

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

Научная статья

УДК 343.98

doi:10.33463/2687-122X.2023.18(1-4).4.545-551

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО И ЗНАЧЕНИЕ ЕЕ ОСМОТРА ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ЯТРОГЕННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Дмитрий Георгиевич Канонеров¹

¹ Следственное управление Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области, г. Нижний Новгород, Россия, crim@52.sledcom.ru

Аннотация. В статье комплексно рассматриваются значение и особенности осмотра медицинской карты стационарного больного при расследовании ятрогенных преступлений. В частности, раскрыты отдельные теоретико-прикладные вопросы формирования соответствующей медицинской документации на примере практики Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области, определены актуальные проблемы расследования указанных форм делинквентного поведения медицинских работников, в том числе возможные формы противодействия предварительному расследованию. Кроме того, предложены перспективные пути решения и предупреждения выявленных проблем.

Ключевые слова: медицинская карта стационарного больного, медицинская документация, противодействие предварительному расследованию, ятрогенные преступления

Для цитирования

Канонеров Д. Г. Медицинская карта стационарного больного и значение ее осмотра при расследовании преступлений ятрогенной направленности // Уголовно-исполнительное право. 2023. Т. 18(1–4), № 4. С. 545–551. DOI: 10.33463/2687-122X.2023.18(1-4).4.545-551.

INTERSECTORAL ASPECTS OF SENTENCES EXECUTION

Original article

THE MEDICAL RECORD OF AN INPATIENT AND THE IMPORTANCE OF ITS EXAMINATION IN THE INVESTIGATION OF IATROGENIC CRIMES

Dmitrij Georgievich Kanonerov¹

¹ Investigative Department of the Investigative Committee of the Russian Federation for the Nizhny Novgorod region, Nizhny Novgorod, Russia, crim@52.sledcom.ru

Abstract. The article comprehensively examines the significance and features of examining the medical record of an inpatient in the investigation of iatrogenic crimes. In particular, some theoretical and applied issues of the formation of appropriate medical documentation are disclosed, using the example of the practice of the Investigative Department of the Investigative Committee of the Russian Federation for the Nizhny Novgorod region, the actual problems of investigating these forms of delinquent behavior of medical workers, including possible forms of countering the preliminary investigation, are identified. In addition, promising ways of solving and preventing the identified problems are proposed.

Keywords: inpatient medical record, medical documentation, counteraction to preliminary investigation, iatrogenic crimes

For citation

Kanonerov, D. G. 2023, 'The medical record of an inpatient and the importance of its examination in the investigation of iatrogenic crimes', *Penal law*, vol. 18(1–4), iss. 4, pp. 545–551, doi: 10.33463/2687-122X.2023.18(1-4).4.545-551.

Российская Федерация, являясь социальным государством, гарантирует своим гражданам равные права и свободы. Незыблемыми в этом ключе являются конституционные права на жизнь, охрану здоровья и медицинскую помощь, что прямо закреплено в ст. 20, 41 Конституции Российской Федерации. Этим положениям корреспондируют нормы Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», а Уголовный кодекс Российской Федерации (УК РФ) в рамках Особенной части содержит систему норм об ответственности за посягательства на жизнь и здоровье личности. Вместе с тем различные формы делинквентного поведения, сопряженные с преступными посягательствами на указанные группы общественных отношений, не являются редкостью для современной правоприменительной практики.

Следует признать, что одними из наиболее сложных в доказывании преступлений этой группы являются деяния ятрогенной направленности, при выявлении и расследовании которых существует множество проблем, решение которых зависит от грамотных, методологически выверенных, но при этом наступательных и четких действий следователя. Важно учитывать и тот факт, что, исходя из специфики расследуемого события,

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

доказывание не может обойтись без заключения комплексной (комиссионной) судебной экспертизы, при проведении которой основным источником исследования и получения информации выступает медицинская карта стационарного больного. В контексте представленной научной публикации предлагается:

- во-первых, рассмотреть методологическую основу формирования соответствующей медицинской документации;
- во-вторых, на примере практики Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области определить возможные формы противодействия расследованию;
- в-третьих, предложить перспективные пути предупреждения названных фактов.

Необходимо констатировать, что существует несколько определений понятия «медицинская карта стационарного больного», которые сводятся к единому мнению о том, что это понятие объединяет в себе признаки медицинского, юридического и финансового документа. Медицинская карта является документом, содержащим сведения о проведенных диагностических, лечебных, реабилитационных процессах, динамике и исходе заболевания. Данный документ составляется при взаимодействии пациента и медицинского работника на любом из этапов диагностики, лечения и реабилитации, включает в себя юридически значимые действия (например, дача согласия/отказ на варианты лечения). Кроме того, медицинская карта – это документ финансовой отчетности, на основании которого производится расчет оплаты медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что наиболее затратные диагностические и лечебные мероприятия обязательно будут указаны в сведениях об оплате лечения из территориального фонда обязательного медицинского страхования. Если по какой-то причине документы на оплату данного диагностического или лечебного мероприятия в фонд не подавались, то это может говорить о том, что либо данная услуга не оказывалась, либо ее оказание не предусмотрено клиническими рекомендациями для указанного в медицинской документации заболевания. Таким образом, фактически в медицинской документации указан диагноз, не соответствующий поставленному диагнозу в ходе лечения, что является первоочередным обстоятельством, подлежащим доказыванию по изучаемой категории уголовных дел, что, в свою очередь, обосновывает необходимость незамедлительной организации процессуального изъятия соответствующей медицинской документации.

Существующие уголовно-процессуальные механизмы определяют несколько основных способов такого изъятия. Во-первых, согласно ч. 1 ст. 176 УПК РФ осмотр местности, жилища, иного помещения, предметов и документов производится в целях обнаружения следов преступления, выяснения других обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела. Часть 2 указанной статьи разрешает компетентному должностному лицу производство такого следственного действия до возбуждения уголовного дела. Во-вторых, в соответствии с ч. 4 ст. 21 УПК РФ требования, поручения и запросы следователя, предъявленные в пределах их полномочий, установленных ст. 38 УПК РФ, обязательны для исполнения всеми учреждениями, предприятиями и организациями, должностными лицами и гражданами. Таким образом, в ходе доследственной проверки возможно получение медицинской карты больного двумя способами – путем истребования по запросу следователя либо в ходе производства осмотра места происшествия. Вместе с тем в сложившейся следственной ситуации есть все основания для проведения соответствующих обысковых мероприятий, которые в условиях противодействия расследованию, в частности, при наличии риска фальсификации медицинской документации,

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

могут иметь незамедлительный характер. В то же время представляется, что наиболее оптимальным способом получения медицинской карты стационарного больного после возбуждения уголовного дела является производство выемки, осуществляемой на основании ст. 183 УПК РФ.

С учетом многочисленных данных следственно-судебной практики незамедлительное изъятие медицинской карты стационарного больного любым из перечисленных способов является для следствия критически важным. Своевременное изъятие следователем (дознавателем) этого документа способно предупредить возможные неправомерные действия недобросовестных лиц из числа медработников, внесение в описание болезни не соответствующих реальным методов лечения, медицинских манипуляций, поставленных диагнозов и назначенных препаратов.

Осмотр медицинской карты стационарного больного по уголовным делам ятрогенной направленности производится с целью выявления несоответствий между фактическими обстоятельствами уголовного дела и информацией, представленной в медицинской документации; установления противоречащей информации и исправлений в медицинской документации; проверки указанных противоречий следственным путем и дачи им оценки при подготовке постановления о назначении комплексной (комиссионной) медицинской судебной экспертизы исходя из принципа объективности при расследовании уголовных дел.

Так, по уголовному делу по факту смерти пациента в ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н. А. Семашко» при осмотре медицинской карты установлено, что пациенту при поступлении в полном объеме применялась антибактериальная терапия. Следователем в ходе допросов родственников и других пациентов выявлено, что такой терапии в отношении погибшего не проводилось. В целях исключения противоречий посредством проведения комплекса оперативно-розыскных мероприятий и следственных действий подтвердилась позиция потерпевшей стороны. Данные сведения легли в основу обвинения заведующего операционным отделением, врача-колопроктолога, и после проведения комплексной медицинской судебной экспертизы и утверждения обвинительного заключения уголовное дело направлено в суд для рассмотрения по существу.

Основными требованиями к ведению медицинской карты являются наличие четких легко читаемых записей, отсутствие незаверенных и нечитаемых исправлений, обязательное присутствие даты и времени во всех записях. Процесс внесения информации в медицинскую карту имеет обширную нормативную регламентацию и предусмотрен Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», а также рядом ведомственных нормативных правовых актов Минздрава России и ГОСТа Р 7.0.97-2016.

Правовыми основаниями для предоставления пациенту помощи в условиях стационара являются надлежащим образом оформленные документы, которые в обязательном порядке должны присутствовать в медицинской карте стационарного больного (№ 003/у) – информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство; согласие на помещение информации о больном в столе справок больницы; согласие на

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

обработку персональных данных. При отказе от госпитализации или дальнейшего лечения оформляется письменный отказ от госпитализации с разъяснением возможных последствий. Так, в ходе расследования ряда уголовных дел проведенными по делу почерковедческими судебными экспертизами по факту смерти пациентов в лечебных учреждениях установлена фальсификация подписи погибшего пациента в согласии на медицинское вмешательство. Данное обстоятельство нашло свое отражение в проведенной комплексной медицинской судебной экспертизы в качестве дефекта оформления медицинской документации.

При поступлении пациента в приемное отделение лицами из числа медицинского персонала заполняется титульный лист медицинской карты. В перечень обязательных реквизитов документа входит указание наименования медицинской организации и отделения, шифра по МКБ-10 и номера КСГ, ФИО пациента, паспортные данные, данные медицинского страхового полиса, возраст с указанием даты рождения, место регистрации и место жительства, место работы и должность, дата и время поступления в медицинское учреждение, время после начала заболевания и травмы, наличие группы инвалидности и сведения о временной нетрудоспособности, диагноз направившего учреждения и название направившей организации, диагноз при поступлении, заключительный клинический диагноз, сведения о родственниках, а также особые отметки.

Как правило, при поступлении в плановом порядке пациент осматривается дежурным врачом приемного покоя. По результатам обследования составляется лист осмотра с обязательным указанием даты и времени, жалоб, анамнеза, индивидуальных особенностей, предварительного диагноза, плана обследования, произведенных манипуляций в приемном отделении. В случаях травмирования указываются обстоятельства получения телесных повреждений, их описание, а также, при наличии оснований, проводится освидетельствование на состояние алкогольного опьянения.

В указанном порядке врачебных действий имеется исключение. Так, при показаниях к немедленной госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, имеющееся в любом стационаре, лист осмотра врача приемного отделения не заполняется, пациент срочно госпитализируется в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии, где врачи-специалисты заполняют медицинскую карту стационарного больного [1, с. 7]. Так, при осмотре малолетнего пациента в ГБУЗ НО «Детская городская больница № 1 г. Н. Новгорода» дежурный врач-хирург без должного осмотра исключил патологии хирургии, после чего направил пациента в медицинское учреждение инфекционного профиля, где последний скончался. Согласно протоколу патологоанатомического вскрытия, заключению проведенной медицинской судебной экспертизы причиной смерти малолетнего пациента явился некроз кишечника в результате обвития им дивертикула Меккеля (подлежавшего удалению). Отсутствие осмотра хирурга повлекло за собой последующие осложнения, позволяющие следствию прогнозировать наличие по уголовному делу прямой причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи и наступившими последствиями. При поступлении информации о смерти малолетнего пациента следственными органами возбуждено уголовное дело по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Следующим этапом при оказании стационарной медицинской помощи является поступление пациента в клиническое отделение. Лечащим (дежурным) врачом заполняется лист первичного осмотра, в котором, помимо даты и времени, указываются анамнезы заболевания и жизни, имеющиеся жалобы, эпидемиологический анамнез, данные обследования пациента, диагноз с разграничением на основное заболевание (ОЗ), осложнение

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

основного заболевания (ООЗ) и сопутствующее заболевание (СЗ); план обследования и лечения. Указанные сведения вносятся лечащим или дежурным врачом. В случае тяжелого состояния пациента осмотр производится совместно с заведующим отделением.

При нахождении пациента в клиническом отделении с периодичностью, связанной с тяжестью состояния пациента, в медицинской карте ведутся дневники динамического наблюдения (за больными в удовлетворительном состоянии не реже 3 раз в неделю, за больными в состоянии средней тяжести ежедневно, больными в тяжелом состоянии каждые 4–6 часов). В дневнике отражаются жалобы, динамика состояния пациента и краткое описание статуса; дневник подписывается врачом с расшифровкой фамилии; при введении сильнодействующих препаратов – показания для введения и эффект от введения.

Например, в ходе расследования уголовного дела по факту смерти пациента в ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н. А. Семашко» пациент, фактически находившийся в тяжелом состоянии, ошибочно оценен лечащим врачом как удовлетворительный. Из-за отсутствия соответствующего тяжести состояния пациента динамического наблюдения у пациента образовалась флегмона, осложнение которой привело к смерти в результате полиорганной недостаточности. Данные сведения позволили следствию до получения заключения комплексной медицинской судебной экспертизы сделать прогнозы о перспективах уголовного дела. В настоящее время уголовное дело направлено в суд для рассмотрения по существу.

Лечащий врач обосновывает необходимость консультации специалиста узкого клинического профиля. Такие специалисты также вносят записи, которые должны содержать дату и время, специальность и фамилию консультанта, специальный статус, диагноз и рекомендации. Отдельно в медицинских картах вносятся записи консилиумов с решениями, подписанными всеми его членами. Так, при осмотре медицинской документации по уголовному делу по факту смерти малолетнего пациента в частной стоматологической медицинской клинике установлено отсутствие протокола осмотра анестезиолога. В ходе последующих проведенных следственных действий в мобильном телефоне одного из сотрудников медицинского учреждения обнаружены фотографии данного протокола с превышением дозировки препарата. Воздействие на организм малолетнего данного препарата в настоящее время оценивается в ходе производства комплексной медицинской судебной экспертизы.

В соответствующих случаях в медицинской карте должны присутствовать переводной эпикриз, содержащий причину перевода и подписанный лечащим либо дежурным врачом; этапный эпикриз, который оформляется раз в 10 дней с указанием общего и специального статусов, динамики, диагноза, тактики ведения и прогноза; данные лабораторных исследований; лист назначений; температурный лист. Например, в ходе расследования уголовного дела по факту смерти пациентки в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 33 г. Н. Новгорода», возбужденного по признакам преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, установлено, что в переводном эпикризе не был указан диагноз, свидетельствующий о необходимости проведения заместительной почечной терапии. В принявшем пациентку медицинском учреждении данный диагноз установлен по прошествии нескольких часов, в связи с чем заместительная почечная терапия не проведена вовремя, что повлекло за собой смерть пациентки.

По завершении лечения в медкарту вносится выписной эпикриз. Выписной эпикриз представляется как история госпитализации, диагноз и подтверждающие его обстоятельства, лечение и результат, сведения о препаратах. Своё отражение находят рекоменда-

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

ции по ведению пациента на амбулаторном этапе, по приему лекарственных средств с указанием названия на русском языке, формы препарата, дозы и кратности приема, длительность приема лекарственных средств. В особых отметках указываются данные о проведенных рентгенографиях, онкоосмотрах, обследованиях и результаты лабораторных исследований, в том числе на гепатиты «В» и «С», а также «ВИЧ» и «RW»; гемотрансфузии.

В случае неблагоприятного исхода лечения в виде смерти пациента заполняется посмертный эпикриз, который содержит историю госпитализации, динамику симптомов, проведенные обследования, лечение, заключительный посмертный диагноз и причину наступления летального исхода, протокол патологоанатомического исследования.

Проведенное исследование методологических основ формирования медицинской документации при оказании медицинской помощи и рассмотренные примеры следственной практики позволяют сделать вывод о наличии возможных путей противодействия уголовному преследованию. Внесение изменений в медицинскую карту может оказать существенное негативное влияние на установление объективной истины по делу, поставить под сомнение выводы соответствующих экспертиз, что в условиях противодействия ятрогенным преступлениям может быть фатальным с позиции решения задач предварительного расследования.

Единственно возможным вариантом решения обозначенных проблем выступает незамедлительное изъятие следователем (дознавателем) медицинской документации стационарного больного, своевременное производство ее качественного и вдумчивого осмотра, постановка тактически обоснованных и профессионально выверенных вопросов профильным экспертам при производстве комплексных (комиссионных) экспертиз.

Список источников

1. Методические рекомендации по ведению медицинской документации в медицинских организациях. Самара : Мед. ун-т «Реавиз», 2022. 22 с.

References

1. *Guidelines for the management of medical records in medical organizations 2022*, Reaviz Medical University, Samara.

Информация об авторе

Д. Г. Канонеров – первый заместитель руководителя.

Information about the author

D. G. Kanonerov – is the first deputy head.

Примечание

Содержание статьи соответствует научной специальности 5.1.4. Уголовно-правовые науки (юридические науки).

Статья поступила в редакцию 06.09.2023; одобрена после рецензирования 03.12.2023; принята к публикации 05.12.2023.

The article was submitted 06.09.2023; approved after reviewing 03.12.2023; accepted for publication 05.12.2023.