влияющего на репродуктивное здоровье женщин и демографические показатели в стране.

Отдельного внимания заслуживает информированное согласие на использование вспомогательных репродуктивных технологий. Форма ИДС на данное медицинское вмешательство закреплена в Приложении № 13 к Приказу Минздрава РФ от 31 июля 2020 г. N 803н[[41]](#footnote-41). В научной литературе существует мнение, что предоставление сведений медицинского характера в ИДС на использование ВРТ недостаточно, необходимо также обеспечить лицо юридической информацией относительно правового статуса, приобретаемого пациентом посредством участия в программах ВРТ. Поскольку вспомогательные репродуктивные технологии являются методом лечения бесплодия и нацелены на рождение ребенка, принятие согласия на применение ВРТ по сути означает выражение воли на приобретение родительских прав и обязанностей в отношении будущего ребенка[[42]](#footnote-42). Следует согласиться с позицией о необходимости предоставления юридической информации, так как судебная практика показывает, что не всегда лица осознают принятое ими решение о использовании ВРТ с правовой точки зрения. Примером является известное дело, когда мужчина при заполнении заявления на проведение ЭКО расписался в графе «муж» и подчеркнул два взаимоисключающих пункта о признании прав и обязанностей в отношении будущего ребенка. Заявительница просила суд признать за ним отцовством, на что Верховный суд принял решение об отказе, определив статус ответчика как донора[[43]](#footnote-43).

Как уже отмечалось ранее, новым приказом Минздрава от 31 июля 2020 г. N 803н установлена возможность подписания ИДС законным представителем, который может быть только у несовершеннолетних, недееспособных и лиц, ограниченных в дееспособности. Помимо этических вопросов к данной норме, возникают и правовые. Подписание согласия на использование ВРТ подразумевает намерение стать родителем и влечет возникновение родительских прав и обязанностей в отношении будущего ребенка. Исходя из смысла норм семейного законодательства и сущности совершаемого акта можно сделать вывод, что воля на приобретение родительских прав выражается лично. Полагаю, что в данных отношениях представительства быть не должно.

В заключение хотелось бы отметить, что информированное согласие играет важную роль как для защиты прав и законных интересов пациента, так и для защиты медработника от возможных жалоб и претензий. Медицинские организации не должны небрежно относиться к процедуре информированного добровольного согласия, поскольку именно ИДС обычно является доказательством надлежащего информирования пациента и может повлиять на вывод суда о качестве оказания медицинской помощи. При составлении письменного ИДС желательно не использовать готовый шаблон для всех медицинских процедур, избегать общих фраз и ссылок на устные разъяснения, для полноценности информирования нужно наиболее подробно и четко описывать методы, риски и последствия определенной медицинской услуги.

В акушер-гинекологической практике информированное согласие особенно важно. Заинтересованность беременной женщины в информации возникает ввиду опасения за свою жизнь и жизнь своего ребенка. При обращении в клинику с целью проведения аборта также необходима грамотная работа специалиста по информированию и консультированию. Врач-акушер-гинеколог должен терпеливо и понятно донести пациентке необходимые сведения, диалог и понимание важны для того, чтобы не усугублять и без того стрессовое состояние беременной женщины. В идеале взаимодействие врача и пациента основано на сотрудничестве, когдаврач предоставляет свои знания и опыт, а пациентка свои беспокойство и опасения.

* 1. **Особенности гражданско-правовой ответственности за ненадлежащее оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии**

Одно из ведущих мест по количеству гражданских исков пациентов к медицинским организациям занимает акушерство и гинекология, поводом к которым служит неблагоприятный исход медицинского вмешательства в процессе сопровождения беременности или родовспоможения. Также нередко происходят судебные споры с пациентами, недовольными качеством оказания медицинской услуги при отсутствии вреда здоровью.

За дефекты, допущенные при оказании медицинской помощи, пациенту полагается материальное возмещение вреда здоровью, компенсация морального вреда, уплата неустойки, штрафа. Стоит отметить, что в законодательстве нет легального определения понятия дефекта оказания медицинской помощи, стандартизация подхода к оценке качества происходит с помощью утвержденных Минздравом РФ критериев. Следует согласиться с позицией А.А. Старченко, который рассматривает дефект медицинской помощи как противопоставление качеству медицинской помощи[[44]](#footnote-44).

Гражданско-правовая ответственность при оказании медицинских услуг может быть договорной в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения договора об оказании услуг, заключенного между медицинской организацией и пациентом. Характерным примером является судебный спор, который выиграла мать ребенка, родившегося с серьезными патологиями. В медицинской организации пациентку не направили на комплексную пренатальную диагностику нарушений развития ребенка, ограничились проведением УЗИ, которое еще и выполнил врач без соответствующей квалификации. Данные дефекты оказания медицинской помощи не позволили вовремя выявить патологии плода. По мнению истицы, если бы они были выявлены в период ее беременности и сообщены в период до 20 недель беременности, она смогла бы сделать аборт и не причинять тяжелые страдания ребенку, себе и своей семье. Также, поддержание жизни ребенка-инвалида требует больших финансовых затрат, которые никто не компенсирует. Суд отклоняет довод ответчика об отсутствии прямой причинно-следственной связи между обнаружившимися патологиями у ребенка и не надлежаще оказанной медицинской услуги истице (ошибка диагностики), поскольку в данном случае речь идет не о деликтном причинении вреда здоровью, а о качестве оказанной медицинской услуги, в том числе, и в рамках действия Закона РФ "О защите прав потребителей"[[45]](#footnote-45).

Вторым видом гражданско-правовой ответственности является внедоговорная (деликтная) отвественность, для наступления которой необходимо установить противоправность деяния, наличие вреда или убытков у потерпевшего, вину правонарушителя, причинную связь между противоправным поведением нарушителя и наступившими последствиями[[46]](#footnote-46).

Главная сложность, возникающая перед судом при разрешении споров между медицинскими организациями и пациентками, состоит в определении причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и возникшими неблагоприятными последствиями. Ключевую роль в ее установлении играет заключение судебно-медицинской экспертизы, где указывается как повлияло действие или бездействие медработника на здоровье пациента, были ли шансы избежать наступления смерти или причинения вреда здоровью в случае надлежащего исполнения обязанностей врачом и т.д. Суд, рассматривая дело, в основном опирается на выводы экспертов при вынесении решения об удовлетворении исковых требований пациентов или отказе.

Многоэтапность лечебно-диагностического процесса в акушерско-гинекологической практике значительно осложняет экспертную оценку случаев причинения вреда жизни и здоровью. В сопровождении беременности и родовспоможении принимают участие несколько субъектов, где необходимо определить чьи ненадлежащие действия привели в итоге к неблагоприятным последствиям. Если на стадии приема врачом-гинекологом в женской консультации был неправильно проведен сбор анамнеза, пропущен какой-то симптом или осложнение, это может стать причиной неблагоприятного исхода уже в родильном отделении. В таком случае, гражданско-правовая ответственность наступает для женской консультации за ненадлежащее оказание медицинской услуги.

Кроме того, многие исследователи указывают на проблематичность установления причинно-следственной связи ввиду отсутствия единой методологии судебно-медицинских экспертиз качества, как в рамках гражданского процесса, так и уголовного. В разных организациях судебно-медицинских экспертиз могут получиться отличающиеся результаты исследования, так как эксперты строят свои выводы на основе различных учебных пособий[[47]](#footnote-47).

Иногда на вопрос о наличии или отсутствии причинно-следственной связи экспертам не получается определенно дать ответ. Например, эксперты указали, что в случае своевременного диагностирования острой гипоксии плода и проведения оперативного влагалищного родоразрешения, можно было бы снизить риск гибели плода, но высказаться точно о благоприятном прогнозе для ребенка не представляется возможным, поскольку острая гипоксия плода развивается в короткий промежуток времени и сопровождается тяжелыми осложнениями. Суд приходит к выводу, что указанные дефекты медицинской помощи при родовспоможении стали условием наступления смерти ребенка. Обязывает ответчика возместить моральный вред, но снижает требуемый истцом размер компенсации, так как неправильные действия медицинских работников являются не причиной, а лишь условием для гибели плода[[48]](#footnote-48). В подобных случаях суды обосновывают решение особыми обстоятельствами причинения морального вреда, так как очевидна тяжесть нравственных страданий, вызванных неблагоприятным исходом беременности и невосполнимой утратой ребенка.

Кроме того, частой причиной невозможности определения причинно-следственной связи является нарушения в ведении медицинской документации или сокрытие информации медицинскими организациями. Так, например,суд принял решение в пользу истца, у которого жена умерла при родах. В заключении эксперты установили, что данные, зафиксированные в карте течения анестезии, полностью отличаются от сведений в протоколе течения анестезии, а также отсутствует протокол сердечно-легочной реанимации. Из-за этого не получится восстановить объективную клиническую картину, оценить в полной мере соответствие действий врача-анестезиолога протоколу неудавшейся интубации роженицы, и в целом не представляется возможным однозначно сказать о наличии или отсутствии причинно-следственной связимежду действиями медработника и смертью пациентки. Суд принял решение, что медицинская помощь была оказана не надлежащим образом, так как «экспертами были выявлены дефекты, заключающиеся в несоблюдении методик диагностирования и лечения, неадекватной оценке ситуации и рисков, несвоевременности принятия решений, то есть связанных исключительно с человеческим фактором, а не с какими-либо экстраординарными, форс-мажорными, непредсказуемыми и невозможными к прогнозированию обстоятельствами»[[49]](#footnote-49). Суд также подчеркнул, что экспертное заключение было сделано при частичном отсутствии необходимой медицинской документации, что не может расцениваться как надлежащее поведение причинителя вреда и толковаться в пользу ответчика.

Согласно положениям Приказа Минздрава РФ «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» одним из критериев качества является ведение медицинской документации (индивидуальной карты беременной и родильницы, история родов и другие). Анализ судебной практики по делам об оказании акушер-гинекологической помощи показал, что само по себе нарушение в ведении документации не является основанием для возмещения морального вреда, если нет доказательств того, что медицинская деятельность в этой части привела к неблагоприятным последствиям. Например, суд, отказывая в удовлетворении иска, поясняет, что отдельные недостатки в ведении медицинской документации, а именно: не полностью собранный анамнез при поступлении, отсутствие послеоперационного эпикриза, некорректные записи в истории родов и наркозной карте не повлияли на тактику ведения пациентки и не могли быть причиной неблагоприятного исхода[[50]](#footnote-50).

В Ярославской области районный суд отклонил довод истца о ненадлежащем оформлении медицинской документации, счел его неподлежащим оценке, поскольку в судебном заседании не установлено данных о наличии прямой причинно-следственной связи между указанным обстоятельством и качеством оказанной истцу медицинской помощи.[[51]](#footnote-51)

Частой причиной неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии является ненадлежащее оказание медицинской помощи, заключающиеся в невыполнении или не полном выполнении медицинскими работниками положений порядка оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций. Обычно это запоздалая или неполная диагностика, недооценка медработником состояния пациентки и возможных рисков, неверный выбор тактики ведения родов, поздняя госпитализация, повреждения при проведении операции по прерыванию беременности. При этом, причинно-следственная связь между действиями медработника и неблагоприятными последствиями может быть как прямой, так и косвенной (непрямой, опосредованной).

Например, Судебная коллегия по гражданским делам Новосибирского областного суда согласилась с правовой позицией суда первой инстанции, пришедшего к выводу, что косвенная причинно-следственная связь является основанием для компенсации морального вреда женщине и ее ребенку, пострадавшим в результате ненадлежащего проведения родовспоможения. Как и в большинстве случаев подобных дел, медицинская организация ссылается на отсутствие причинно-следственной связи, полагает, что причиной наступления неблагоприятных последствий явились индивидуальные особенности течения родов (состояние гипоксии плода). Однако суд поясняет, что несмотря на верный выбор тактики ведения родов, определенной в соответствии с положениями клинических рекомендаций, медицинская помощь роженице была оказана не в полном объеме, так как не было постоянного кардиомониторирования состояния сердечной деятельности плода и сократительной активности матки, что привело к несвоевременному выявлению признаков начинающейся гипоксии плода. Данные действия не соответствуют требованиям современной общепринятой тактики ведения пациентов с подобными патологиями, положениям действующего Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» и Стандарта специализированной медицинской помощи при гипоксии плода[[52]](#footnote-52). Кроме того суд ссылается на несоответствие оказанной помощи общепринятым в медицине нормам и правилам, изложенным в соответствующих разделах специальных учебников, научных работ, методических указаний и монографий. Представляется, что данное перечисление источников правил оказания медицинской помощи дает размытое и избыточное представление о необходимых действиях врача. В зависимости от научных подходов и пособий, будет по-разному оцениваться оказание медицинской помощи.

Споры о компенсации морального вреда при отсутствии прямой причинно-следственной связи между выявленными дефектами медицинской помощи и причинением вреда здоровью доходят и до Верховного суда РФ. Так, Судебная коллегия по гражданским делам ВС РФ отменила все решения нижестоящих судов по делу, отказавших в компенсации морального вреда пациентке по данному основанию. ВС пояснил, что косвенная связь также имеет юридическое значение, и «ухудшение состояния здоровья человека вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, в том числе по причине дефектов ее оказания, причиняет страдания, т.е. причиняет вред как самому пациенту, так и его родственникам, что является достаточным основанием для компенсации морального вреда»[[53]](#footnote-53).

Медицинская помощь - это специфический вид деятельности, потому что даже если проведенные медицинские вмешательства точно соответствуют установленным правилам, гарантировать предполагаемый благоприятный результат невозможно, так как влияние на него оказывают не только действия медицинских работников, но и возможные индивидуальные биологические особенности организма, условия жизнедеятельности и другие обстоятельства[[54]](#footnote-54). При воздействии объективных факторов, осложняющих течение беременности и родов (например, сопутствующие заболевания или наследственные патологии), суды принимают решение либо о наличии непрямой (опосредованной) причинно-следственной связи либо об отсутствии состава гражданского правонарушения и соответственно основания для возмещения вреда. При этом, само наступление вреда здоровью, непрямая причинно-следственная связь между медицинским вмешательством и наступившими последствиями не является основанием для возмещения вреда, если действия медицинских работников соответствовали медицинским показаниям, верно выбранной тактике лечения и производились в соответствии с установленными нормами и правилами[[55]](#footnote-55).

Медицинские организации при доказывании отсутствия причинно-следственной связи между действиями врача-акушер-гинеколога и наступлением вреда жизни или здоровью нередко ссылаются на поведение пациентки, а именно на невыполнение в полном объеме рекомендаций врачей по прохождению лечения и соблюдению режима беременной[[56]](#footnote-56). На практике поведение самих пациенток, способствующее повышению вероятности появления осложнений является еще одним фактором наступления неблагоприятных последствий в акушер-гинекологической практике. Как отмечают исследователи, для многих беременных пациенток свойственно пренебрежительное отношение к вопросам профилактики, конфликтное поведение, неправильная расстановка приоритетов, при которой здоровье находится не на первом месте[[57]](#footnote-57).

Также кпричинам неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии можно отнести несчастные случаи – ситуации, при которых объективно невозможно предотвратить причинение вреда жизни и здоровью пациенту. Кроме того, у врачей акушер-гинекологов могут возникать объективные трудности родовспоможения на должном уровне в условиях чрезвычайной или экстренной ситуации. В таких случаях появляется обоснованный риск[[58]](#footnote-58): медицинский работник обязан оказать помощь при повышенной вероятности реализации медицинского риска, иначе бездействие врача может быть основанием для привлечения его к уголовной ответственности.

Исследователи также относят недостаток финансирования здравоохранения к причинам юридической ответственности медработников[[59]](#footnote-59). Особенно остро этот вопрос может стоять в регионах страны. Помимо действий медицинских работников, индивидуальных особенностей течения беременности и родов, иных обстоятельств, на результат и качество оказания медицинской помощи влияют условия в медицинской организации, наличие необходимого медицинского оборудования, инструментов и лекарств.

Проблемы с укомплектованностью штата медицинских организаций возникают во многих удаленных от центра территориях. Существуют сложности при необходимости оказания неотложной помощи узкоспециализированными врачами. В таких обстоятельствах затруднительно оказать медицинскую помощь на должном уровне, из-за чего создается опасность для жизни и здоровья пациентов, что впоследствии может стать основанием для материальных претензий. Отсутствие оборудования или лекарственных препаратов, необходимых денежных средств, не являются обстоятельствами непреодолимой силы и основанием для освобождения медицинской организации от ответственности[[60]](#footnote-60). В таком случае необходимо ставить вопрос о своевременном переводе пациента в другое учреждение.

Отдельно стоит отметить, что в судебной практике немало споров, связанных с ненадлежащим оказанием услуг при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.При рассмотрении подобных дел суды используют ту же логику разрешения, что и в спорах, возникающих из отношений по договору возмездного оказания услуг.

Мытищинский городской суд рассматривал дело, где истцы полагали, что попытка по переносу эмбрионов (цикл лечения) оказалась неудачной по причине некачественного оказания ответчиком медицинских услуг. Однако в ходе судебно-медицинской экспертизы не было выявлено убедительных данных, свидетельствующих о некачественном оказании медицинских услуг. Эксперты отметили, что пациентка нуждается в медико-генетическом консультировании для исключения хромосомных аномалий как возможной причины многократного невынашивания беременности[[61]](#footnote-61).

В другом деле, руководствуясь положениями Закона РФ «О защите прав потребителей», суд удовлетворил исковые требования о возврате денежных средств (возврат залоговой сумму согласно выполненным работам), выплате неустойки и компенсации морального вреда в связи с ненаступлением беременности в результате использования ВРТ[[62]](#footnote-62).

Встречаются судебные споры, где пациенты заявляют требования о взыскании компенсации морального вреда за причинение вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи и расходов по оплате будущего использования суррогатного материнства[[63]](#footnote-63).

При защите прав пациента на получение медицинской помощи нельзя забывать о правах медицинских работников. В литературе существует ряд научных работ, посвященных проблеме злоупотреблений пациентов в спорах с медицинскими организациями, так называемому «потребительскому экстремизму». Это желание пациента извлечь материальной выгоду за счет медицинских организаций при отсутствии признаков некачественного оказания медицинской услуги или значительного преувеличения допущенных нарушений[[64]](#footnote-64). Рост потребительского экстремизма опасен и для самих пациентов, так как приводит к распространению феномена «защитной медицины», который означает предпочтительное использование медработниками методов диагностики и лечения с минимальными рисками. Они необязательно являются лучшим вариантом для пациента, а в основном служат для защиты врача от пациента как потенциального истца. В целях снижения рисков привлечения врача-акушер-гинеколога к юридической ответственности необходимо:

1. Установить хороший контакт с пациентом и его родственниками.
2. Подробно и понятно составлять информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства.
3. В медицинской документации отмечать все поведенческие особенности пациента, связанные с нарушением предписаний врача и лечебного режима.
4. Не бояться обращаться за консультацией, помощью к коллегам, но при этом помнить, что ответственность за результат лечения несет лечащий врач.

Подводя итог, необходимо отметить, что дефекты при оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии выявляются очень часто. Судебная практика показывает, что медицинскими работниками происходит недооценка состояния пациенток, несвоевременно проводится диагностика и применение необходимого лечения, неверный делается выбор тактики ведения родов, методов искусственного прерывания беременности. Иски о компенсации морального вреда в таких делах в большинстве случаев удовлетворяются, при этом размер этой выплаты может доходить до нескольких миллионов рублей. В целях улучшения качества оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии можно осуществлять совершенствование организационных принципов ведения беременных, своевременное повышение профессиональных компетенций врачей-акушеров-гинекологов, анализ допущенных дефектов, взаимодействие с пациенткой, установление доверительных отношений.

**ГЛАВА III. УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**3.1. Отличительные особенности врачебной ошибки и ятрогении в акушерстве и гинекологии**

Перед тем, как исследовать правовые проблемы квалификации преступлений, совершенных при оказании медицинской помощи в акушерстве, необходимо определить, что относится к преступному деянию, за которое наступает уголовная ответственность, а что к таковым не относится и уголовная ответственность исключается.

Уголовный кодекс РФ определяет закрытый перечень обстоятельств, исключающих преступность деяния. Среди них в медицинской деятельности возможно возникновение крайней необходимости (ст. 39 УК РФ), обоснованного риска (ст. 41 УК РФ). Если вред, причинен человеку при оказании ему медицинской помощи медработником во исполнение обязательного для него приказа или распоряжения, уголовная ответственность наступает для лица, издавшего незаконный приказ (ст.42 УК РФ). Кроме того, ст. 28 УК РФ предусматривает невиновное причинение вреда (несчастный случай).

В литературе посвящено много научных работ проблеме определения понятия «врачебная или медицинская ошибка». В СМИ также часто используются эти термины и понятие «дефект оказания медицинской помощи», которые не имеют четкого определения, путаются, заменяя друг друга. Несмотря на активное использование данных терминов, законодательного закрепления и определения не существует, в связи с чем непонятно в каких ситуациях их применение верно.

Благодаря утвержденным Минздравом РФ критериям оценки качества оказания медицинской помощи, можно установить при каких условиях медицинская помощь является надлежащей, а дефект представляется как противопоставление указанным требованиям качества.

Как указывает В.Д. Пристансков, практически любой факт ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, в результате которого был причинен вред здоровью или смерть пациента, медицинскими работниками обычно оценивается как врачебная ошибка, что, по их мнению, исключает юридическую ответственность лица, её допустившего[[65]](#footnote-65).

В доктрине также нет единого понимания врачебной ошибки, хотя большинство исследователей рассматривают медицинскую ошибку как «добросовестное заблуждение, при отсутствии небрежности, халатности или легкомысленного отношения врача к своим обязанностям, повлекшего ухудшение состояния здоровья пациента или его смерть»[[66]](#footnote-66). При таком понимании врачебной ошибки уголовная ответственность за нее исключается. В Уголовной кодексе РФ медицинская ошибка может найти свое отражение в ч. 1 ст. 28, согласно которой «деяние совершено невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть»[[67]](#footnote-67).

Понятие ятрогении также имеет много подходов к определению. Ятрогении есть нежелательные или неблагоприятные последствия медицинских вмешательств, приводящие к новым осложнениям и заболеваниям, инвалидности или летальному исходу[[68]](#footnote-68). Причиной указанных последствий является оказание неадекватной медицинской помощи медработником. В отличие от медицинской ошибки, как ненаказуемого добросовестного заблуждения, при ятрогении есть вина медицинского работника, характеризующаяся умышленной или неосторожной формой.

В акушер-гинекологической практике врачебные ошибки типичны, как и в остальных профилях медицинской помощи. Например, нехватка опыта и знаний у медработника в экстраординарных обстоятельствах акушер- гинекологической практики, переоценка собственных возможностей, нервно-психическая и физическая перегрузка[[69]](#footnote-69). Однако некоторые исследователи считают некорректным критерий опыта врача при оценке частоты совершения им медицинских ошибок, так как даже самые опытные и квалифицированные медицинские работники, имеющие дело со сложными случаями, бывают излишне самонадеянны и не всегда объективно оценивают состояние пациента[[70]](#footnote-70).

Е.А. Матейкович с соавторами относят к специфичным факторам медицинских ошибок в акушерстве состояния «максимальной акушерской напряженности и ответственности», когда от медработника требуется особо быстрое принятие решения о выборе тактики ведения родов, проведении оперативного вмешательства и других медицинских мероприятий[[71]](#footnote-71). Врач-акушер-гинеколог, работающий в условиях стационара, интенсивно оказывает медицинскую помощь как в ночное время, так и в выходные дни. Долгая работа без отдыха может привести к перегрузкам и увеличению врачебных ошибок. В таких случаях положения ч. 2 ст. 28 УК РФ регламентируют нередко возникающие в медицинской практике ситуации, когда врач, имеющий необходимые профессиональные навыки и знания, при всем напряжении своих субъективных возможностей и профессиональной грамотности действий не мог предупредить общественно опасных последствий в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам. Поэтому врач не несет уголовную ответственность за причинение вреда, наступление которого он хоть и предвидел, но не мог предотвратить.

Врачебные ошибки также часто обусловлены нехваткой медицинского персонала в медицинских организациях. А.А. Шестаков отмечает, что в России около 30% родов принимаются без участия акушерки[[72]](#footnote-72). Кроме того, акушерство и гинекология единственная область медицины, где врач ответственен за дефекты оказания медицинской помощи двух жизней: матери и новорожденного, ошибочные действия врача могут сказаться на здоровье обоих. В связи с чем, акушерство и гинекология относятся к областям медицины с наиболее высокой степенью профессионального риска.

В заключение, нужно отметить важность разграничения ятрогении от врачебной ошибки в акушер-гинекологической практике, так как от этого зависят какие последствия наступят для медицинского работника, при допущении врачебной ошибки юридическая ответственность исключается. Основное отличие состоит в том, что врачебная ошибка является добросовестным заблуждением медика вследствие нехватки навыков и знаний в экстраординарных обстоятельствах акушер-гинекологической практики (внезапное возникновение патологического процесса, особо сложное заболевание, врожденные аномалии органов), переоценки собственных возможностей, нервно-психической и физической перегрузки. Правовую квалификацию действий медработника облегчит принятие универсального и однозначного подхода к определению понятий «врачебной ошибки» и «ятрогении».

**3.2. Проблемы привлечения врачей акушер-гинекологов к уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи**

Уголовные дела в отношении врачей акушер-гинекологов явление крайне распространенное. Центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава РФ произвел анализ частоты применения статей УК РФ к врачам за оказание ненадлежащей медицинской помощи при ведении беременности и родах. Чаще всего акушеры обвиняются по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекшее по неосторожности смерть человека), значительно реже по ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ст. 293 УК РФ (халатность)[[73]](#footnote-73).

На практике при привлечении врачей акушер-гинекологов к уголовной ответственности нередко возникают сложности при разграничении смежных составов, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ (ч. 2 ст. 118 УК РФ) и п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, так как медицинская помощь, в результате которой причиняется тяжкий вред здоровью или смерть, по сути представляет собой услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей.

Например, суд признал виновным врача-акушер-гинеколога в преступлении, предусмотренного ч.2 ст. 109 УК РФ, так как было установлено, что медработником не проведена оценка состояния плода после завершения КТГ, не выставлен правильный диагноз, не пересмотрен план ведения родов, а также допущены дефекты, выразившиеся в отсутствии необходимого контроля за состоянием плода в период родов, и запоздалая диагностика, что привело к рождению ребенка в тяжелом состоянии и последующей смерти[[74]](#footnote-74).

В то же время, Волгоградский областной суд квалифицировал действия врача-акушер-гинеколога по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Согласно выводам судебно-медицинских экспертиз смерть пациентки наступила после экстренного проведения операции «кесарево сечение». Причиной развития таких последствий явилось несвоевременное выявление отслойки нормально расположенной плаценты, недооценка медработником тяжести состояния пациентки и необоснованный перевод ее в неспециализированный стационар, несвоевременное принятие решения об оперативном родоразрешении, неверный выбор тактики родоразрешения через естественные родовые пути при наличии показаний к проведению экстренной операции «кесарево сечение». Суд приходит к выводу, что медицинская помощь, включающая в себя медицинскую услугу по диагностике и лечению заболеваний, не отвечает требованиям безопасности жизни и здоровья потребителя, так как игнорирование обязательного объема обследования и лечения состоят в прямой причинно-следственной связи со смертью пациентки[[75]](#footnote-75).

Объектом преступлений, предусмотренных главой ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, является непосредственно жизнь и здоровье конкретного человека, а объектом посягательств, предусмотренных ст. 238 УК РФ, являются правоотношения, обеспечивающие охрану жизни и здоровья населения, то есть неопределенного круга лиц, при сбыте товаров и продукции, выполнении работ или оказании услуг. И для квалификации деяния медицинского работника по ст. 238 УК РФ должен быть установлен факт неисполнения им требований нормативных правовых актов, обеспечивающих безопасность товара, работы, услуги. Их нарушение медработником должно быть умышленным, а его отношение к наступлению общественно-опасных последствий характеризоваться неосторожной формой вины. Например, к нормам, устанавливающим требования безопасности услуги, можно отнести санитарно-эпидемиологические, противопожарной безопасности и т.д.

Также представляется, что состав ст. 238 УК направлен на привлечение к уголовной ответственности не медицинских работников, занимающихся непосредственно медицинской деятельностью, а чаще лиц, принимающих административные и организационные решения (главный врач), не обеспечивших соответствие услуг требованиям безопасности: например, отсутствие необходимого медицинского оборудования, лекарственных средств.

Если вред здоровью или смерть пациента наступили вследствие оказания некачественной, неадекватной состоянию больного медицинской услуги либо неоказания медицинской помощи, то действия врача квалифицируются по соответствующим статьям главы 16 УК РФ. Бреслав И.Ю. указывает, что несоблюдение порядка оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов, которое привело к причинению вреда здоровью или смерти пациента, свидетельствует о ненадлежащем оказании медицинской помощи, и должно квалифицироваться по ч. 2 ст. 118 или ч. 2 ст. 109 УК РФ соответственно[[76]](#footnote-76).

Нужно отметить также, что срок давности привлечения к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109 УК составляет 2 года, тогда как по ст. 238 – 10 лет. Поэтому на стадии досудебного производства действия врача, подпадающие под состав ч. 2 ст. 109, зачастую намеренно квалифицируют по ст. 238 для продления возможности привлечения лица к уголовной ответственности, что является недопустимым.

В юридической литературе дискуссионным является вопрос квалификации действий врача при гибели плода в интранатальном периоде. Из-за бездействий или неправильных действий медицинского работника иногда возникают случаи гибели здорового плода в процессе родовой деятельности. При гибели плода вред организму самой женщине может быть и не причинен.

Уголовно-правовая охрана плода происходит косвенно через признание прерывания беременности как причинения тяжкого вреда здоровью женщине. Согласно п. 6.7 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»: «Прерывание беременности - прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причиненным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства»[[77]](#footnote-77).

В литературе есть мнения о необходимости приравнивания гибели плода в процессе рождения к смерти человека, так как отсутствует правовая защита рождающегося ребенка. Гибель в периоды схваток и процессе изгнания плода прерыванием беременности являться не может, так как беременность заканчивается с началом родов, а перечисленные этапы уже относится к процессу родов. И поскольку прерывания беременности не произошло, тяжкий вред здоровью роженицы не был причинен[[78]](#footnote-78).

Рождение ребенка - это продолжительный процесс, который состоит из определенных этапов, и законодательное регулирование не разграничивает их с точки зрения уголовно-правовой защиты. Вопрос достаточно спорный, так как если мы приравниваем гибель рождающегося ребенка к смерти человека, то наделяем плод в интранатальном периоде статусом субъекта права. Последствия такого решения, как минимум, будут выражаться в увеличении объемов уголовной ответственности врачей акушер-гинекологов, которые и так очень часто выступают фигурантами уголовных дел. И если признавать рождающегося ребенка субъектом права, надо понимать в какой именно момент он им становится: с начала схваток или с момента появления частей его тела на свет и т.д. Представляется, что будет непросто отследить, в какой момент времени был допущен дефект оказания медицинской помощи врачом, когда ребенок уже субъект права и его жизнь охраняется законом или когда еще таковым не является.

Нередко интранатальная гибель плода расценивается правоприменителями как деяние, подпадающее под состав преступления, предусмотренного ч.2 ст. 238 УК РФ. Бреслав И.Ю. полагает, что это является способом привлечения врача-акушер-гинеколога к уголовной ответственности в ситуации, когда ребенок погибает в процессе своего рождения, еще не став субъектом правовой защиты[[79]](#footnote-79). В силу начала уголовно-правовой охраны жизни человека с момента его отделения от организма матери, в действиях врача отсутствует состав преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ.

В судебной практике гибель плода в процессе родов часто не разграничивается с внутриутробной гибелью и трактуется как причинение тяжкого вреда здоровью роженице. Так, суд определяет, что «в результате неправильно выбранной тактики ведения родов врачом акушером-гинекологом и ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей в родовспоможении, посредством родоусиления «Окситоцином», у пациентки вызвано прерывание беременности (интранатальная гибель плода), квалифицируемое как повреждение, причинившее тяжкий вред здоровью»[[80]](#footnote-80).

За причинение вреда в интранатальном периоде, следствием которого стала смерть живорожденного ребенка в течение короткого промежутка времени после родов, врач акушер-гинеколог привлекается к уголовной ответственности по ч.2 ст.109 УК РФ. Например, районный суд признал виновной врача акушер-гинеколога в смерти новорожденного, наступившей на следующие сутки после рождения. Причиной смерти являлась интранатальная асфиксия плода, возникшая в период родов из-за неправильных действий медработника[[81]](#footnote-81).

Следующей правовой проблемой при квалификации действий врача акушер-гинеколога можно назвать разграничение составов ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 293. На практике это может быть затруднительным, поскольку нужно определить в какой роли выступал медицинских работник в исследуемых обстоятельствах, когда определённое деяние в отношении беременной женщины является халатностью, а когда – ненадлежащим исполнением врачом своих профессиональных обязанностей.

Так, Советский районный суд г. Иваново признал виновной заведующую акушерского физиологического отделения по ч. 2 ст. 293 УК РФ. Было установлено, что она не организовала и не обеспечила своевременное обследование и лечение пациентке, не осуществила контроль за работой врача, в том числе за правильностью поставленных им диагнозов, качеством проводимого им лечения, в связи с чем диагноз был поставлен несвоевременно, дальнейшая тактика ведения родов определена неверно.  
Не дала обязательное для исполнения распоряжение о проведении операции кесарево сечение, устно распорядившись продолжить ведение родов через естественные родовые пути. Оказание неадекватной медицинской помощи привело к причинению тяжкого вреда здоровью матери и рождению мертвого ребенка[[82]](#footnote-82).

Нужно подчеркнуть, что в данных составах различаются субъекты преступления, так как лицом, подлежащим уголовной ответственности по ст. 293 УК РФ может быть только должностное лицо. Поэтому согласно положениям уголовного законодательства и судебной практики мероприятия, выполняемые в соответствии со своей профессиональной (врачебной) специализацией, приводящие к причинению вреду, нельзя оценивать как халатность. Наступившие неблагоприятные последствия по ч. 2 и ч. 3 ст. 293 УК РФ относятся к случаям ненадлежащего осуществления должностным лицом своих служебных обязанностей при выполнении организационно-распорядительных функций.

Отдельное внимание следует уделитьодному из самых громких «медицинских» уголовных дел последних лет – делу калининградских врачей Сушкевич и Белой, которых признали виновными в совершении убийства малолетнего (п. «в» ч.2 ст. 105 УК РФ). Интересно дело своей экстраординарностью, так как вина в форме прямого умысла обычно не свойственна преступлениям, совершаемым медицинскими работниками.

Согласно официальной версии следствия и.о. главврача роддома Белая приняла решение и дала указание причинить смерть новорожденному недоношенному ребёнку с экстремально низкой массой тела в 700г. Так как вероятность наступления летального исхода таких младенцев крайне высокая, врач не хотела ухудшения показателей медицинской статистики учреждения, поскольку это могло бы негативно сказаться на её будущем назначении на должность главврача. По ее указанию реаниматолог-анестезиолог Сушкевич ввела новорожденному препарат магния сульфат, что привело к его смерти[[83]](#footnote-83). При расследовании уголовного дела было произведено две судебно-медицинские экспертизы, в которых эксперты подтвердили данную причину смерти - отравление сульфатом магния. Кроме того, ухудшило положение обвиняемых попытка скрыть факт живорождения ребенка. Распоряжением Белой в учётную документацию учреждения была внесена заведомо ложная информации о смерти ребенка в интранатальном периоде.

Дело вызвало большой резонанс, еще и потому, что сначала суд присяжных вынес оправдательный приговор, так как пришел к выводу о недостаточности доказательств, подтверждающих факт введения недоношенному ребенку препарата. Прокуратура обжаловала это решение, и новый приговор, уже обвинительный, был вынесен Московским областным судом, в котором обеим врачам было назначено наказание в виде 9 лет лишения свободы.

С этим решением не согласны как сами осужденные врачи, так и многие представители медицинского сообщества[[84]](#footnote-84). Сомнения и вопросы вызвало качество проведенной судебно-медицинской экспертизы и обоснованность ее выводов. Высказываются мнения, что умысла в действиях врачей не было, а смерть новорожденного наступила вследствие неоказания ему своевременной адекватной медицинской помощи, допущении грубых нарушений тактики выхаживания и лечения недоношенных детей[[85]](#footnote-85). Представители медицинского сообщества также ссылаются на необходимость проведения экспертизы плаценты, поскольку обнаружение наибольшего количества магния в желудке ребенка свидетельствует о том, что вещество попало к нему через плаценту, это является нормальным, так как препараты магния назначаются беременным.

Выхаживание недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, которые в большинстве случаев нежизнеспособны и умирают гораздо чаще остальных новорожденных, является одной из причин увеличения количества уголовных и гражданских дел в отношении врачей. Разобранное выше уголовное дело, вызвавшее большой общественный резонанс, послужило поводом к рассмотрению вопроса о необходимости создания нормативно-правового регулирования реанимации недоношенных детей. Нужно разработать регламент оказания медицинской помощи таким новорожденным, где подробно определить, учитывая тяжесть состояния и способность к дальнейшему функционированию, а также мнение родителей ребенка, подходы к реанимации. Статистически такие дети очень редко вырастают полностью здоровыми людьми, они или не выживают, или остаются инвалидами на всю жизнь.

Подводя итог,в ходе мониторинга правоприменительной практики были выявлены проблемы при квалификации преступных деяний врачей акушер-гинекологов. За схожие деяния ненадлежащего оказания медицинской помощи, приведшие к причинению смерти на практике может быть дана разная квалификация как по ст.109 УК, так и по 238 УК РФ. Разграничение должно проходить по объекту преступления, форме вины. Для привлечения к уголовной ответственности по ст. 238 УК РФ должен быть установлен факт умышленного неисполнения врачом требований нормативных правовых актов, обеспечивающих безопасность товара, работы, услуги. Разграничение составов преступлений, содержащихся в главе 16 УК РФ и состава халатности необходимо по субъекту и его обязанностям. Должностное лицо, которым является, например, заведующий акушерского физиологического отделения, может быть привлечено к уголовной ответственности по ст. 293 УК РФ только за деяния, относящиеся к его организационно-распорядительным функциям.

Гибель плода в интрантальном периоде в судебной практике не разграничивается с внутриутробной гибелью и часто принимается за причинение тяжкого вреда здоровью роженицы, квалифицируется по ст. 118 УК РФ. Предложения исследователей о наделении рождающегося ребенка статусом субъекта права и приравниванию его смерти к смерти человека, полагаю сложно реализуемы и только могут затруднить процесс установления причинно-следственной связи между дефектом, допущенным врачом, и наступившими неблагоприятными последствиями.

Также, на примере громкого уголовного дела, где врачей признали виновными в убийстве новорожденного, был выявлен пробел в действующем законодательстве, заключающийся в отсутствии нормативно-правового регулирования реанимации недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. Создание современного руководства при работе с такими новорожденными необходимо для оказания адекватной качественной медицинской помощи им и снижения рисков привлечения врачей к юридической ответственности.

**3.3. Особенности расследования преступлений в области акушерства и гинекологии**

Пристансковым В.Д. была выработана структура криминалистически значимых и обязательных для любого ятрогенного преступления элементов[[86]](#footnote-86). Для определения особенностей расследования преступлений в акушер-гинекологической практике необходимо дать характеристику наиболее важным элементам структуры применительно к данной сфере.

Прежде всего, нужно установить надлежащего субъекта определенного ятрогенного преступления, подтвердить, что он является соответствующим специалистом, который мог адекватно выполнить конкретное медицинское мероприятие или оказать адекватную медицинскую помощь и должен был ввиду положений профессионального стандарта, должностных инструкций. Для этого необходимо запросить в отделе кадров данные о его образовании, профессиональной подготовке, квалификации, опыте работы. Кроме того, для лучшего понимания действий врача и установления причин произошедшего, следует узнать поведенческие особенности и характеристику личности субъекта с помощью допроса пациентов и коллег. Сведения о том, как врач взаимодействует с пациентами, насколько обычно внимателен и аккуратен при работе, информация о вредных привычках даст ясную оценку личности с профессиональной точки зрения.

Субъектом преступления при ведении беременности и родовспоможении чаще всего является врач акушер-гинеколог. Однако в данном процессе также принимают участие многие врачи специалисты, которых посещают пациентки при сборе полного анамнеза. На этапе родильного дома в качестве субъектов преступления могут быть акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог и средний медицинский персонал.

Следующим элементом структуры ятрогенного преступления является жертва (пациент), определение его индивидуальных особенностей также имеют важную роль при расследовании. Первым делом проверяется относимость пациента к группе риска – группе населения в большей степени предрасположенных к заболеваниям, чем другие[[87]](#footnote-87). При определении группы риска обычно учитывается возраст беременной, вес, количество родов, абортов и выкидышей, наличие хронических и наследственных заболеваний, резус-конфликт с ребенком и т.д. Для выяснения этих данных чаще достаточно опросить пациентку, но нужно помнить, что некоторые сведения она может не знать или не сказать специально. В случае смерти пациентки, могут допрашиваться ее родственники, исследоваться истории болезни, протокол патологоанатомического вскрытия и иные медицинские документы.

Необходимо также изучить индивидуальные поведенческие особенности пациентки, соблюдение предписанного режима беременной, наличие вредных привычек, выяснить какие лекарственные средства принимались и занималась ли самолечением. Эти факты могут повлиять на оценку причинно-следственной связи между действиями медработника и наступившими неблагоприятными последствиями.

Исследования показывают, что беременные женщины нередко проявляют недоверие к врачам, отказываются принимать назначенные лекарственные препараты, не придают значения регулярному посещению врача в целях наблюдения за течением беременности (45,05%), ранней явке и постановке на учет при наступлении беременности (42,08%), дородовой госпитализации (25,99%), важности профилактических посещений врача-гинеколога до наступления беременности (22,03%)[[88]](#footnote-88). В таких случаях медработник всегда должен делать отметки в медицинской документации о нарушениях со стороны пациента при получении медицинской помощи.

Процесс оказания медицинской помощи включает в себя диагностику, лечение и преемственность пациента. Выполняются диагностические, лечебные и профилактические медицинских мероприятия. При расследовании ятрогенного преступления необходимо исследование каждого указанного этапа. Как показывает практика, несоответствие оказания медицинской помощи установленным стандартам встречается на разных этапах сопровождения беременности, при проведении различных медицинских мероприятий.

На этапе диагностики главным является установление самого факта беременности врачом акушер-гинекологом, чем раньше это будет определено, тем больше времени и возможностей для принятия решения о проведении необходимых обследований, медицинских манипуляций и операций. Например, возможно ранее выявление медицинских показаний к прерыванию беременности, что позволит получить больше шансов на сохранение репродуктивного здоровья женщины. На данном этапе чаще всего допускаются дефекты оказания медицинской помощи беременным, заключающиеся в проведении неполных, несвоевременных диагностических мероприятий, что ведет к постановке ошибочного диагноза и выборе неправильной тактики ведения родов.

Важную роль имеет преемственность - связь между медицинскими учреждениями, осуществляющими амбулаторное ведение беременности и родильными домами, где пациенткам непосредственно оказывается родовспоможение. Дефекты диагностики и лечения на этапе сопровождения беременности могут повлечь последствия и осложнения, которые проявятся при родоразрешении. В связи с чем, при расследовании преступлений в акушер-гинекологической практике особенно трудоемким процессом является выявление этапа, на котором был допущен дефект оказания медицинской помощи и определение конкретных медработников, допустивших нарушение установленных стандартов.

Наиболее результативными следственными действиями в ходе расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками при сопровождении беременности и родовспоможении является судебно-медицинская экспертиза, выемка и осмотр медицинской документации и допрос.

Проведение судебно-медицинской экспертизы направлено на выявление нарушений порядка оказания медицинской помощи, установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья человека. Поскольку в родовспоможении обычно задействованы несколько врачей разных специальностей (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог), назначается комиссионная экспертиза, чтобы оценка качества выполненной работы была подробной и всесторонней. При этом, верно указывает Тихомиров А.В., эксперты не должны заниматься вопросами определения виновности медработника[[89]](#footnote-89).

С организацией судебно-медицинских экспертиз по «медицинским» уголовным делам существуют сложности, заключающиеся в формальном подходе экспертов к составлению заключения, его краткости, отсутствии необходимых ссылок на нормативно-правовое регулирование рассматриваемого вопроса. При выявлении дефектов оказания медицинской помощи и определении причинно-следственной связи у членов комиссии могут возникать трудности в достижении единого мнения. Также зачастую сложно обеспечить независимость эксперта, проводящего экспертизу, потому что они, как и медики, подозреваемые в совершении преступлений, подчинены одному и тому же департаменту здравоохранения субъекта Российской Федерации. По данной причине отмечаются случаи получения необъективных заключений, а при назначении повторного исследования за пределами субъекта РФ эксперты приходят к противоположным выводам. В целом, медицинскому сообществу характерна корпоративность, нежелание свидетельствовать и давать заключения против своих коллег,что является неправильным пониманием профессиональной этики. Следовательно, чтобы удостовериться в объективности проведенной экспертизы, важно обращать внимание на личность эксперта, его компетентность, уровень образования, профессиональную квалификацию.

Необходимая информация для выявления обстоятельств преступления содержится в различной медицинской документации, в акушерстве это могут быть: амбулаторная карта беременной и родильницы, история родов, история развития ребенка, журналы проведения инструментальных и лабораторных исследований, журналы учета. Полезным будет получение в органах здравоохранения результатов ведомственных проверок, например, заключение клинико-экспертной комиссии[[90]](#footnote-90).

Выемка и осмотр медицинских документов должны проводиться как можно быстрее, так как существует вероятность подделки или уничтожения важных сведений медицинскими работниками. При проведении данного следственного действия следователь может привлекать специалиста, обладающего знаниями в сфере акушерства и гинекологии, для исследования медицинской документации и получения консультаций. С помощью данных, отраженных в документах можно проследить на каком этапе оказания медицинской помощи было допущено нарушение и выявить лицо, ответственное за наступившие неблагоприятные последствия.

Следующим важным следственным действием при расследовании ятрогенных преступлений является допрос потерпевшего, свидетелей и подозреваемого. Первая сложность заключается в том, что сам субъект преступления, как и большинство свидетелей являются совместно работающими медиками, которые зачастую не готовы давать показания против своих коллег. Вторая сложность выражается в отсутствии специальных медицинских знаний у следователя и дознавателя, а для проведения качественного допроса нужно разбираться в аспектах надлежащего оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии. Поэтому необходимо привлечь специалиста, который поможет составить следователю правильные, актуальные вопросы для допроса медицинских работников. При выборе специалиста следует обращать внимание на наличие необходимой квалификации и опыта. Нужно также не забывать, что существует множество подходов и тактик ведения беременности и родов, у разных специалистов могут быть различные взгляды в конкретной ситуации.

Резюмируя вышесказанное, отмечаю, что главными сложностями при расследовании ятрогенных преступлений в акушерстве и гинекологии является многоэтапность лечебно-диагностического процесса, где принимают участие множество медработников, среди которых затруднительно найти надлежащего субъекта преступления. Кроме того, препятствует эффективному расследованию корпоративность медицинских работников, отсутствие медицинских знаний у следователя и дознавателя, чем часто пользуются эксперты, вуалируя ятрогенный дефект и ятрогении.

Значительная часть дефектов оказания медицинской помощи в акушер-гинекологической практике совершается на этапах диагностирования и обследования, на что особенно следует обращать внимание при расследовании преступлений такого рода. Не следует относиться к заключению судебно-медицинской экспертизы, как к главному доказательству по делу, нужно оценивать выводы эксперта в комплексе с иными имеющимися доказательствами. Грамотное ведение допроса, своевременная выемка и осмотр медицинской документации может повысить шансы на успешное расследование ятрогенного преступления.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

По итогам проведенного исследования можно сделать вывод, что на сегодняшний день существует немало пробелов и несоответствий в правовом регулировании оказания медицинской помощи беременным женщинам. Анализ правоприменительной практики также выявил ряд проблем, возникающих при привлечении медработников к юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

В первой главе была дана характеристика основным нормативно-правовым актам в области акушерства и гинекологии. Наряду с общими принципами правовое регулирование данной сферы характеризуется большим объемом специальных нормативных актов. Был сделан вывод о том, что в новых Порядках нашли закрепление, как спорные вещи – сокращение количества скринниговых исследований беременных, расширение обязательной для заполнения медработником медицинской документации, так и необходимые стандарты оснащения медицинских клиник, нормативное закрепление проведения базовой программы ВРТ (ЭКО), криоконсервации эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов за счет ОМС. С принятием клинических рекомендаций как обязательных к исполнению актов, с одной стороны, создается основанная на современных клинических данных информационная база, направленная на повышение качества оказания медицинской помощи пациенту, а с другой стороны, возникают дополнительные риски для медработников и поводы для исков к медицинским организациям, если они не имеют возможности оказать помощь, соответствующую требованиям клинических рекомендаций.

Кроме того, был выявлен пробел в действующем законодательстве: отсутствие нормативно-правового регулирования деятельности и профессиональной подготовки врача-репродуктолога. Необходимость выделения указанной специальности продиктована развитием популярности применения вспомогательных репродуктивных технологий. Для оказания качественной медицинской помощи необходимо нормативное закрепление данной специальности, создание образовательных программ профессиональной подготовки и повышения квалификации, формирование профессионального стандарта и установление квалификационных характеристик.

Также отмечено, что применение вспомогательных репродуктивных технологий является сложной комплексной медицинской услугой, где помимо акушер-гинеколога участвует биолог или врач-лаборант со специальной функцией работы с биоматериалами. Врач акушер-гинеколог этой методикой не владеет и пока не имеет права это делать, данная медицинская деятельность также нуждается в регламентации.

Во второй главе были исследованы аспекты гражданско-правовой ответственности за ненадлежащее оказании медицинской помощи в акушер-гинекологической практике, а также выявлены особенности информированного добровольного согласия на проведение аборта, использование ВРТ.

Поскольку ИДС обычно является доказательством надлежащего информирования пациента и может повлиять на вывод суда о качестве оказания медицинской помощи, были даны рекомендации по правильному оформлению согласия. Отмечена практическая необходимость не только предоставления сведений медицинского характера в ИДС на использование ВРТ, но и снабжения пациента юридической информацией относительно правового статуса, приобретаемого им посредством участия в программах ВРТ. Кроме того, были определены возможные действия для снижения риска привлечения врача-акушер-гинеколога к юридической ответственности, а также способы улучшения качества оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии.

В третье главеисследовались особенности уголовно-правовой ответственности медработников при оказании медицинской помощи беременным и роженицам. Были рассмотрены отличительные особенности понятий «врачебная ошибка» и «ятрогении». В ходе мониторинга судебной практики выявлены проблемы разграничения смежных составов ятрогенных преступлений в акушерстве и гинекологии: ч. 2 ст. 109 УК РФ и п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ; ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 293 УК РФ. Были обозначены критерии разграничения данных составов. Кроме того, исследована проблема квалификации интранатальной смерти плода в судебной практике и доктрине.

Был выявлен пробел в действующем законодательстве, заключающийся в отсутствии нормативно-правового регулирования реанимации недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. Необходимо создание современного руководства при работе с такими новорожденными, где подробно определить, учитывая тяжесть состояния и мнение родителей ребенка, подходы к реанимации.

Выявлены сложности, возникающие при расследовании ятрогенных преступлений в акушер-гинекологической практике. Рассмотрены основные результативные следственные действия при расследовании подобных преступлений, даны рекомендации по расследованию с учетом необходимости исследования всех этапов лечебно-диагностического процесса, оценки заключения судебно-медицинской экспертизы в комплексе с иными имеющимися доказательствами.

Таким образом, принятие необходимых нормативно-правых актов, исключение пробелов в действующих актах важно для оказания адекватной качественной медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным, а также для снижения рисков привлечения врачей к юридической ответственности.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

*Нормативно-правовые акты*

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 6 октября 2022 г.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // СПС «КонсультантПлюс».
4. Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. N 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов" // СПС «КонсультантПлюс».
5. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // СЗ РФ. – 1994. - № 32. – Ст. 3301.
6. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022) "О защите прав потребителей"// СПС «КонсультантПлюс»
7. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 18.03.2023) // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, № 25, ст. 2954.
8. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 14.04.2023) // «Собрание законодательства Российской Федерации» от 7 января 2002 г. N 1 (часть I) ст. 1.
9. Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // СПС «Консультант Плюс»
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // СПС «Консультант Плюс».
11. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2020 N 60457) // СПС «Консультант Плюс».
12. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740) // СПС «Консультант Плюс».
13. Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 “Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” // СПС «Консультант Плюс».
14. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // СПС «Консультант Плюс».
15. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 N 852 (ред. от 16.02.2022) "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации" // СПС «Консультант Плюс».
16. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 N 707н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 N 39438) // СПС «Консультант Плюс».
17. Приказ Минтруда России от 19.04.2021 N 262н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - акушер-гинеколог" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.05.2021 N 63555) // СПС «Консультант Плюс».
18. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 N 27723) // СПС «Консультант Плюс».
19. "Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (ETS N 164) (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997) (с изм. от 27.11.2008) // СПС «Консультант Плюс».
20. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // СПС «Консультант Плюс».
21. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»// СПС «КонсультантПлюс».
22. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869) // СПС «КонсультантПлюс».
23. Приложение № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" // Гарант: справочно-правовая система.
24. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118)// СПС «Консультант Плюс».

*Судебная практика*

1. Постановление Пленума ВС РФ от 26.01.2010 N 1 "О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина"// СПС «Консультант Плюс».
2. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 16.05.2022 N 18-КГПР22-28-К4 // СПС «Консультант Плюс».
3. Определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 02.07.2019 № 64-КГ19-6 // «Консультант Плюс».
4. Апелляционное определение Ставропольского краевого суда от 20.11.2018 по делу N 33-8852/2018 // СПС «Консультант Плюс».
5. Решение Октябрьского районного суда г. Тамбова № 2-4263/2017 2-570/2018 2-570/2018(2-4263/2017;)~М-4229/2017 М-4229/2017 от 26 июля 2018 г. по делу № 2-4263/2017// <https://sudact.ru/regular/doc/2Lsu1fNAnDbW/?regular>.
6. Решение Гулькевичского районного суда (Краснодарский край) № 2-1991/2019 2-89/2020 2-89/2020(2-1991/2019;)~М-1918/2019 М-1918/2019 от 30 января 2020 г. по делу № 2-1991/2019// <https://sudact.ru/regular/doc/EoOSURXV8bQl/>.
7. Решение Новоалтайского городского суда № 2-1000/2018 2-1000/2018~М-723/2018 М-723/2018 от 20 июля 2018 г. по делу № 2-1000/2018// <https://sudact.ru/regular/doc/WfCYGflQO7Hx/>.
8. Решение Ростовского районного суда (Ярославская область) № 2-1882/2016 2-59/2017 2-59/2017(2-1882/2016;)~М-2358/2016 М-2358/2016 от 16 мая 2017 г. по делу № 2-1882/2016// <https://sudact.ru/regular/doc/vdFa1LCA02lC/?regular>
9. Апелляционное определение Новосибирского областного суда от 21.09.2017 по делу N 33-9201/2017 // СПС «Консультант Плюс».
10. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 14 марта 2022 г. № 18-КГ21-165-К4 // Гарант: справочная правовая система.
11. Решение Пролетарского районного суда г.Тулы № 2-418/2019 2-418/2019~М-93/2019 М-93/2019 от 24 июня 2019 г. по делу № 2-418/2019 // <https://sudact.ru/regular/doc/LmvWOuHZ3qVF/?regular-txt>
12. Определении Верховного Суда Удмуртской Республики по делу № 33-1958 от 1.06.2011 // <https://sudact.ru/regular/doc/jH97GfDxRmNp/>
13. Решение Мытищинского городского суда от 21.08.2017 по делу № 2-5524/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/uqmqEfrlP0Q8/>
14. Решение Советского районного суда г. Нижнего Новгорода от 15.11.2017 по делу № 2-5510/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/7azoWr7ZRQmj/>
15. Решение Карталинского городского суда Челябинской области от 03.05.2018 по делу № 2-2/2018) // <https://sudact.ru/regular/doc/7k0pX8vDLXYn/>
16. Приговор Кировский районного суда г. Уфы от 27.02.2019  по делу №1-5/2019 // <https://bsr.sudrf.ru/bigs/portal.html#id=3_2286f1709>
17. Апелляционное определение Волгоградского областного суда от 27 сентября 2021 г. по делу № 22-3619/2021 // <https://судебныерешения.рф/62050725>
18. Постановление Чернышевского районного суда (Забайкальский край) № 1-201/2019 1-6/2020 от 25 мая 2020 г. по делу № 1-201/2019 // <https://sudact.ru/regular/doc/oqQLp7uxIgLm/>
19. Апелляционное постановление Приморского краевого суда №22- 3762/2020 от 16 ноября 2020 по делу 22-3762 // <https://судебныерешения.рф/54617414>.
20. Приговор Советского районного суда г. Иваново № 1-135/2017 1-2/2018 от 16 мая 2018 г. по делу № 1-135/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/rZDOQstUkzVA/>

*Научная и учебная литература*

1. Артымук В. А. Недостаток финансирования здравоохранения как причина юридической ответственности врачей акушеров-гинекологов // МиД. 2019. №1.
2. Белова Д. А. Согласие на применение метода искусственной репродукции и его правовое значение для установления происхождения ребенка // Lex Russica. 2020. №8 (165).
3. Бойцов Г. Ответственность медучреждения за ошибки в лечении больных по договору с предприятием. Споры и советы компаниям // Трудовое право. 2017. № 5. С. 57 - 112.
4. Бреслав И. Ю. Сложности квалификации преступлений, совершенных в акушерско-гинекологической практике, по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Российский юридический журнал. 2022. № 5. С. 41–48.
5. Васильева Т.П., Песикин О.Н., Халецкий И.Г., Васильев М.Д., Борзова Н.Ю., Краснова В.П., Шевелева А.А. Гностическая готовность пациента и медицинского работника как составная часть системы обеспечения профилактики акушерской и перинатальной патологии // Медицинский альманах «Организация здравоохранения и общественное здоровье». - 2009. - №4 (9) – С. 30-32
6. Веркаутерен М. Информированное согласие в акушерской анестезиологии: что говорить пациенткам? // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2010. №4.
7. Гребенщикова, Е. Г., Чучалин А.Г. Уважая автономию пациента: добровольное информированное согласие в современной медицине // Медицинская этика. – 2021. – Т. 9, № 1. – С. 12-16.
8. Дьяченко С. В., Авдеев А. И., Дьяченко В. Г. Экспертиза ятрогении / Хабаровск: Издательство "Лидер", 2015. – 660 с.
9. Дядюн К.В. К вопросу о субъекте преступления, предусмотренного статьей 123 УК РФ // Адвокат. – 2015. – №7. – С. 10–13.
10. Колочков Е. Д. Проблема квалификации преступлений, связанных с интранатальной гибелью плода // Криминалистъ. 2015. № 1(16). С. 94-95.
11. Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки. Литературный обзор // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 6-15.
12. Матейкович Е.А. Защита интересов медицинских работников при рассмотрении вопросов о ненадлежащем оказании акушерско-гинекологической помощи (обзор литературы) // МНИЖ. 2017. №8-3 (62).
13. Матейкович Е.А., Шевлюкова Т.П. , Кукарская Е.Ю., Галиева Г.Д. Медицинские ошибки при оказании акушерско-гинекологической помощи. // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. С. 5.
14. Медведева О.В., Большова Т.В., Попов Ю.Е. Сравнительная характеристика отдельных нормативно-правовых актов, используемых для оценки качества работы врача акушера-гинеколога // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №3.
15. Мызгин А.В., Гонежукова Б.Р. Права беременных на качественное медицинское обслуживание // Социальное и пенсионное право. 2011. № 4.
16. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. - с. 128
17. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966. С.43.
18. Песикин О.Н., Тихонов М.Ю., Куксенко В.М. Комплексная характеристика беременных женщин и ее роль в улучшении качества медицинских услуг. Практическая медицина. 2013; (7): 193-7.
19. Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. Consilium Medicum. 2017; 19 (6): 9–31.
20. Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. Монография. СПб., 2007. С. 193.
21. Пристансков В.Д*.* Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. Монография. СПб., 2005. С. 9.
22. Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие. СПб. 2007. С. 33.
23. Псарева Е.В. Проблемы привлечения к ответственности медицинских организаций в случае причинения вреда здоровью пациента // ГлаголЪ правосудия. 2017. №1 (13).
24. Романовский, Г. Б. Начало жизни человека в уголовном праве / Г. Б. Романовский // Криминологический журнал БГУЭП. – № 3 (21). – С. 43–49.
25. Российское гражданское право: Учебник: в 2 т. Т. 1: Общая часть / Отв. ред. Е.А. Суханов. – 2-е изд. – М.: Статут, 2011. С. 452.
26. Силуянова И.В., Сабурова В.И., Силуянова В.А, Тузенко Т.Н. Информированное согласие в гинекологической практике // Медицинское право, 2007. № 1. С. 12.
27. Старченко А.А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности. М.: БИНОМ; 2016.
28. Тихомиров А.В. Медицинское право // Тихомиров А.В. - М.,2013. - с.211.
29. Шестаков А.А. Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: опыт социологического анализа: автореф. дис. … канд. мед. наук. Волгоград, 2015. 22 с.
30. Beauchamp TL. Autonomy and consent. In book: The ethics of consent: theory and practice. Oxford University Press, 2010; 55 p.
31. Groopman J. How Doctors Think. N.Y.: Houghton Mifflin Company, 2007. 320 p
32. Pattee C., Ballantyne M., Milne B. Epidural analgesia for labor and delivery: Informed consent issues // Can. J. Anaesth. 1997; 44: 918–923.

*Интернет-ресурсы*

1. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> / (Дата обращения: 03.04.2023).
2. [Электронный ресурс]. URL: [https://minzdrav.gov.ru/news/2017/09/05/6045-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii //](https://minzdrav.gov.ru/news/2017/09/05/6045-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii%20//) (Дата обращения: 06.04.2023).
3. [Электронный ресурс]. URL: [https://rahr.ru/registr\_otchet.php //](https://rahr.ru/registr_otchet.php%20//) (Дата обращения 6.04.2023).
4. [Электронный ресурс]. URL: <https://национальныепроекты.рф/opportunities/proyti-besplatno-protseduru-eko> / (Дата обращения: 6.04.2023).
5. [Электронный ресурс]. URL: [https://medvestnik.ru/content/news/Centr-sudmedekspertizy-Minzdrava-raskryl-statistiku-po-ugolovnym-delam-pediatrov-i-akusherov.html /](https://medvestnik.ru/content/news/Centr-sudmedekspertizy-Minzdrava-raskryl-statistiku-po-ugolovnym-delam-pediatrov-i-akusherov.html%20/) (Дата обращения 20.04.2023).
6. [Электронный ресурс]. URL: <https://klops.ru/news/2022-09-07/257769-prinyala-reshenie-prichinit-smert-stenogramma-prigovora-beloy-i-sushkevich>/(Дата обращения: 01.05.2023).
7. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.raspm.ru/index.php/2013-05-15-10-56-47/38-vazhnye-novosti/354-pismo-minzdrava-rossii-o-provedenii-kongressa-raspm-3 //](https://www.raspm.ru/index.php/2013-05-15-10-56-47/38-vazhnye-novosti/354-pismo-minzdrava-rossii-o-provedenii-kongressa-raspm-3%20//) (Дата обращения 02.05.2023).

1. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> / (Дата обращения: 03.04.2023). [↑](#footnote-ref-1)
2. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 6 октября 2022 г. [↑](#footnote-ref-2)
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-3)
4. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-4)
5. Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. N 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов" // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-5)
6. Мызгин А.В., Гонежукова Б.Р. Права беременных на качественное медицинское обслуживание // Социальное и пенсионное право. 2011. № 4. [↑](#footnote-ref-6)
7. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // СЗ РФ. – 1994. - № 32. – Ст. 3301. [↑](#footnote-ref-7)
8. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 N 1 "О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина"// СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-8)
9. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022) "О защите прав потребителей"// СПС «КонсультантПлюс» [↑](#footnote-ref-9)
10. Романовский, Г. Б. Начало жизни человека в уголовном праве / Г. Б. Романовский //

    Криминологический журнал БГУЭП. – № 3 (21). – С. 43–49. [↑](#footnote-ref-10)
11. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ, ст. 17 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-11)
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-12)
13. Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // СПС «Консультант Плюс» [↑](#footnote-ref-13)
14. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 18.03.2023) // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, № 25, ст. 2954. [↑](#footnote-ref-14)
15. Дядюн К.В. К вопросу о субъекте преступления, предусмотренного статьей 123 УК РФ // Адвокат. – 2015. – №7. – С. 10–13. [↑](#footnote-ref-15)
16. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 14.04.2023), ст. 6.32. // «Собрание законодательства Российской Федерации» от 7 января 2002 г. N 1 (часть I) ст. 1. [↑](#footnote-ref-16)
17. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2020 N 60457) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-17)
18. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-18)
19. Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 “Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-19)
20. [Электронный ресурс]. URL: [https://minzdrav.gov.ru/news/2017/09/05/6045-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii //](https://minzdrav.gov.ru/news/2017/09/05/6045-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii%20//) (Дата обращения: 06.04.2023). [↑](#footnote-ref-20)
21. Медведева О.В., Большова Т.В., Попов Ю.Е. Сравнительная характеристика отдельных нормативно-правовых актов, используемых для оценки качества работы врача акушера-гинеколога // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №3. [↑](#footnote-ref-21)
22. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-22)
23. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 N 852 (ред. от 16.02.2022) "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации" // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-23)
24. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 N 707н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 N 39438) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-24)
25. Приказ Минтруда России от 19.04.2021 N 262н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - акушер-гинеколог" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.05.2021 N 63555) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-25)
26. [Электронный ресурс]. URL: [https://rahr.ru/registr\_otchet.php //](https://rahr.ru/registr_otchet.php%20//) (Дата обращения 6.04.2023). [↑](#footnote-ref-26)
27. [Электронный ресурс]. URL: <https://национальныепроекты.рф/opportunities/proyti-besplatno-protseduru-eko> / (Дата обращения: 6.04.2023). [↑](#footnote-ref-27)
28. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 N 27723) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-28)
29. "Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (ETS N 164) (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997) (с изм. от 27.11.2008) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-29)
30. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 20 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-30)
31. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 16.05.2022 N 18-КГПР22-28-К4 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-31)
32. Beauchamp TL. Autonomy and consent. In book: The ethics of consent: theory and practice. Oxford University Press, 2010; 55 p. [↑](#footnote-ref-32)
33. Гребенщикова, Е. Г., Чучалин А.Г. Уважая автономию пациента: добровольное информированное согласие в современной медицине // Медицинская этика. – 2021. – Т. 9, № 1. – С. 12-16. [↑](#footnote-ref-33)
34. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», ст. 10 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-34)
35. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», п. 14 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-35)
36. Pattee C., Ballantyne M., Milne B. Epidural analgesia for labor and delivery: Informed consent issues // Can. J. Anaesth. 1997; 44: 918–923. [↑](#footnote-ref-36)
37. Веркаутерен М. Информированное согласие в акушерской анестезиологии: что говорить пациенткам? // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2010. №4. [↑](#footnote-ref-37)
38. Силуянова И.В., Сабурова В.И., Силуянова В.А, Тузенко Т.Н. Информированное согласие в гинекологической практике // Медицинское право, 2007. № 1. С. 12. [↑](#footnote-ref-38)
39. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»// СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-39)
40. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869), п. 94 // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-40)
41. Приложение № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" // Гарант: справочно-правовая система. [↑](#footnote-ref-41)
42. Белова Д. А. Согласие на применение метода искусственной репродукции и его правовое значение для установления происхождения ребенка // Lex Russica. 2020. №8 (165). [↑](#footnote-ref-42)
43. Определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 02.07.2019 № 64-КГ19-6 // «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-43)
44. Старченко А.А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности. М.: БИНОМ; 2016. [↑](#footnote-ref-44)
45. Апелляционное определение Ставропольского краевого суда от 20.11.2018 по делу N 33-8852/2018 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-45)
46. Российское гражданское право: Учебник: в 2 т. Т. 1: Общая часть / Отв. ред. Е.А. Суханов. – 2-е изд. – М.: Статут, 2011. С. 452. [↑](#footnote-ref-46)
47. Дьяченко С. В., Авдеев А. И., Дьяченко В. Г. Экспертиза ятрогении / Хабаровск: Издательство "Лидер", 2015. – 660 с. [↑](#footnote-ref-47)
48. Решение Октябрьского районного суда г. Тамбова № 2-4263/2017 2-570/2018 2-570/2018(2-4263/2017;)~М-4229/2017 М-4229/2017 от 26 июля 2018 г. по делу № 2-4263/2017// <https://sudact.ru/regular/doc/2Lsu1fNAnDbW/?regular>. [↑](#footnote-ref-48)
49. Решение Гулькевичского районного суда (Краснодарский край) № 2-1991/2019 2-89/2020 2-89/2020(2-1991/2019;)~М-1918/2019 М-1918/2019 от 30 января 2020 г. по делу № 2-1991/2019 // <https://sudact.ru/regular/doc/EoOSURXV8bQl/>. [↑](#footnote-ref-49)
50. Решение Новоалтайского городского суда № 2-1000/2018 2-1000/2018~М-723/2018 М-723/2018 от 20 июля 2018 г. по делу № 2-1000/2018// <https://sudact.ru/regular/doc/WfCYGflQO7Hx/>. [↑](#footnote-ref-50)
51. Решение Ростовского районного суда (Ярославская область) № 2-1882/2016 2-59/2017 2-59/2017(2-1882/2016;)~М-2358/2016 М-2358/2016 от 16 мая 2017 г. по делу № 2-1882/2016 // <https://sudact.ru/regular/doc/vdFa1LCA02lC/?regular>. [↑](#footnote-ref-51)
52. Апелляционное определение Новосибирского областного суда от 21.09.2017 по делу N 33-9201/2017 // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-52)
53. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 14 марта 2022 г. № 18-КГ21-165-К4 // Гарант: справочная правовая система. [↑](#footnote-ref-53)
54. Псарева Е.В. Проблемы привлечения к ответственности медицинских организаций в случае причинения вреда здоровью пациента // ГлаголЪ правосудия. 2017. №1 (13). [↑](#footnote-ref-54)
55. Решение Пролетарского районного суда г.Тулы № 2-418/2019 2-418/2019~М-93/2019 М-93/2019 от 24 июня 2019 г. по делу № 2-418/2019 // <https://sudact.ru/regular/doc/LmvWOuHZ3qVF/?regular-txt> [↑](#footnote-ref-55)
56. Определении Верховного Суда Удмуртской Республики по делу № 33-1958 от 1.06.2011 // <https://sudact.ru/regular/doc/jH97GfDxRmNp/> [↑](#footnote-ref-56)
57. Песикин О.Н., Тихонов М.Ю., Куксенко В.М. Комплексная характеристика беременных женщин и ее роль в улучшении качества медицинских услуг. Практическая медицина. 2013; (7): 193-7. [↑](#footnote-ref-57)
58. Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 18.03.2023), ст. 41 // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, № 25, ст. 2954. [↑](#footnote-ref-58)
59. Артымук В. А. Недостаток финансирования здравоохранения как причина юридической ответственности врачей акушеров-гинекологов // МиД. 2019. №1. [↑](#footnote-ref-59)
60. Бойцов Г. Ответственность медучреждения за ошибки в лечении больных по договору с предприятием. Споры и советы компаниям // Трудовое право. 2017. № 5. С. 57 - 112. [↑](#footnote-ref-60)
61. Решение Мытищинского городского суда от 21.08.2017 по делу № 2-5524/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/uqmqEfrlP0Q8/> [↑](#footnote-ref-61)
62. Решение Советского районного суда г. Нижнего Новгорода от 15.11.2017 по делу № 2-5510/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/7azoWr7ZRQmj/> [↑](#footnote-ref-62)
63. Решение Карталинского городского суда Челябинской области от 03.05.2018 по делу № 2-2/2018) // <https://sudact.ru/regular/doc/7k0pX8vDLXYn/> [↑](#footnote-ref-63)
64. Матейкович Е.А. Защита интересов медицинских работников при рассмотрении вопросов о ненадлежащем оказании акушерско-гинекологической помощи (обзор литературы) // МНИЖ. 2017. №8-3 (62). [↑](#footnote-ref-64)
65. Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. Монография. СПб., 2007. С. 193. [↑](#footnote-ref-65)
66. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966. С.43. [↑](#footnote-ref-66)
67. Уголовный кодекс РФ, ч. 1 ст. 28 // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954. [↑](#footnote-ref-67)
68. Пристансков В.Д*.* Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. Монография. СПб., 2005. С. 9. [↑](#footnote-ref-68)
69. Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки. Литературный обзор // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 6-15. [↑](#footnote-ref-69)
70. Groopman J. How Doctors Think. N.Y.: Houghton Mifflin Company, 2007. 320 p [↑](#footnote-ref-70)
71. Матейкович Е.А., Шевлюкова Т.П. , Кукарская Е.Ю., Галиева Г.Д. Медицинские ошибки при оказании акушерско-гинекологической помощи. // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. С. 5. [↑](#footnote-ref-71)
72. Шестаков А.А. Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: опыт социологического анализа: автореф. дис. … канд. мед. наук. Волгоград, 2015. 22 с. [↑](#footnote-ref-72)
73. [Электронный ресурс]. URL: [https://medvestnik.ru/content/news/Centr-sudmedekspertizy-Minzdrava-raskryl-statistiku-po-ugolovnym-delam-pediatrov-i-akusherov.html /](https://medvestnik.ru/content/news/Centr-sudmedekspertizy-Minzdrava-raskryl-statistiku-po-ugolovnym-delam-pediatrov-i-akusherov.html%20/) (Дата обращения 20.04.2023). [↑](#footnote-ref-73)
74. Приговор Кировский районного суда г. Уфы от 27.02.2019  по делу №1-5/2019 // <https://bsr.sudrf.ru/bigs/portal.html#id=3_2286f1709> [↑](#footnote-ref-74)
75. Апелляционное определение Волгоградского областного суда от 27 сентября 2021 г. по делу № 22-3619/2021 // <https://судебныерешения.рф/62050725> [↑](#footnote-ref-75)
76. Бреслав И. Ю. Сложности квалификации преступлений, совершенных в акушерско-гинекологической практике, по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Российский юридический журнал. 2022. № 5. С. 41–48. [↑](#footnote-ref-76)
77. [Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118)](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_79398/) // СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-77)
78. Колочков Е. Д. Проблема квалификации преступлений, связанных с интранатальной гибелью плода // Криминалистъ. 2015. № 1(16). С. 94-95. [↑](#footnote-ref-78)
79. Бреслав И.Ю. Там же. С 45. [↑](#footnote-ref-79)
80. Постановление Чернышевского районного суда (Забайкальский край) № 1-201/2019 1-6/2020 от 25 мая 2020 г. по делу № 1-201/2019 // <https://sudact.ru/regular/doc/oqQLp7uxIgLm/> [↑](#footnote-ref-80)
81. Апелляционное постановление Приморского краевого суда №22- 3762/2020 от 16 ноября 2020 по делу 22-3762 // <https://судебныерешения.рф/54617414>. (Данным постановлением Приговор был изменен, врач освобождена от наказания в связи с истечением срока давности привлечения). [↑](#footnote-ref-81)
82. Приговор Советского районного суда г. Иваново № 1-135/2017 1-2/2018 от 16 мая 2018 г. по делу № 1-135/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/rZDOQstUkzVA/> [↑](#footnote-ref-82)
83. [Электронный ресурс]. URL: <https://klops.ru/news/2022-09-07/257769-prinyala-reshenie-prichinit-smert-stenogramma-prigovora-beloy-i-sushkevich>/(Дата обращения: 01.05.2023). [↑](#footnote-ref-83)
84. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.raspm.ru/index.php/2013-05-15-10-56-47/38-vazhnye-novosti/354-pismo-minzdrava-rossii-o-provedenii-kongressa-raspm-3 //](https://www.raspm.ru/index.php/2013-05-15-10-56-47/38-vazhnye-novosti/354-pismo-minzdrava-rossii-o-provedenii-kongressa-raspm-3%20//) (Дата обращения 02.05.2023). [↑](#footnote-ref-84)
85. [Электронный ресурс].URL: <http://www.raspm.ru/files/open_letter_volodin.pdf> // (Дата обращения 02.05.2023). [↑](#footnote-ref-85)
86. Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие. СПб., 2007. С. 33. [↑](#footnote-ref-86)
87. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. - с. 128. [↑](#footnote-ref-87)
88. Васильева Т.П., Песикин О.Н., Халецкий И.Г., Васильев М.Д., Борзова Н.Ю., Краснова В.П., Шевелева А.А. Гностическая готовность пациента и медицинского работника как составная часть системы обеспечения профилактики акушерской и перинатальной патологии // Медицинский альманах «Организация здравоохранения и общественное здоровье». - 2009. - №4 (9) – С. 30-32 [↑](#footnote-ref-88)
89. Тихомиров А.В. Медицинское право // Тихомиров А.В. - М.,2013. - с.211. [↑](#footnote-ref-89)
90. Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. Consilium Medicum. 2017; 19 (6): 9–31. [↑](#footnote-ref-90)