

Тема 8 «Организация расследования ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником»
по учебной дисциплине
«Организация расследования отдельных видов преступлений»

1. Уголовно-правовая и криминалистическая характеристики ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником

Рассмотрим уголовно-правовую характеристику данной категории преступлений, условия и основания наступления уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, а также обстоятельства, исключаящие преступность деяния.

Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей предусмотрена ст.162 УК Республики Беларусь.

Наступление уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи обусловлено следующими обязательными условиями:

1) Действия данного медицинского работника в конкретном случае были объективно неправильными, находились в противоречии с общепризнанными и общепринятыми правилами медицины;

2) Медицинский работник в силу полученного им образования и занимаемой должности должен был сознавать, что действия его являются неправильными и поэтому могут причинить вред (преступление совершено по неосторожности);

3) Это объективно неправильные действия способствовали наступлению неблагоприятных последствий (наличие причинной связи между неправильными действиями медицинского работника и наступившими неблагоприятными последствиями).

Родовым объектом преступления являются регулируемые государством общественные отношения между медицинским работником и пациентом в области здравоохранения. Данные общественные отношения регулируются различными нормативно-правовыми актами, среди которых особую роль занимают многочисленные ведомственные документы, издаваемые Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Непосредственным объектом данного преступления выступают жизнь и здоровье человека.

Состав преступления материальный, то есть для наступления уголовной ответственности необходимо наступление общественно опасных последствий. Так, объективная сторона включает в себя общественно опасное деяние – ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, что может выражаться в нарушении правил оказания медицинской помощи, повлекшее необоснованный выбор методики и тактики лечения, неправильной постановке диагноза, несоблюдении требований медицинских технологий, в результате чего наступают общественно опасные последствия – пациенту по неосторожности причиняются тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение, смерть пациента либо заражение его ВИЧ-инфекцией. Доказыванию подлежит объем

возложенных на медицинского работника профессиональных обязанностей, который закрепляется в ведомственных инструкциях, правилах, то есть медицинский работник несет ответственность за ненадлежащее исполнение (неисполнение) обязанностей, относящихся к его должности и соответствующих его образованию. Ответственность по ст.162 УК Республики Беларусь наступает только при установлении причинной связи между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей и наступившим последствиями. Многие случаи получения телесных повреждений и смертей при лечении больного не связаны с действиями медицинского работника. Неблагоприятный исход лечения может быть связан с тяжестью заболевания, развивающимися осложнениями, реакцией организма пациента на проводимое лечение.

Субъект преступления специальный – медицинский работник. Согласно ст.1 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинский работник – физическое лицо, имеющее высшее или среднее специальное медицинское образование, подтвержденное документом об образовании, и в установленном законодательством Республики Беларусь порядке занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи, обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведением медицинских экспертиз. Исходя из этого, к медицинским работникам относятся врач-специалист (физическое лицо, имеющее высшее медицинское образование, прошедшее интернатуру и сдавшее после ее прохождения квалификационный экзамен), медицинская сестра, фельдшер, акушер. Врач – лицо, получившее высшее медицинское образование, имеющее диплом и специальное звание (либо имеющее нострифицированный в Республике Беларусь диплом о высшем медицинском образовании, выданный в иностранном государстве). Для занятия определенной медицинской деятельностью врач должен иметь также сертификат специалиста и лицензию. Работники среднего медицинского персонала (медсестры, фельдшеры) – лица, получившие среднее медицинское образование в Республике Беларусь, имеющие соответствующий диплом и специальное звание. К медицинским работникам могут относиться также врачи-интерны, которые на период прохождения интернатуры оказывают медицинскую помощь пациентам под контролем медицинских работников, отвечающих за их профессиональное обучение, и несут установленную законодательством ответственность за результаты выполненной работы. Таким образом, субъектом преступления, предусмотренного ст.162 УК Республики Беларусь, то есть медицинским работником в том разрезе, который рассматривает УК Республики Беларусь, является лицо, работающее в учреждении здравоохранения Республики Беларусь, имеющее медицинское образование, обязанности которого включают оказание медицинской помощи. Согласно ст.1 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинская помощь – это комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками. Таким образом, субъектами преступления являются те медицинские работники, которые в силу своих должностных

обязанностей причастны к оказанию практической либо консультативной медицинской помощи конкретному пациенту.

Субъективная сторона преступления характеризуется неосторожной формой вины, то есть лицо предвидит, что в результате его действий могут наступить последствия, указанные в ст.162 УК Республики Беларусь, но рассчитывает на их предотвращение, либо не предвидит возможность наступления указанных последствий, но при должной внимательности должно и может их предвидеть. В случае, если у медицинского работника был прямой либо косвенный умысел на причинение пострадавшему тяжких или менее тяжких телесных повреждений, то ответственность наступает по соответствующей статье УК Республики Беларусь.

Нередко в медицинской литературе и в практике встречается такое понятие как «врачебная ошибка», которому, на наш взгляд следует уделить особое внимание.

Законодательное определение понятия «врачебная ошибка» в Республике Беларусь отсутствует.

Советские авторы к врачебным ошибкам относили добросовестные заблуждения врача, основанные либо на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, либо на особом течении заболевания у определенного больного, либо на недостатке знаний и опыта врача. Некоторыми исследователями в понятие «врачебной ошибки» необоснованно включались и небрежные, недобросовестные, неосторожные или невежественные действия и приемы в оказании медицинской помощи или уходе за больными».

В современной медицине под врачебной ошибкой понимают добросовестное заблуждение врача в его суждениях и действиях, если последние не содержат элементов халатности, самонадеянности и медицинского невежества. Условно врачебные ошибки подразделяются на три группы:

1. Диагностические – вследствие неправильной диагностики заболевания. Указанные ошибки встречаются чаще всего. В ряде случаев причинами указанных ошибок являются объективная трудность диагностики (отсутствие анамнеза, отсутствие необходимого времени для детального обследования больного, его бессознательное состояние, алкогольное опьянения и т.д.); недостаточная подготовка и опыт врача;

2. Ошибки в назначении и осуществлении лечения (лечебнотактические и лечебно-технические). Они встречаются реже, причинами их могут быть несовершенство самого метода лечения и несовершенство действий конкретного врача;

3. Ошибки в организации медицинской помощи. Они как правило обусловлены различными организационными упущениями администрации леченых учреждений (недостатки в хозяйственном и медицинском снабжении, запоздала госпитализация тяжелобольных).

Главным критерием врачебной ошибки является то, что она предполагает именно добросовестное заблуждение врача, вытекающее из определенных объективных условий, без элементов халатности, небрежности и

профессионального невежества. Врачебная ошибка исключает наличие умысла или неосторожности в действиях медицинского работника.

От преступных действий врача, врачебной ошибки необходимо отграничивать несчастные случаи, под которыми понимают неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть и предотвратить. Такие исходы связаны с идиосинкразией, аллергией к некоторым лекарственным препаратам, о чем при жизни больного известно не было. В настоящее время в медицинской литературе и практике накопился значительный материал о побочных действиях медикаментов. В литературе описываются случаи наступления смерти после введения антибиотиков при явлениях анафилактического шока или аллергического отека. В современной медицине разработаны различные методики определения чувствительности больного к медицинским препаратам, которые выступают средствами по предупреждению наступления у больных анафилактического шока. Смерть в результате несчастного случая во время оперативных вмешательств наиболее сложная для распознавания, поскольку не всегда можно выяснить причины и механизмы ее наступления, при этом большинство смертельных исходов во время операций является следствием острой сердечно-сосудистой недостаточности на почве коллапса или острой кровопотери до или во время операции.

2. Особенности производства проверки по фактам ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником

Уголовные дела по признакам преступления, предусмотренного ст.162 УК Республики Беларусь обычно возбуждаются по заявлениям граждан, сообщениям должностных лиц государственных органов, иных организаций, сообщениям в средствах массовой информации при наличии достаточных данных, указывающих на признаки преступления и при отсутствии обстоятельств, исключающих производство по уголовному делу. Как правило, перед возбуждением проводится доследственная проверка, поскольку для определения причины смерти больного, характера и степени тяжести телесных повреждений обязательно проведение судебно-медицинской экспертизы. До возбуждения уголовного дела в соответствии с ч.2 ст.173 УПК Республики Беларусь могут быть получены объяснения, образцы для сравнительного исследования, истребованы дополнительные документы, произведен осмотр места происшествия, трупа, предметов, документов, освидетельствование, произведено извлечение трупа из места захоронения (эксгумация).

Обстоятельства, подлежащие доказыванию и установлению в ходе доследственной проверки и расследования уголовных дел данной категории, идентичны.

Так, рассмотрим тактику производства отдельных следственных действий по материалам проверок и уголовным делам данной категории.

Истребование и выемка медицинской документации

Как доказательства документы выступают в уголовном деле тогда, когда в них излагаются фактические данные, имеющие значение для установления обстоятельств преступления. Придавая важное значение документам, уголовно-

процессуальный закон предусматривает особый порядок их получения и исследования. Это требование закона должно строго соблюдаться, так как в противном случае документы могут быть не признаны судом доказательствами. Истребование или выемка медицинской документации должны быть первоначальным проверочным или следственным действием, так как нельзя исключать возможности фальсификации сведений, содержащихся в них, и их умышленную утрату.

Исследование медицинских документов имеет исключительно важное значение для выявления неосторожных действий медработника, механизма посягательства на здоровье или жизнь пациента, последствий деяния и последующего полного, объективного и всестороннего изучения преступного события.

По документам можно обнаружить факты нарушения медицинским работником профессиональных обязанностей, следы их сокрытия, виновных лиц, установить конкретные лекарства, процедуры, манипуляции, вмешательства, обусловившие патологию и неблагоприятный исход, то есть получить информацию о важных обстоятельствах преступления.

Важность получения оригиналов перечисленных документов обусловлена необходимостью их визуального осмотра на предмет наличия возможных признаков изменения первоначального содержания записей, относящихся к диагностике и лечению пациента. При этом в каждом случае их обнаружения должна назначаться криминалистическая экспертиза документов, выводы которой в комплексе с другими полученными данными могут иметь существенное значение для решения вопроса о возбуждении уголовного дела.

Документальное оформление сопровождается больного с момента приёма у врача в поликлинике, вызова врача скорой помощи или поступления в стационарное лечебно-профилактическое учреждение до выписки и закрытия больничного листа или оформления инвалидности. В случае летального исхода составляется протокол патологоанатомического исследования, заключение ведомственной экспертной комиссии о качестве проведенного лечения, заключение комиссии управления здравоохранения областного исполнительного комитета (в г. Минске – городского исполнительного комитета) по расследованию конкретного случая.

Медицинскую документацию можно разделить на четыре группы: нормативную: Законы, Указы президента, Постановления правительства, распоряжения и приказы министра здравоохранения и т.д., регулирующие отношения в сфере охраны здоровья граждан; административную: положения, приказы, распоряжения и т.д. по организации здравоохранения, относящуюся к профессиональной медицинской деятельности:

технологическую: временные протоколы (стандарты), клинические протоколы или методы оказания медицинской помощи, утвержденные и разрешенные Минздравом соответственно рекомендации, методические пособия, руководства, инструкции, аннотации и т.д., регулирующие процесс оказания медицинской помощи.

контрольную, образующуюся в деятельности государственных организаций здравоохранения при выяснении характера патологических изменений в органах и тканях человека и (или) установлении причины смерти; а также управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета при осуществлении контроля за правильностью оказания медицинской помощи.

производственную (по оказанию медицинской помощи), в которой фиксируются сведения о процессе оказываемой медицинской помощи. Последняя группа медицинских документов является основным объектом криминалистического анализа.

Третья группа документов - это протоколы патологоанатомического исследования. К ним могут прилагаться протоколы клинико-анатомических и поликлинико-анатомических конференций (если для уточнения окончательный патологоанатомический диагноз обсуждался с участием врачапатологоанатома, его руководителя и других врачей-специалистов).

Следует иметь в виду, что при патологоанатомическом исследовании врачом-патологоанатомом обязательно изымается секционный материал (участки трупа, забранные во время вскрытия для дальнейшего гистологического, гистохимического, иммуноморфологического и других исследований). Он размещается на стеклах или помещается в блоки, а хранится в архивах патологоанатомических бюро (областных центров и г. Минска). По материалам требование о представлении протоколов (актов) и предметов, содержащих секционный материал, направляется в областные и г. Минска патологоанатомические бюро, по уголовным делам производится их выемка. К этой же группе документов относятся материалы проверок управлений здравоохранения по конкретным фактам нарушения правил оказания медицинской помощи.

Четвертая группа медицинских документов является основным объектом криминалистического анализа.

К ним относятся документы догоспитального и госпитального периода. Ими являются:

карта вызова станции (отделения) скорой медицинской помощи (требование о ее представлении направляется в случае оказания медицинской помощи в такой форме); медицинская карта амбулаторного больного, находящаяся в поликлинике по месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения - также по месту работы (учебы, службы); журнал учета приема больных и отказов в госпитализации, ведущийся в приемном отделении организации здравоохранения, в котором отражаются проведенные клинические обследования и лабораторные исследования, лечебные мероприятия, сведения о вызове узких специалистов, причины отказа в госпитализации и сведения о перенаправлении пациента в профильное учреждение здравоохранения; журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (требование о его представлении направляется, если такое вмешательство производилось); медицинская карта стационарного больного (в родильных домах ее называют

«историей родов»), в которой могут содержаться сведения об осмотрах пациента лечащим врачом и узкими специалистами, лист медицинских назначений и температурный лист, результаты лабораторных исследований, протокол проведения оперативного вмешательства и наркозная карта (если оно проводилось).

Помимо перечисленной, в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, практикуется ведение иной документации (хотя это законодательством не предусмотрено). В отделениях, в которые определены пациенты, могут вестись рабочие журналы (обычно находятся на медицинском посту отделения или в ординаторской), в которых отражаются сведения о результатах осмотра пациента дежурным врачом-специалистом и произведенных назначениях, а в отделениях функциональной диагностики – как правило, журналы проведенных исследований и их результатов.

В последнее время областные клинические больницы, больницы г. Минска и областных центров наряду с ведением медицинских карт стационарного больного на бумажном носителе ведут их с использованием компьютерной техники.

При проверке материала требование о представлении перечисленных документов, (выраженное органом уголовного преследования в письменной форме в соответствии с частью 2 статьи 103 УПК, направляется в организацию здравоохранения, медицинским работником которой оказывалась медицинская помощь пациенту. При этом истребованию подлежат только оригиналы документов, а не их копии или выписки из них. Более того, учитывая ограниченные сроки производства по материалу, в целях исключения возможности их уничтожения или фальсификации направлять требование целесообразно без предварительного уведомления организации здравоохранения, нарочно и в тот же день получать необходимые документы. Получение компьютерной информации, как правило, производится путем ее копирования на материальный носитель (флорпи-диск, CD- диск. USB-карта). Представляется информации органу уголовного преследования организацией здравоохранения сопроводительным письмом. При этом в нем должна быть отражена дата внесения последних изменений.

По уголовным делам производится выемка указанных документов. Осмотр медицинской документации

Осмотр медицинской документации также необходимо проводить на начальном этапе расследования. Его особая эффективность заключается в том, что он даёт возможность проанализировать информацию, содержащуюся не в одном, а в целом комплексе документов, и составить более-менее вероятную картину о нарушении.

Медицинская документация нередко не соответствует установленным формам, содержит большое количество дефектов от незначительных недочетов, дописок, исправлений, подчисток и вклеек до серьезных упущений, вплоть до отсутствия целого ряда необходимых сведений, полного переоформления,

умышленного искажения сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания.

Среди них можно выделить: дефекты оформления медицинской документации - небрежное ведение записей, необоснованные сокращения, ошибки в последовательности вклеивания листов и результатов анализов;

дефекты описательной части медицинской документации - неправильное описание характеристик повреждений и их морфологических свойств, стороны повреждения, отсутствие полного отражения анамнеза заболевания, данных, позволяющих судить о проводимой дифференциальной диагностике, указания о проведении дополнительных методов обследования больного, указаний на наличие у больного сопутствующих заболеваний, наличие или отсутствие побочных явлений и осложнений, ошибки в датах и часах осмотров.

Дефекты описательной части медицинских документов, ее неполнота влекут за собой более серьезные ошибки - неподтверждение установленного диагноза объективными данными клинической картины заболевания, необоснованность выбора методов лечения и др.

Необходимо подчеркнуть, что ошибки и недостатки в оформлении медицинской документации не только не позволяют должным образом установить подлежащие доказыванию обстоятельства исследуемого события, но и косвенно характеризуют отношение медицинских работников к своим профессиональным обязанностям, уровень их правосознания, свидетельствуют о правовой и профессиональной культуре, на что необходимо обращать внимание в постановлениях о предъявлении обвинения, а также в представлениях, вносимых следователем в медицинские учреждения, об устранении выявленных нарушений законов.

Вопросы, выясняемые при выемке и осмотре медицинских документов:

1. В каких документах содержится информация об оказанной медицинской помощи потерпевшему, где она находится.
2. Является ли эта документация исчерпывающей.
3. Правильно ли оформлена, нет ли в ней исправлений, дописок и других признаков, свидетельствующих о возможной фальсификации.
4. Соответствует ли содержание записей в медицинском документе установленным требованиям по объему информации и её качеству.
5. Согласно имеющимся записям, какая медицинская помощь была оказана потерпевшему.
6. Какие записи, содержат сведения о нарушении правил оказания медицинской помощи.
7. Какие записи имеют данные о дефекте медицинской помощи, возникновении заболевания в связи с этим, его развитии и о мерах по их устранению.
8. Кто оказывал медицинскую помощь, допустил нарушение, выявил дефект медицинской помощи, симптомы, развитие и последствия этого, кто принял меры к их устранению или мог принять, но не сделал этого.

9. Какие выводы были сделаны лицами, органами, контролирующими качество оказанной медицинской помощи, о причинах неблагоприятного исхода, какие были приняты меры.

В ходе осмотра могут появиться и другие вопросы, касающиеся специфики выполненных диагностических исследований и проведенного лечения.

Учитывая, что медицина есть специфический вид профессиональной деятельности, осмотр медицинской документации необходимо проводить с участием незаинтересованного специалиста медика. Это избавит от непонимания медицинских терминов, позволит понять характер и необходимость оказанного пациенту вида медицинской помощи, а также сориентироваться относительно того, какие этапы врачебного процесса и отдельные медицинские мероприятия могли иметь высокий риск возникновения дефекта медицинской помощи, какие факторы, связанные с действиями лечащего врача или другого медицинского работника, участвовавшего во врачебном процессе, а также индивидуальные особенности пациента могли повлиять на развитие нежелательных и неблагоприятных последствий медицинской помощи.

При этом необходимо сочетать визуальные методы осмотра, в том числе с использованием технико-криминалистических средств оптического увеличения, ультрафиолетового освещения, и другие специальные методы (а в случае необходимости и приглашать соответствующего специалиста) с логическим анализом текста, поскольку заполнение медицинской документации нередко осуществляется ретроспективно. В результате неотражение в истории болезни проведенной ошибочной процедуры, приведшей к неблагоприятному исходу, не войдет в предмет исследования патологоанатома и повлияет на оценку причинно-следственных связей.

При обнаружении признаков фальсификации документов следует решать вопрос о назначении технико-криминалистической экспертизы документов, почерковедческой экспертизы.

Осмотр места происшествия

Практика показывает, что при производстве по материалам проведение такого неотложного процессуального действия не исключается, хотя оно выполняется в единичных случаях.

Это связано в основном с объективными причинами, поскольку заявления, сообщения о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей поступают в орган уголовного преследования по прошествии определенного (порой значительного) времени. Соответственно, обстановка места происшествия из-за поддержания в организациях здравоохранения особого санитарного состояния и других причин не сохраняется или существенно изменяется.

Однако даже в таких случаях осмотр места происшествия возможен. Следователь, лицо, производящее дознание, могут осмотреть место событий для установления его обстановки, например расположения помещений, наличия в них медицинского оборудования и определения его работоспособности, медицинских инструментов и других объектов, произвести их

фотографирование. Это будет способствовать построению версий и планированию дальнейших процессуальных действий.

Случается, что негативные последствия для пациента наступают в результате использования неправильно собранного медицинского оборудования. В таких ситуациях проведение осмотра места происшествия с фиксацией состояния этого оборудования крайне необходимо, и он должен выполняться в кратчайшие сроки.

Получения объяснений и допросы

Получение объяснения до возбуждения уголовного дела предусмотрено частью 2 статьи 173 УПК. Это право орган уголовного преследования должен реализовать при производстве по материалу, а не ограничиваться объяснениями медицинских работников, которые они дали, например, при проведении проверки контрольным органом.

Перед его получением следователь, лицо производящее дознание обязаны разъяснить лицу положения статьи 27 Конституции Республики Беларусь о том, что никто не должен принуждаться к даче объяснений против самого себя, членов своей семьи, близких родственников, о чем указывается в объяснении.

Объяснения могут быть получены от лица, которому оказывалась медицинская помощь и причинен вред здоровью, его родственника, лица, с которым он совместно проживает, медицинского работника и других лиц в зависимости от обстоятельств. Эта же категория лиц подлежит допросу по уголовным делам исследуемой категории. Примерный перечень вопросов, подлежащих выяснению, одинаков и при получении объяснений и при допросах.

Допрос по делам о врачебных преступлениях требует от допрашиваемого высокой не только профессиональной подготовки, но и общей культуры, знания психологии, обладания определенным объемом медицинских знаний, владения тактико-криминалистическими приемами и т.д.

Особый подход нужен при оценке достоверности и полноты показаний потерпевшего и подсудимого. Для первого - показания могут быть (не только сознательно, но и подсознательно) в некоторой степени актом мщения за причиненный вред и поэтому могут содержать определенную долю преувеличения, предвзятости и субъективизма при описании поведения и действий виновного лица. Показания виновного есть средство защиты от выдвигаемого против него обвинения.

Допрос потерпевшего или его представителя

По делам о врачебных преступлениях при допросе потерпевшего или его представителя необходимо учитывать их особое психическое состояние, обусловленное тем, что посягательство на здоровье или жизнь было совершено: в сфере профессиональной деятельности, главной задачей которой является охрана жизни и здоровья граждан; в отношении человека, который, нуждаясь в сохранении ему жизни и восстановлении здоровья, обратился в медицинское учреждение, рассчитывая на гарантированные Конституцией РФ медицинские услуги, достаточные для сохранения его жизни и восстановления здоровья; медицинским работником, который должен был в соответствии со своей профессией и служебным положением принять надлежащие меры к спасению

жизни и восстановлению здоровья потерпевшего; а также тем, что вместо улучшения состояния здоровья виновный ухудшил его, причинил вред здоровью или смерть.

Под воздействием этих обстоятельств, оказывающих серьёзное влияние на психическое состояние потерпевшего, формируются его показания, в которых значительное место занимают переживания, связанные с причиненным ему физическим вредом, психическими страданиями, социальными неудобствами и другими лишениями.

На фоне указанных переживаний проявляется действие других психологических закономерностей, которые существенно влияют на показания (ощущения, восприятие, память, мыслительные, волевые, эмоциональные процессы). Данное обстоятельство необходимо учитывать при выборе тактики допроса и оценке показаний потерпевшего.

В ходе допроса потерпевшего (или его представителя) выясняются вопросы:

1. Время и причина обращения за медицинской помощью; жалобы на состояние здоровья, которые он сообщил врачу; ход обследования; диагноз, который был ему установлен; проводилось ли лечение и какое; улучшилось ли состояние его здоровья после проведенного лечения; что спровоцировало ухудшение состояния здоровья, какие, по его мнению, причины повлияли на наступление негативных последствий. Если имел место факт заражения ВИЧ-инфекцией, то у лица выясняют: имелись ли контакты с ВИЧ-инфицированными и какие; проводилось ли ранее исследование его крови на наличие ВИЧ-инфекции и каковы были результаты, когда и в какой организации здравоохранения в его крови обнаружена ВИЧ-инфекция; оказывалась ли ему медицинская помощь, связанная с переливанием компонентов крови либо инъекционным введением лекарственных препаратов, в какой организации здравоохранения и когда.

2. Характер, продолжительность заболевания, по поводу которого оказывалась медицинская помощь потерпевшему.

3. Какие индивидуальные особенности потерпевшего могли повлиять на ход и результат врачебного процесса.

4. Были ли даны врачом рекомендации по поводу дозы назначенного лекарственного препарата или применяемого вещества, с учетом возраста потерпевшего; если рекомендации давались, то какие именно и были ли они зафиксированы письменно, в каком документе.

5. Выполнялись ли эти рекомендации врача исполнителем медицинского мероприятия, самим потерпевшим (если потерпевший несовершеннолетний, то его родителями).

6. Не была ли потерпевшая беременна на момент обращения за медицинской помощью, если да, то сообщила ли она об этом лечащему врачу, какие рекомендации в связи с этим он ей дал по поводу назначенного лечения. (Беременность может быть фактором, влияющим на наступление неблагоприятных для пациентки последствий. Во время беременности возрастает чувствительность женщины к определенным лекарствам, которые

могут также оказывать побочное воздействие на плод (например, большие дозы тетрациклина оказывают повреждающее действие на печень у беременных, а также отрицательно влияют на образование костей и зубов у плода). Из-за приема некоторых лекарств возможна интоксикация плода с последующим возникновением дефектов развития).

7. Есть ли у потерпевшего генетическая предрасположенность, если да, то в чем она выражается и сообщал ли он об этом лечащему врачу.

8. Возможны ли у потерпевшего аллергические реакции, если да, то необходимо выяснить:

а) наблюдались ли они до обращения за медицинской помощью, на какие лекарственные препараты или другие вещества, каким образом проявлялись;

б) сообщил ли он об этом лечащему врачу, каковы были рекомендации и каким образом это было учтено при выборе и проведении лечения;

9. Какие имелись особенности развития основного заболевания и сопутствующих патологий:

а) какие были жалобы при обращении за медицинской помощью, были ли они подробно записаны в истории болезни, поликлинической карте;

б) выяснялись ли и были ли названы хронические и ранее перенесенные заболевания.

10. Сообщил ли потерпевший врачу о наличии у него дурных привычек: злоупотребление алкоголем, приём наркотиков и др.

11. Имел ли место факт самолечения до, в момент и после оказания медицинской помощи, если да, то какие вещества, препараты использовались и какие мероприятия выполнялись. Было ли о них сообщено лечащему врачу, если да, то когда, какие рекомендации были получены по этому поводу.

12. Имелись ли какие-либо поведенческие особенности у потерпевшего в период оказания ему медицинской помощи:

а) нарушался ли им предписанный режим, порядок приема лекарств, режим ограничения физических нагрузок, диеты;

б) выполнялись ли им назначенные физиопроцедуры;

в) соблюдались ли рекомендации по поводу ограничений в трудовой деятельности.

13. Не было ли воздействия неблагоприятных внешних условий, включая химические факторы (например, сильные запахи краски и др.) и нарушения экологии, в месте проживания, работы, отдыха.

14. Обращался ли ранее в другие лечебные учреждения за медицинской помощью по поводу указанной патологии; если да, то когда, в какое лечебное учреждение и каков был результат этих обращений.

15. Как может охарактеризовать лечащего врача и других медицинских работников, участвовавших в процессе оказания ему медицинской помощи, их отношение к нему как пациенту (было ли оно внимательным, заботливым и т. д.). Что может пояснить по поводу их отношения к своим профессиональным обязанностям.

16. Какова была последовательность осуществления врачебного процесса;

17. Какие выполнялись исследования (лабораторные, инструментальные).

18. Какие специалисты консультировали, каков был их диагноз, какое было рекомендовано ими лечение, было ли оно назначено лечащим врачом; если нет, то было ли им дано какое-либо объяснение по этому поводу.

19. Какая проводилась лекарственная терапия, какова её эффективность; был ли разъяснен принцип действия лекарственных препаратов, предупреждал ли врач о возможных побочных действиях от их приема, объяснял ли как их не допустить. Какое проводилось физиотерапевтическое лечение. Какое проводилось хирургическое лечение: а) где и когда проводилось дооперационное обследование и подготовка к операции; б) сроки пребывания в реанимационном отделении; в) непосредственный эффект операции; г) где проводилась послеоперационная реабилитация, какие мероприятия включала в себя, их эффективность. Известно ли потерпевшему что-нибудь о дефекте проведенного в его интересах врачебного процесса или конкретного медицинского мероприятия. Если да, то как допущенный дефект (травма, отравление, заражение, нарушение восприятия) был объяснен лечащим врачом, другими медицинскими работниками. Как объясняет возникновение дефекта сам потерпевший.

20. Каковы обстоятельства возникновения заболевания, связанного с врачебным вмешательством: а) когда, в связи с выполнением какого медицинского мероприятия возникли симптомы заболевания, кем, когда и каким образом были выявлены; б) как они отразились на самочувствии потерпевшего, как он на них отреагировал; в) сообщил ли об этом лечащему врачу, если да, то какие были последним приняты меры, какой результат они дали; г) какое объяснение возникновению заболевания, связанного с оказанием медицинской помощи, было дано медицинскими работниками, участвовавшими во врачебном процессе.

21. При каких обстоятельствах наступил неблагоприятный исход:

а) какой неблагоприятный исход имела оказанная медицинская помощь; б) когда и на какой стадии оказания медицинской помощи он наступил; в) какое объяснение было дано потерпевшему и его родственникам о причине наступления неблагоприятного исхода; были ли эти объяснения убедительными для них; какие имеются лично у них возражения по поводу объяснений медработников;

г) когда и почему возникло мнение о неадекватном оказании медицинской помощи, о неправильных действиях медицинских работников (кого конкретно): может ли потерпевший сказать, какие конкретно действия привели к наступлению неблагоприятного исхода медицинской помощи, назвать причину ненадлежащего выполнения медработником своих профессиональных обязанностей и др.

Допрос свидетелей

Свидетелей можно подразделить на три группы: медицинские работники, участвовавшие в оказании помощи потерпевшему, контролирующие качество медицинской помощи; больные, находившиеся одновременно с пациентом в

лечебное учреждение; родственники, друзья, знакомые потерпевшего, обладающие сведениями о состоянии его здоровья, развитии заболевания и обстоятельствах оказания ему медицинской помощи.

Допрос медицинских работников.

Это самая многочисленная группа свидетелей, к ней относятся: медицинские работники, которые были непосредственно задействованы во врачебном процессе; лица, контролировавшие качество оказания медицинской помощи (главные врачи, начмеды, руководители и заведующие отделениями, научные консультанты и т. д.); патологоанатомы; ведомственные эксперты качества оказанной медицинской помощи; медработники, проводившие различные исследования (биологические, гистологические и т. д.).

Круг этих свидетелей определяется после изучения медицинской документации и получения заключения судебно-медицинской экспертизы.

Свидетели этой группы в зависимости от их осведомленности и квалификации могут сообщить следующую информацию:

По поводу какого заболевания потерпевший наблюдался в данном лечебном учреждении; имелись ли особенности диагностирования и лечения указанного

заболевания; какие исследования и медицинские мероприятия проводились потерпевшему в период его нахождения в медучреждении, насколько они были обоснованы; какая была избрана тактика и методика лечения, какое было обоснование их выбора; давались ли, и если да, то кем, когда, рекомендации лечащему врачу о необходимости пересмотра избранных им методов лечения, о продолжении проведения дифференциальной диагностики и т. д.; каким образом реагировал на это лечащий (дежурный) врач; какие особенности протекания болезни наблюдались до и после

проведения медицинского мероприятия, какие имелись объяснения этому; что явилось причиной возникновения дефекта медицинской помощи,

развития заболевания, связанного с дефектом медицинской помощи; могла ли это заболевание и если, да, то каким образом обусловить наступление неблагоприятного исхода. Имелась ли возможность предупреждения, устранения последствий; каковы были результаты проверок обоснованности проводимого лечения, выводы медицинских комиссий, заключения ведомственных экспертов по поводу качества оказанной медицинской помощи.

Свидетели, относящиеся к группе медработников, иногда уклоняются от дачи правдивых показаний или утаивают важные сведения об обстоятельствах происшествия, что объясняется нежеланием обострять отношения с администрацией или стремлением скрыть ненадлежащие деяния коллеги. Необходимо заранее продумать план допроса и возможность использования тактических приемов.

Допрос патологоанатома

Примерный круг вопросов, которые следует выяснить: какова его квалификация и опыт работы патологоанатомом; какой практикуется им порядок вскрытий; какими медицинскими документами регламентируется технология патологоанатомических вскрытий и знаком ли он с ними; какова причина смерти

потерпевшего; какова характеристика результатов вскрытия (объективные данные, подтверждающие концепцию патологоанатомической причины смерти); имелись ли признаки заболевания, связанного с оказанием медицинской помощи, если да, то в чем они выражались; роль дефектов медицинской помощи в танатогенезе (спровоцировали наступление смерти, повысили вероятность наступления летального исхода, существенным образом не сказались на причине смерти и т. д.): какие органы, почему и каким образом были изъяты для гистологического исследования; какие были применены методы гистологического исследования, чем объясняется их выбор, насколько они полны, применялась ли количественная оценка результатов гистологического исследования; были ли учтены результаты дополнительных исследований при постановке патологического диагноза.

Допрос свидетелей - больных, находившихся одновременно с потерпевшим в ЛПУ.

Они могут дать показания о визуально наблюдавшихся симптомах протекания заболевания у потерпевшего, о его высказываниях по поводу состояния здоровья и отношения к проводившемуся ему лечению, о его физических и психических страданиях, о медицинских мероприятиях, выполнявшихся потерпевшему, очевидцами которых они были, об отношении медицинского персонала к потерпевшему.

Допрос свидетелей-родственников, друзей, знакомых, которые навещали потерпевшего в период болезни.

У них можно выяснить: в течение какого периода и на что (на боли какого характера) жаловался потерпевший; в какие медицинские учреждения он обращался, какая в них оказывалась ему помощь, каковы были её результаты; не пользовался ли он одновременно услугами нескольких специалистов; каково было состояние его здоровья до и после проведенного ему медицинского мероприятия; в какой период резко ухудшилось его самочувствие; видят ли они причинную связь между проведенным потерпевшему конкретным медицинским мероприятием и наступившим неблагоприятным исходом; если да, то на каких их личных наблюдениях основан такой вывод.

Допрос подозреваемого (обвиняемого)

Успех допроса во многом зависит от знания допрашивающим медицинской и нормативно-справочной документации. Для определения тактики допроса важно также знать обстановку и условия, в которых проводился врачебный процесс, а также ситуацию, предшествовавшую началу его осуществления и выполнению медицинского мероприятия (проводилось ли оно по жизненным показаниям, была ли это плановая операция, имелось ли информированное согласие потерпевшего и т. д.). Это даёт возможность оценить, насколько правдивы показания допрашиваемого. Особенностью допроса подозреваемого (обвиняемого) по делам о врачебных преступлениях является максимальная детализация его показаний. Сначала рекомендуется дать ему возможность в свободном рассказе изложить очень подробно обстоятельства события, задавая лишь только уточняющие вопросы, после этого допросить, желательно с участием эксперта, по вопросам, подтверждающим его виновность.

При допросе обвиняемого (подозреваемого) прежде всего выясняются вопросы, связанные с его профессиональной подготовкой и деятельностью. Особенно подробно необходимо допросить по технологии медицинского мероприятия или стадии врачебного процесса, при выполнении которого возник дефект. После выяснения этих вопросов ознакомить подозреваемого (обвиняемого) с записью его показаний, дать их подписать, а затем перейти к допросу по обстоятельствам выполнения конкретного медицинского мероприятия, определенной стадии врачебного процесса, в ходе которого по версии следствия мог быть причинён вред потерпевшему. Такое построение допроса порой лишает допрашиваемого возможности в последующем сослаться на свою недостаточную квалификацию, на отсутствие опыта, специальных знаний, на незнание медицинских стандартов и т.п.

Если подозреваемый (обвиняемый) приводит какие-либо данные или ссылается на конкретные обстоятельства, в силу которых он был лишён возможности оказать адекватную медицинскую помощь, необходимо тщательно проверить эти обстоятельства.

Чаще всего обвиняемые по делам рассматриваемой категории дел не признают свою вину и отрицают наличие причинной связи между их действиями и наступившим неблагоприятным исходом, поэтому важно при постановке вопросов использовать заключения специалистов и экспертов, содержащих информацию о медицинской стороне механизма причинения вреда, а также показания потерпевшего и свидетелей, которые могут охарактеризовать личностные качества субъекта и особенности его отношения к своей профессии.

В ходе допроса обвиняемого основными должны быть вопросы о мотиве и причинах избрания определенной методики и тактики лечения или выполнения медицинского мероприятия. Результат допроса во многом зависит от умения следователя формулировать вопросы и тактически грамотно их задавать. При подготовке вопросов желательно воспользоваться помощью эксперта, обсудить с ним не только содержание вопросов, но и сгруппировать их, выделив основные, дополнительные, начальные, промежуточные, детализирующие, контрольные и т. д.

По делам этой категории большое значение имеет исследование версии защиты, основными из которых являются следующие:

Медицинская помощь оказывалась в условиях, которые могут быть признаны как обстоятельства, исключающие виновность (состояние крайней необходимости, обоснованный профессиональный риск, стечение непредвиденных обстоятельств - казус, несчастный случай;

на исход медицинской помощи повлияли особенности организма потерпевшего (пациента), которые нельзя было заранее выявить или предвидеть, либо его ненадлежащее поведение, которое невозможно было не допустить или пресечь, либо тяжесть, неизлечимость болезни, либо отсутствие материальных или научно-технических возможностей оказать качественную медицинскую помощь.

Заранее подготовленные версии могут быть квалифицированными, сопряженными с созданием фиктивных доказательств либо с утратой,

уничтожением улик и простыми, хоть и обдуманно заранее, но содержащими голословные ссылки на какие-либо несущественные обстоятельства и факты.

Версия защиты может и быть не ложной, а оказаться реальной, когда приведенным доводам находится объективное подтверждение. В этом случае требуется проведение повторной или дополнительной, комиссионной или комплексной судебно-медицинской экспертизы.

Примерный перечень вопросов, которые выясняются при допросе подозреваемого (обвиняемого):

1. Анкетные данные.
2. Данные о профессиональной и специальной медицинской подготовке, общий медицинский стаж и специальный стаж работы.
3. Знание технологии определенного вида медицинской помощи или определенного медицинского мероприятия, имевшего неблагоприятный для потерпевшего исход.
4. Характеристика личности потерпевшего, наличие у него индивидуальных и поведенческих особенностей.
5. Описание патологии, имевшейся у потерпевшего.
6. Где, когда и при каких условиях потерпевшему оказывалась медицинская помощь.
7. Каково обоснование проведенных потерпевшему диагностических исследований (врачебных, лабораторных, инструментальных).
8. Каково обоснование предварительного и клинического диагнозов.
9. Причины несовпадения клинического и патологоанатомического диагнозов.
10. Каково обоснование назначенного потерпевшему лечения.
11. Каким образом осуществлялось наблюдение за динамикой развития болезни и влиянием на её ход проводимого лечения, какие проводились с этой целью исследования, каким образом оценивались данные их результатов, каковы аргументы сделанных выводов.
12. Как подсудимый может объяснить причину возникновения дефекта (травмы, отравления, заражения, нарушения восприятия и др.), какие меры им были приняты к его устранению, какие имеются об этом записи в истории болезни. Если дефект не был устранен или был устранен несвоевременно, какие тому есть у него объяснения.
13. К каким неблагоприятным последствиям привел допущенный дефект оказания медицинской помощи.
14. Когда (своевременно, с запозданием), кем и каким образом были выявлены симптомы заболевания, связанного с дефектом, какие меры и своевременно ли были предприняты к установлению причины их появления и устранению этих причин. Можно ли было не допустить наступления этого заболевания, какие для этого меры были предприняты, если меры не были предприняты или были предприняты несвоевременно, какое имеется тому объяснение.

15. Какова причина наступления неблагоприятного исхода оказанной потерпевшему медицинской помощи, обусловлена ли она заболеванием, развившимся в связи с этим.

16. Какие и почему были допущены нарушения правил оказания медицинской помощи, их влияние на возникновение дефекта, развитие заболевания, наступление неблагоприятного исхода.

17. Имелись ли реальные условия оказания адекватной медицинской помощи потерпевшему, если нет, что этому препятствовало, какие предпринимались меры к улучшению ситуации, как это отражено в истории болезни, в других медицинских документах.

18. Каковы объяснения причинной связи между допущенным нарушением правил медицинской помощи, возникшим дефектом, развившимся заболеванием, непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода.

19. Какие обстоятельства оказания медицинской помощи, по его мнению, исключают его уголовную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей (действовал в состоянии крайней необходимости, обоснованного профессионального риска, имело место невиновное причинение вреда, т. е. несчастный случай) и др.

3. Использование специальных знаний при расследовании преступлений о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинским работником

Основной формой использования специальных знаний при расследовании рассматриваемых преступлений является назначение и производство судебно-медицинских экспертиз. Как было указано выше, без заключения судебно-медицинской экспертизы сделать вывод о наличии признаков преступления, предусмотренного ст.162 УК Республики Беларусь практически невозможно, судебно-медицинская экспертиза по фактам ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником назначается, как правило, до возбуждения уголовного дела. Иногда возникает необходимость в назначении такой экспертизы в рамках возбужденных уголовных дел о преступлениях других видов (покушение на убийство, причинение тяжких телесных повреждений и др.), когда участниками уголовного процесса выдвигаются обоснованные версии о наступлении последствий не в результате расследуемого преступления, а вследствие недостатков при оказании медицинской помощи. Для проведения таких экспертиз в состав комиссий часто привлекаются клинические специалисты, не являющиеся сотрудниками Государственного комитета судебных экспертиз, профессорско-преподавательский состав государственных медицинских учебных заведений, знания которых необходимы для проведения экспертизы. Поэтому в постановлении необходимо указывать или поименный список этих лиц, или делать отметку о том, что такое право предоставляется руководителю судебно-экспертного учреждения. Задачи экспертизы состоят в выявлении: механизма медицинского события, связанного с оказанием медицинской помощи определенному пациенту по поводу имевшейся у него болезни или травмы,

характера и тяжести последних; последовательности действий медицинских работников, осуществлявших врачебный процесс в интересах пациента и их соответствия медицинским правилам; определенного этапа врачебного процесса и/или медицинского мероприятия, обусловившего наступление неблагоприятного для пациента исхода оказанной ему медицинской помощи; способа допущения дефекта медицинской помощи; времени возникновения, развития и обнаружения неблагоприятных последствий, степени их тяжести; характера и результативности действий по устранению этих последствий; отражения на качестве оказанной медицинской помощи ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей; непосредственной причины наступления неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи; причинно-следственной связи между факторами, детерминировавшими наступление неблагоприятного исхода медицинской помощи; степени тяжести вреда, причиненного пациенту. Если экспертиза назначается по поводу летального исхода и к моменту её проведения труп оказывается захороненным, основными объектами исследования являются медицинские документы, в которых отражен осуществленный в интересах пациента врачебный процесс: история болезни, амбулаторная карта, медицинская книжка, протокол патологоанатомического исследования и др., и медицинская документация, содержащая сведения о правилах медицинской помощи: стандарты, инструкции, методические пособия и т.п. В случаях, когда труп не захоронен и судебно-медицинское исследование или патологоанатомическое исследование его не проводилось, объектом исследования становится и труп. При этом на разрешение экспертов, кроме вопросов, относящихся к оказанию медицинской помощи, ставятся и вопросы применительно к каждому конкретному виду смерти. Иногда для разрешения поставленных перед экспертами вопросов требуется произвести эксгумацию трупа. Объектами данной экспертизы могут быть также физические лица, когда требуется их судебно-медицинское обследование. Для производства этих экспертиз необходимо предоставить подлинники материалов уголовного дела или материалов проверки со всеми имеющимися медицинскими документами. В распоряжение эксперта представляются также: документ об образовании медицинского работника; приказ о назначении его на должность: сертификат о прохождении интернатуры (для врачей-специалистов); должностная инструкция медицинского работника, его характеристика, а в отношении врачей-интернов, помимо документа об образовании, должностной инструкции и характеристики, - приказ о зачислении выпускников высших медицинских учебных заведений на должность врача-интерна и о назначении руководителей врачей-интернов, индивидуальный план интернатуры, план и программа интернатуры; производственные характеристики медицинских работников, документы, отражающие сведения о медицинских услугах, проведенных для обследования пациента в целях установления диагноза, и лечении и образующиеся в деятельности государственных организаций здравоохранения при выяснении характера патологических изменений в органах и тканях человека и (или) установлении причины смерти; предметы, содержащие секционный или

биопсийный материал: клинические протоколы; заключение комиссии управления здравоохранения областного исполнительного комитета по расследованию конкретного случая; справки контрольных органов. Вопросы, которые ставятся на разрешение эксперта, зависят от конкретных обстоятельств, поэтому формулируются, как правило, для каждого определенного случая. Одним из них является вопрос о причинной связи между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинским работником и наступившими последствиями (смертью пациента, причинением ему тяжкого либо менее тяжкого телесного повреждения, заражением ВИЧ-инфекцией). Кроме того, важно установить правильность оказания медицинской помощи пациенту и соблюдение медицинскими работниками требований временных протоколов (стандарты), клинических протоколов. Для этого могут выясняться правильность и (или) своевременность установления диагноза, лечения и оперативного вмешательства, последствия неправильного и (или) несвоевременного установления диагноза, лечения и оперативного вмешательства, полнота проведенного обследования пациента и т.п. В определенных ситуациях (например, когда требуется установить давность возникновения заболевания) необходимо поставить такой вопрос эксперту (исследование возможно только при наличии секционного или биопсийного материала). Назначая экспертизу, следует избегать постановки вопросов, выходящих за пределы специальных знаний экспертов, в том числе таких, ответы на которые предполагают правовую оценку, которую дает орган уголовного преследования, а не эксперт, в частности, о наличии признаков состава преступления, виновности или невиновности определенного лица и тем более о форме его вины. Ответы на эти вопросы находятся вне компетентности экспертов и даются следователем или судом. На разрешение экспертов, входящих в комиссию, как правило, ставятся следующие вопросы:

1. О характере заболевания. Каким заболеванием страдал больной? Имелось ли у него конкретное заболевание? и др.
2. О правильности диагностики и полноте обследования. Правильно ли и своевременно был установлен диагноз? Если диагноз бы установлен неправильно и несвоевременно, то к каким последствиям это привело? Была ли возможность поставить правильный диагноз? и др.
3. О последствиях неправильного лечения и неправильных действий и возможности предотвращения этих последствий. Если лечение было неправильным, то в чем именно и к каким последствиям это привело? Имелась ли возможность предотвращения неблагоприятных последствий? и др.
4. О причине смерти. Какова причина смерти? Не наступила ли смерть от ...? Что явилось основным в наступлении смерти: характер и тяжесть самого заболевания или недостатки, допущенные при лечении?

В зависимости от конкретных обстоятельств вопросы могут изменяться. На разрешение экспертной комиссии может быть поставлен вопрос о наличии в действиях медицинских работников нарушений действующих инструкций о лечении, каких конкретно инструкций, к каким последствиям это привело и кто за данное нарушение несет ответственность. Вместе с тем, эксперты не могут

отвечать на вопросы, не входящие в их компетенцию, о виновности, ответственности, халатности.

Литература

Галицкая, Н. Н. Уголовно-правовая характеристика ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником / Н. Н. Галицкая // Современные проблемы организации расследования преступлений : международная научно-практическая конференция (Минск, 3 июня 2016 г.) : тезисы докладов. - Минск : Академия МВД, 2016. - С. 31—34.

Ибраев, М.А. Типичные следственные ситуации и способы их разрешения по делам о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником / М.А. Ибраев // Актуальные проблемы борьбы с преступлениями и иными правонарушениями: материалы 7-й междунар. науч.-практ. конф.- Барнаул, 2009. - Ч. 1. - С. 80-83.

Русак, А. Н. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником: основания уголовно-правового запрета и уголовно-правовая характеристика / Русак А. Н. // Право.by. - 2014. — № 2. — С. 90—95.

Багмет, А. М. Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка / Анатолий Михайлович Багмет, Людмила Ивановна Черкасова // Уголовный процесс. - 2015. — № 1. — С. 44—47.

Багмет, А. М. Криминалистические особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками / Багмет Анатолий Михайлович, Черкасова Людмила Ивановна // Российский следователь. - 2014. — № 1. — С. 10—14.

Багмет, А. М. Особенности проведения проверки сообщений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками / Багмет Анатолий Михайлович, Черкасова Людмила Ивановна // Российский следователь. - 2014. — № 7. — С. 51—55.

Багмет, А. М. Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников / Багмет Анатолий Михайлович, Черкасова Людмила Ивановна // Эксперт-криминалист. - 2014. — № 1. — С. 3—5.

Багмет, А. М. Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка / Багмет Анатолий Михайлович, Черкасова Людмила Ивановна // Российский следователь. - 2015. — № 1. — С. 15—17.

Багмет, А. М. Процессуальное значение проведения следственного эксперимента по делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками / Багмет Анатолий Михайлович, Черкасова Людмила Ивановна // Российский следователь. - 2014. — № 10. — С. 17—19.