

Е.С. Тучик

**ОБ УПУЩЕНИЯХ В ПРИКАЗЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 24.04.2008 г № 194-Н
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА»**Кафедра судебной медицины (зав. кафедрой - проф. П.О. Ромодановский)
ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

Одной из важных гарантий государства является соблюдение законности в стране всеми структурами органов исполнительной и законодательной власти. Учитывая, что деятельность судебно-медицинской экспертизы направлена на содействие органам дознания, следствия и суда в раскрытии преступлений против жизни и здоровья, становится понятным и значение нормативно-правовых документов, регламентирующих производство судебно-медицинских экспертиз. Несомненно, что создание таких приказов, в первую очередь, разработки медицинских критериев для юридической оценки тяжести вреда здоровью, в связи с изменениями законодательной базы России и приведением судебно-медицинской документации в соответствии с новыми правовыми нормами принципиально и значимо. На протяжении многих десятилетий действовали морально и юридически устаревшие «Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений». Поэтому появление вновь разработанного приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 г. № 194-н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (далее - Приказ), зарегистрированного в Минюсте России 13.08.08 г. № 12118) и опубликованного 05 сентября 2008 года в Российской Газете, можно было бы рассматривать как прогресс в судебной медицине. Однако, он не внес новизны и наоборот, создал определенные сложности в своей реализации.

Разработчиком Приказа явился Российский центр судебно-медицинской экспертизы. При ознакомлении с данным приказом, который вступил в силу 16 сентября 2008 года, выявлены серьезные недостатки процессуального и методологического характера, а сам текст нуждается в серьезной редакционной правке. По сути, ни один из приведенных медицинских критериев не обоснован с медицинской точки зрения и никакой впервые сделанной разработчиками революционности в этом приказе нет, так как он плохо «изготовлен» путем компиляции двух ранее действовавших приказа МЗ СССР от 11.12.78 г. № 1208 «О введении в практику Правил судебно-медицинского определения тяжести телесных повреждений» (кстати, удачен в исполнении и мог быть предложен экспертам

после внесения дополнений с учетом настоящих реалий) и приказа МЗ РФ от 10.12.96 г. № 407 «О введении в практику Правил производства судебно-медицинских экспертиз» (приложение 2), положения которого также имели серьезные медико-правовые упущения и противоречия.

Необходимо остановиться на отдельных, общезначимых дефектах этого приказа, не останавливаясь на частных, которые имеются в каждом пункте. Так, п. 4 Приказа предусматривает, что «степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом-судебно-медицинским экспертом, а при его отсутствии - врачом иной специальности, привлеченным для производства экспертизы...». Это не согласуется со ст. 41 Федерального закона от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», предусматривающей также производство экспертизы вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями (экспертами), но не являющимися государственными экспертами. Это касается судебно-медицинских экспертов, работающих или по найму в ООО или в качестве индивидуальных предпринимателей, деятельность которых не запрещена, о чем дано соответствующее разъяснение в определении Конституционного суда от 04.10.2006 г. № 441-о «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Андреева Юрия Сергеевича, Камышанова Павла Владимировича и Писаревой Елены Николаевны на нарушение их конституционных прав положениями части первой ст. 54, части третьей статьи 56 основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и п. 1 статьи 7 федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Это замечание следует отнести и к п. 6 Постановления Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 г. № 522 «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», разработчиком которого явился тот же РЦСМЭ.

В п. 6.11. Приказа указывается, что к тяжкому вреду здоровья относятся повреждения, вызывающие значи-

тельную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, т. е. приказом предписано устанавливать степень тяжести вреда здоровью пострадавшему виртуально и по аналогии (усреднено), а не по реальному исходу, как регламентирует УК РФ (ст. 111 - «умышленное причинение тяжкого вреда здоровью... вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности»; ст. 3 ч. 2 «Применение уголовного закона по аналогии не допускается»). При этом ст. 111 УК РФ не предусматривает в исходе определения тяжкого вреда здоровью по признаку опасности учитывать и такое нововведение Приказа как вопросы учета оказания (неоказания) медицинской помощи.

Причем в этом случае без достаточного медицинского обоснования вводится новый показатель утраты общей трудоспособности - длительность расстройства здоровья свыше 120 дней (п.19), подменяя разные по содержанию с юридической точки зрения понятия «утрата трудоспособности» - стойкая (постоянная) и временная (кратковременная, длительная). В тоже время, ниже, в п. 20, дается понятие стойкой утраты общей трудоспособности, противоречащее содержанию пункта 19.

Необходимо отметить, что здесь также нарушен методологический принцип подхода к оценке степени тяжести вреда здоровью по признаку стойкой утраты общей трудоспособности. Так, повреждения одного глаза и или уха, легкой черепно-мозговой травмы оцениваются по исходу с учетом течения клинической симптоматики и проводимого лечения, а при закрытых переломах длинных трубчатых костей эти условия (лечение и исход) не учитываются.

Содержание п.п. 24 и 25 не только противоречат друг другу, но п. 24 - это абракадабра и не ясно, что хотел пояснить разработчик Приказа. Так в п. 24 «ухудшение состояния здоровья человека, вызванное ... поздними сроками начала лечения...» не рассматривается как причинение вреда здоровью, в то время как «ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, расценивается как причинение вреда здоровью (п.25). Так, например, если пострадавший поступает с шоком легкой степени, то в случае поздних сроков лечения (читай и при дефектах оказания медицинской помощи), когда тяжесть шока может нарастать, в одном случае это будет расценено как вред здоровью, в другом - его нет (установление причины задержки лечения является прерогативой следствия). Необходимо отметить, что при формулировании этих пунктов понятия «вызванное и обусловленное» имеет принципиальное значение при определении причинно-следственной связи тяжести причиненного вреда здоровью пострадавшему при оказании (неоказании) медицинской помощи, а, следовательно, на принятие правильного решения органами дознания, следствия и суда. Такие взаимоисключения уже сейчас ведет к спорам среди экспертов, а следовательно, будут служить поводом к судебным тяжбам и назначению повторных экспертиз, и, при определенных обстоятельствах, к поборам. Не содержат ли эти пункты коррупционные элементы?

Обращает внимание и несоразмерность медицинских критериев при определении тяжести вреда здоровью.

В частности, в п.6.1. Приказа указывается, что вред здоровью, опасный для жизни человека, по своему характеру (т.е. сам по себе) непосредственно создает угрозу жизни. Приводится перечень повреждений, которые действительно реально угрожают жизни пострадавшему,

и повреждения потенциальные, которые не вызывают эту угрозу.

Так проникающие ранения черепа явно создают угрозу жизни (реальные повреждения), в то время как при проникающих ранениях груди и живота без повреждения внутренних органов (потенциальные) в большинстве случаев такая угроза может отсутствовать. К тяжкому вреду здоровья, наряду с ушибом головного мозга тяжелой степени, отнесен и его ушиб средней степени при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Этот пункт также требует уточнения, поскольку, согласно действующим Методическим указаниям «Клиническая классификация и построение диагноза черепно-мозговой травмы», утвержденными МЗ СССР 18.08.1986 № 10-11/83, ушибы головного мозга средней и тяжелой степени обязательно сопровождается общемозговой, очаговой и стволовой симптоматикой, но различной степени выраженности, что используется для дифференциальной диагностики.

Это касается и разрывов некоторых внутренних органов (легких, печени, листка большого сальника). Здесь нужно учитывать характер разрыва (глубину, длину), степень кровотечения и пр., которые настоящий приказ не учитывает. Так, перелом одного ребра с краевым ранением ткани легкого и с гемоперикардом в синусе и пневмотораксе без ателектаза легкого, поверхностные разрывы печени с гемоперитонеумом до 200 мл по Приказу должны быть отнесены к категории тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни, что реально весьма сомнительно. Если бы разработчик добавил словосочетание «при наличии угрожающих для жизни явлений или состояний» - все было бы ясно и грамотно.

Такой критерий тяжкого вреда здоровью «ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции» (п.6.1.8) без указания тяжести его нарушения дает основание эксперту очень вольно с ним обращаться, завышая или занижая степень тяжести вреда здоровью.

П. 6.2.10 к тяжкому вреду здоровья отнесены и различные виды механической асфиксии, а также последствия действия температуры, давления, технического электричества. Затем после их перечисления, отделенных точкой с запятой указываются «последствия воздействия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние...». В такой редакции необоснованно расширяется перечень повреждений, отнесенных к тяжким.

В п. 6.6. к потере органа или утрате его функции отнесены потеря руки или ноги, потеря одного яичка и производительной способности. Однако в международной анатомической классификации руки и ноги не относят к органам.

Если к потере органа отнесли одно яичко (парный орган), то почему тогда не оговорен яичник. Из поля зрения выпали мочевой пузырь, селезенка, эндокринные железы, а они должны быть указаны обязательно, так как при дефектах оказания хирургической помощи (повреждение или удаление этих органов) нужно определять степень тяжести вреда здоровью. Причем в прилагаемой Таблице не приводится размер утраты общей трудоспособности по последствиям травмы этих органов.

П. 21 приказа в судебно-медицинском отношении не поддается правильному прочтению и его осмыслению. К тому же эксперт не должен быть мечтателем в плане трудового прогноза у детей и оценивать реальные повреждения, опять же исходя из положений Приказа, что стойкая

утрата устанавливается независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи.

Таблица процентов стойкой утраты трудоспособности также изобилует недостатками. Так, размер стойкой утраты общей трудоспособности, приведенный п.п. 3 и 4 (черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга), при одной и той же посттравматической неврологической симптоматики черепно-мозговой травмы различный, тем более что сотрясение головного мозга относится к таковой.

Введение в пункте 4 (он перешел из Таблицы ранее действовавших правил) свидетельствует о незнании разработчиками действующих Методических указаний «Клиническая классификация и построение диагноза черепно-мозговой травмы», утвержденные МЗ СССР 18.08.1986 № 10-11/83, так как сотрясение головного мозга относят к наиболее легкой форме диффузного поражения, при котором отсутствуют структурные поражения, а имеющаяся клиническая симптоматика травмы исчезает к концу недели и наступает полное выздоровление, т.е. сотрясение головного мозга не влечет стойкой утраты общей трудоспособности.

В нарушении принятой международной анатомической классификации областей тела Приказом вводится новое понятие «лица», в частности, к нему отнесены ушные раковины, при этом делается ссылка - в судебно-медицинском отношении. Анатомические понятия должны быть едины и не носить ни ведомственный, ни личностный характер.

Следует считать неверным методологический подход к разработке показателей размера утраты общей трудоспособности по последствиям повреждений конечностей. Так, отсутствие плеча на уровне средней трети влечет 70% утраты трудоспособности, а кисти - 65%. Замечания в этом плане касаются и других статей (52-56, п.6 ст. 48).

Серьезную озабоченность как с медицинской, так с общегражданской позиций вызывает п. 6.11. Приказа, где приведен перечень повреждений, отнесенных к тяжкому вреду здоровья по виртуальному признаку - усредненным (по аналогии) срокам заживления повреждений (даже без учета возраста), часть из которых ранее реально по исходу оценивалась как вред средней тяжести. Только вследствие изменения Приказом одного слова во времени в ст. 111

УК РФ («вызвавший» на «вызывающий») произойдет искусственный переход повреждений (в большинстве случаев закрытые переломы костей конечностей) из группы средней тяжести в тяжкие, которые уголовно наказуемы вплоть до лишения свободы. В разряд средней тяжести вреда здоровью (ст. 112 УК РФ) по признаку стойкой утраты также перейдет ряд повреждений, которые ранее относились к легкому вреду (посттравматическая потеря 4 зубов, дефекты кончика носа).

Приведенная в средствах массовой информации статистика свидетельствует, что за последние два года показатели причинения тяжкого вреда здоровью в различных субъектах России колебались от 6,8 до 9,6% ко всем экспертизам пострадавших, а средней тяжести - 15,8 - 18,4%. Применяя положения Приказа № 194-н, тяжкий вред здоровью составит в среднем 23-25% от числа проведенных в 2006 году только экспертиз в отношении живых лиц, связанных с причинением повреждений. При этом не учитываются консультативные заключения, которые предварительно в устной форме даются работникам ГАИ по медицинским документам в отношении пострадавших, которым причинен вред средней тяжести. Несомненно, применение небрежно подготовленного Приказа приведет к увеличению почти в три раза экспертиз с тяжкими телесными повреждениями с отдаленными

Обсуждение Приказа в различных сообществах судебных медиков показало наличие дефектов в этом нормативном документе, а также разные подходы в трактовке тех или иных медицинских критериев и опасности, которые поджидают практических экспертов.

Нужно подчеркнуть, что никакой комментарий не сможет заменить Приказ, поскольку судебно-медицинские эксперты при даче заключения обязаны делать ссылку на соответствующие пункты этого дефектного приказа МЗ СР РФ и Постановление Правительства № 522. В этой связи действие данного приказа необходимо приостановить. Целесообразно для разработки такого важного в политическом, экономическом и социальном отношении документа необходимо создать рабочие группы, состоящие из судебных медиков и специалистов клинического профиля, МСЭК, юристов, которые при обосновании медицинских критериев используют научные достижения медицины.

- Автор научной статьи: Тучик Е.С.
- Журнал: Проблемы экспертизы в медицине
- Год выпуска: 2008 Том: 08 Номер выпуска: 31-32-3-4
- Научная рубрика ГРНТИ: 76.35.43 - Судебная медицина
- Специальность ВАК РФ: 14.00.24
- Код УДК: 340.6

● Коды указанные автором: УДК: 340.6