

Краснодарский университет МВД России
Ставропольский филиал

Д. Ю. Мамонтов

**ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ
ПРЕСТУПЛЕНИЯМ, СОВЕРШАЕМЫМ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Методические рекомендации

Ставрополь

2020

ББК 67.410.212
УДК 34С7
М22

Одобрено
редакционно-издательским советом
Краснодарского университета
МВД России

Рецензенты:

А. С. Малахов, Омская академия МВД России, доцент кафедры оперативно-разыскной деятельности органов внутренних дел, кандидат юридических наук, подполковник полиции;

Ю. А. Матясов, Главное управление МВД России по Ставропольскому краю, начальник полиции, полковник полиции.

Мамонтов Д. Ю.

М22 Отдельные аспекты противодействия преступлениям, совершаемым в лечебно-профилактических учреждениях: методические рекомендации / Д. Ю. Мамонтов. – Краснодар: Краснодарский университет МВД России, 2020. – 75 с.

В методических рекомендациях рассматривается комплексный характер проблем, возникающих в процессе противодействия преступлениям, совершаемым в лечебно-профилактических учреждениях. Предлагается методика выявления и документирования указанных противоправных действий.

Рекомендации предназначены для преподавателей, курсантов, слушателей высших учебных заведений МВД России, а также для практических работников органов предварительного расследования.

УДК 34С7
ББК 67.410.212

© Мамонтов Д.Ю., 2020
© Краснодарский университет
МВД России, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
§ 1. Характеристика, особенности выявления, документирования преступлений, совершаемых при проведении диспансеризации и хищении средств федерального фонда обязательного медицинского страхования.....	7
§ 2. Характеристика, особенности выявления и документирования преступлений, совершаемых при оказании бесплатных медицинских услуг под видом платных.....	36
Заключение.....	53
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	54
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	69

Введение

Конституция Российской Федерации провозгласила приоритетной задачей государства защиту основных прав и свобод человека и гражданина. Одним из важнейших из них является право на жизнь и здоровье.

Государство всеми возможными способами старается обеспечить реализацию такого права человеку. Реформы системы здравоохранения, выделение дополнительного финансирования, стимулирование развития медицинской науки и практики, расширение списка медицинских услуг, оказываемых населению – вот не полный список мер, реализуемых в сфере здравоохранения государством. В последнее время наблюдается активное «вторжение» преступных проявлений в сферу медицинской деятельности.¹ Это подтверждается неуклонным ростом количества преступлений, совершаемых непосредственно медицинскими работниками.

Исходя из вышеизложенного возникает необходимость противостоять преступлениям в сфере здравоохранения, которые на сегодняшний день уже не являются редкостью. Следует отметить, что криминальная направленность таких деяний самая разнообразная. Это и посягательства на жизнь и здоровье пациента, отказ от оказания помощи, мошенничество, злоупотребление должностными полномочиями, превышение должностных полномочий, получение взятки и т.д.²

Причины совершения преступлений в сфере здравоохранения могут быть самые разнообразные. В ходе проведенного нами опроса сотрудников

¹ Долгинов С.Д. Некоторые проблемы взаимодействия следствия и оперативных подразделений при раскрытии и расследовании преступлений, совершенных организованными преступными группами // Актуальные проблемы теории и практики взаимодействия подразделений органов внутренних дел в борьбе с преступностью: мат-лы межвуз. науч.-практ. конф. Челябинск, 2015.

² Никитина И.О. Исторический опыт в борьбе с преступлениями, совершаемыми медицинскими работниками при выполнении профессиональных обязанностей // Следователь, 2012. №7(99). С 55-56.

полицей, судей, адвокатов, а так же медицинских работников было установлено, что наиболее частыми из них являются:

- низкий уровень правовых знаний медицинских работников;
- нежелание тратить время на оказание медицинской помощи «безденежным» пациентам;
- брезгливость;
- желание наживы;
- нахождение в состоянии алкогольного опьянения на рабочем месте;
- не желание брать на себя ответственность за судьбу и состояние больного;
- профессиональный этический нигилизм.

Реагирование органов внутренних дел на факты совершенных в сфере здравоохранения преступлений не всегда оперативно и эффективно по причине высокого уровня латентности рассматриваемой категории преступлений.

Анализ деятельности подразделений экономической безопасности и противодействия коррупции (далее – ЭБ и ПК) ГУ МВД России по Ставропольскому краю показывает, что в период времени с 2015 по 2019 год наблюдается увеличение количества выявляемых преступлений, совершаемых в лечебно-профилактических учреждениях.

Цель настоящего исследования – изучение и анализ действующего законодательства и судебной практики по данному вопросу и выработка рекомендаций по выявлению и документированию преступлений в сфере здравоохранения, совершаемых в лечебно-профилактических учреждениях.

Задачами исследования являются:

- анализ преступлений в сфере обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в России, на основе которого выработать рекомендации для сотрудников подразделений ЭБ и ПК по выявлению и документированию преступлений, совершаемых в лечебно-профилактических учреждениях;

- обобщение судебной практики по фактам привлечения к ответственности за совершение преступлений в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи.

§ 1. Характеристика, особенности выявления, документирования преступлений, совершаемых при проведении диспансеризации, и хищение средств федерального фонда обязательного медицинского страхования

Во все времена медицина являлась важной и необходимой частью жизни общества. С развитием медицинской науки данный факт становился все более очевидным и значимым.

Существующий в нашей стране механизм реализации прав человека и гражданина при оказании медицинской помощи закреплён в различных правовых нормах (Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Постановления Правительства РФ и Приказы Министерства здравоохранения и социального развития и т.д.). Важной составляющей такого регулирования являются уголовно-правовые нормы.

Уголовное законодательство включает в себя ряд норм, обеспечивающих защиту прав граждан и нормальное функционирование системы здравоохранения. Оказать помощь больному не только профессиональная обязанность медицинского работника, но и правовая обязанность³.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан устанавливают определенный объем бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Так же граждане имеют право на получение дополнительных видов медицинских услуг, которые они могут получить в специальном порядке или возмездно (добровольное медицинское страхование, средства самого человека, средства благотворительных фондов и т.п.)⁴

Как следует из вышеизложенного, право на охрану здоровья и медицинскую помощь имеет комплексный характер и включает в себя :

³Мамонтов Д.Ю. Проблемы применения нормы, устанавливающей уголовную ответственность за неоказание помощи больному // Вестник СевКавГТИ, 2014. № 16. С. 171-175.

⁴ Татаркин В.В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья [Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов-н/Д., 2007. 27 с

- право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье;

- право на медико-социальную помощь; право на особую охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами вредной профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности;

- право на заботу государства об охране здоровья членов семьи; право на особую охрану здоровья беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах, и др.⁵

Одним из подразделений полиции, занимающихся обеспечением конституционного права граждан на здоровье и медицинскую помощь, являются подразделения экономической безопасности и противодействия коррупции. Исходя из специфики задач самого подразделения, сотрудники ЭБ и ПК занимаются выявлением и документированием довольно большого круга специфических преступлений в сфере здравоохранения.

В некоторых территориальных подразделениях созданы отделы, курирующие только направление «здравоохранение». Сотрудники этих подразделений должны обладать широким спектром знаний и эрудицией не только в сфере юриспруденции, но и в сфере здравоохранения.

В качестве примера можно привести следующий факт: когда сотрудник ЭБ и ПК осуществлял работу по выявлению и документированию хищений бюджетных средств и средств граждан при прохождении дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье», ему пришлось изучить положения более чем 30 приказов Министерства здравоохранения, должностные инструкции 20 врачей-специалистов, должностные инструкции

⁵ Павлова Н. В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2006. 20 с.

главного врача, техническую документацию высокотехнологичного оборудования, поставленного в лечебно-профилактические учреждения в рамках национального проекта «Здоровье», и огромную массу образцов бланков служебной документации. Работа по направлению «здравоохранение» требует от оперативного сотрудника не только определенного уровня знаний, но и кропотливого, напряженного труда.

К основным направлениям выявления и документирования преступлений в сфере здравоохранения следует отнести:

- выявление и документирование преступлений коррупционной направленности, совершаемых в медицинских учреждениях;
- выявление и документирование преступлений, связанных с проведением диспансеризации в медицинских учреждениях;
- выявление и документирование преступлений, связанных с использованием высокотехнологичного оборудования в медицинских учреждениях;
- выявление и документирование нецелевого расходования бюджетных средств в медицинских учреждениях;
- выявление и документирование преступлений, совершаемых при проведении мероприятий по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний;
- выявление и документирование преступлений, связанных с выдачей и использованием родовых сертификатов.

Работа по выявлению преступлений в лечебно-профилактических учреждениях должна осуществляться сотрудниками ЭБ и ПК в тесном взаимодействии с сотрудниками фондов обязательного медицинского и социального страхования. Привлечение дополнительных специалистов позволяет более качественно собирать материалы проверки и изобличать виновных.

В ходе проведенного анализа преступлений, совершаемых в лечебно-профилактических учреждениях, нами было установлено, что чаще всего

действия сотрудников квалифицируют по статьям 124, 159, 285, 285.1, 285.2, 286, 160, 292, 293, 327 УК РФ. Способы совершения таких преступлений самые разнообразные, что обуславливает и разнообразие направлений и подходов в выявлении и документировании указанных противоправных деяний.⁶

В целом можно выделить несколько основных типовых направлений преступной деятельности в лечебно-профилактических учреждениях. Мы будем рассматривать только те криминальные проявления, которые входят в область оперативного реагирования ЭБ и ПК и связаны с оказанием медицинской помощи и выполнением определенных профилактических мероприятий.

Начнем с наиболее распространенного на сегодняшний день направления преступной деятельности – совершения преступлений при проведении различных видов диспансеризации.

Как правило, наибольшие проблемы при выявлении преступлений в сфере медицинской деятельности возникают по причине того, что она регламентируется большим количеством нормативно-правовых актов и приказов Министерства здравоохранения РФ. Выявляя преступления, связанные с хищением бюджетных средств, выделяемых на проведение диспансеризации, сотрудники подразделений ЭБ и ПК должны досконально изучить порядок проведения определенного вида диспансеризации, а так же документы, которые составляются по результатам ее проведения, и те документы, которые предоставляются в ФОМС для оплаты проделанной работы.

⁶ Попов В.Л. Классификация правонарушений медицинских работников. Новосибирск, 1979. С 33-36; Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение персональных обязанностей. М., 1970. С.24-30.; Громов А.И. Основы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача. М., 1974. С.75-78

Диспансеризация – это комплекс определенных мероприятий, в том числе медицинский осмотр, проводимый врачами нескольких специальностей, включающий использование результатов соответствующих обследований и анализов в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации⁷.

Такое определение диспансеризации содержится в ст. 46 ФЗ №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Порядок и содержание проведения мероприятий по осмотру граждан определяется различными приказами Министерства здравоохранения РФ. Например, такими как:

- приказ Министерства здравоохранения РФ N 36ан от 3 февраля 2015г. «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- приказ Министерства здравоохранения РФ № 216 н от 11 апреля 2013 г. «Об утверждении порядка проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

- приказ Министерства здравоохранения РФ № 216 от 26 мая 2003 г. О диспансеризации граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Разберем положения первого из них.

Для того чтобы обеспечить охват всех слоев населения был установлен специальный алгоритм, в соответствии с которым проходят осмотр граждане определенного возраста.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приказом Министерства здравоохранения РФ N 36ан.

⁷ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : ФЗ №323 от 21 ноября 2011 года.

Ежегодно диспансеризацию могут проходить :

- инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Руководитель медицинской организации и медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики (в том числе входящего в состав центра здоровья) являются ответственными за

организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», диспансеризация проводится в два этапа.

На первом этапе диспансеризации проводится скрининг с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) уже на втором этапе.

Первый этап включает в себя:

1) опрос (анкетирование), направленный на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (далее - анкетирование);

2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;

3) измерение артериального давления;

4) определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода);

5) определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

6) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;

7) электрокардиографию в покое (для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше, а для мужчин в возрасте до 35 лет и женщин в возрасте до 45 лет – при первичном прохождении диспансеризации);

8) осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее – мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно);

9) флюорографию легких;

10) маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет);

11) клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);

12) клинический анализ крови развернутый (для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови);

13) анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина) (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо исследований, предусмотренных подпунктами 4 и 5 настоящего пункта);

14) общий анализ мочи;

15) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);

16) ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ

поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы), а для мужчин, когда-либо куривших в жизни, также УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет;

17) измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);

18) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, предусмотренными приложением N 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный N 24726).

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

В ходе второго этапа диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), углубленного профилактического консультирования проводятся следующие мероприятия:

1) дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, а также для мужчин в возрасте от 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение);

2) эзофагогастродуоденоскопию (при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или для граждан в возрасте старше 50 лет при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта);

3) осмотр (консультацию) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше);

4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте от 42 до 69 лет при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям предстательной железы, а также для мужчин вне зависимости от возраста в случае подозрения на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам УЗИ);

5) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом (для граждан при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте 45 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному полипозу, онкологическим заболеваниям

колоректальной области, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области);

6) колоноскопию или ректороманоскопию (в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);

7) определение липидного спектра крови (уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови);

8) спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта);

9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии, УЗИ матки и яичников);

10) определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови);

11) осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта);

12) анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (по назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с подозрением на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования или УЗИ предстательной железы);

13) осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся оптической коррекции, выявленное по результатам анкетирования);

14) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) (для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск);

15) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

14. При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой) (далее – осмотр), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации согласно пунктам 13.1 и 13.2 настоящего Порядка, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

15. При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации в соответствии с настоящим Порядком, они назначаются и выполняются с учетом положений порядка оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

16. На основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, заполняется карта учета диспансеризации, которая подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного. Результаты иных исследований и осмотров, не включенных в карту учета диспансеризации, вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного с пометкой «Диспансеризация» (См. приложение №1).

Не секрет, что в настоящее время нагрузка на врачей при проведении диспансеризации выросла. Связано это в первую очередь с тем, что пройти диспансеризацию могут более широкие круги населения. К тому же не следует упускать из внимания факт нехватки кадров в больницах и поликлиниках.

Сотрудникам ЭБ и ПК, занимающимся обслуживанием линии «Здравоохранение» необходимо обратить внимание на тот факт, что

механизм преступного поведения примерно одинаков как при проведении диспансеризации, так и при иммунизации населения, а так же в ходе диспансеризации детей, находящихся в стационарных учреждениях для детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и находящихся в тяжелой жизненной ситуации. Документация предоставляемая на оплату выполненной работы одинакова для всех вышеуказанных направлений.

В зависимости от характера направлений деятельности ЛПУ, проверяемых сотрудником ЭБ и ПК, алгоритм его действий будет меняться, но целесообразнее всего начать проверку с анализа учетных документов, в которых содержится следующая информация:

- установочные данные лиц, прошедших диспансеризацию;
- вид пройденных медицинских мероприятий, исследований, манипуляций;
- дата (а иногда и время) их проведения;
- выявленных отклонениях от нормы (диагнозе);
- отказе пациента от прохождения мероприятий, исследований, манипуляций;
- сведения об оплате проведенных медицинских мероприятий и т.д.

Как уже говорилось ранее, диспансеризация довольно сложное и объемное мероприятие, в ходе которого гражданин должен пройти целый ряд исследований и побывать на приеме у нескольких специалистов. Довольно часто граждане, по тем или иным причинам, не успевают побывать на приеме у всех необходимых специалистов или просто не хотят приходить на прием и проходить обследования. Это обстоятельство исключает оплату расходов ЛПУ на проведение диспансеризации. Желая получить стимулирующие выплаты и не вступать в конфронтацию с руководством, главные врачи подталкивают своих подчиненных на совершение нарушений, т.е. на внесение установочных данных таких граждан в отчетные документы, как прошедших диспансеризацию.

Какие же документы подделываются при совершении рассматриваемых преступлений? Перечень их невелик и ограничен требованиями приказов и писем Минздрава и ФОМС. К таким документам следует отнести:

Бланки лечебно-профилактического учреждения

Как правило обнаруживаются в ходе проведения ОРМ «обследование помещений, зданий, вооружений, участков местности и транспортных средств». Чаще всего такие бланки изготавливают на компьютерной технике, используя имеющиеся «легальные» формы.

Вышеназванные бланки могут быть и подлинными, и действительно заполнены врачами ЛПУ, но содержание об осмотре, проведенном врачом, или о результатах лабораторного исследования могут не соответствовать действительности. Следует отметить, что подделка бланков ЛПУ и внесение в них фальсифицированных записей является характерным при проведении медицинских осмотров.

Талон амбулаторного пациента (далее – ТАП) (См. приложение №2).

Данный документ заполняется при помощи кодирования, а так же текстом. Кодом заполняется диагноз и информация о проведенных манипуляциях. Текстовые записи делаются о фактах посещения врача.

Заполнение данных в ТАП производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Записи производятся на русском языке, без сокращений. Допускаются записи лекарственных средств на латинском языке.

Врач-статистик или медицинский статистик контролирует правильность заполнения ТАП и правильность кодирования диагнозов. При неправильном кодировании код должен быть исправлен и приведен в соответствие с записанной формулировкой диагноза. При неправильном оформлении ТАП должен быть возвращен врачу для исправления. Оперативный интерес для оперативного сотрудника ТАП представляет по причине того, что на основе сведений, содержащихся в ТАП, оператор ЭВМ

составляет реестр, счет фактуру и справку с указанием суммы, потраченной на оказанные медицинские услуги. Указанные документы на магнитных и бумажных носителях он наплавляет в ФОМС. Последний, в свою очередь, перечисляет деньги на счет больницы. При наличии ошибок в реестре (неправильные установочные данные лиц, «двойники» и т.п.) последний, как правило, возвращается в ЛПУ для исправления ошибок. Без исправления ошибок оплата не производится.

Как становится очевидным из вышеизложенного, чаще всего в ТАП умышленно вносятся ложные сведения о проведении исследований и посещении врачей.

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее МКАБ) (См. приложение №3).

МКАБ является основным учетным медицинским документом. Заполняется на каждого обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях. На каждого пациента заполняется только одна карта без учета того, сколько специалистов-врачей пациент посетил.

Заполнение карт производится врачами-специалистами. При проведении диспансеризации на карте ставится отметка в виде букв «ДД».

На титульном листе МКАБ указывается полное наименование медицинского учреждения, код ОГРН, а также указывается индивидуальный учетный номер организации.

В МКАБ должны быть отражены сведения о характере и тяжести течения заболевания (травмы, отравления), а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, результаты лабораторных исследований (например, анализ крови) и функционального обследования (например, электрокардиография, флюорография, маммография), записанные в последовательности их проведения.

Заполняется карта при посещении пациентом медицинской организации. Записи в карте производятся аккуратно, исправления должны быть подтверждены подписью врача, заполняющего карту.

Чаще всего в МКАБ медицинские работники вносят записи о якобы бы проведенных осмотрах или исследованиях, осуществленных в ходе диспансеризации.

Реестр счетов (далее РС)

Один из основных документов, в соответствии с которым начисляются денежные средства по результатам проделанной работы сотрудниками ЛПУ, является реестр счетов.

РС составляется работником ЛПУ, отвечающим за его заполнение, подписывается должностным лицом, ответственным за проведение диспансеризации. Порядок ведения РС определяется фондом обязательного медицинского страхования. Зачастую в РС при его составлении вносятся заведомо недостоверные сведения о лицах, реально не проходивших диспансеризацию или же прошедших ее не в полном объеме.

Счет-фактура на оплату

В данном документе указывают общую сумму, которую должны выплатить за выполненную работу. Недобросовестные сотрудники ЛПУ завышают эту сумму, внося в счет-фактуру сведения о лицах, которые фактически диспансеризацию не проходили.

Реестр счетов и счет-фактура должны подписываться руководителями ЛПУ и отправляться в ФОМС или ФСС в зависимости от вида проделанных работ. Как показывает практика, руководство ЛПУ осведомлено о недостоверности сведений, вносимых в эти документы. Более того, руководство ЛПУ «стимулирует» своих подчиненных на внесение недостоверных сведений. По причине загруженности и нехватки свободного времени врачи не успевают внести недостоверные сведения во все перечисленные документы. Это обстоятельство является одним из поисковых признаков, который довольно просто устанавливается в ходе сверки информации в вышеуказанных документах.

Анализ оперативно-розыскной и следственной практики, существующей на сегодняшний день, показал, что основными способами

совершения преступлений при проведении диспансеризации являются:

- подделка учетных медицинских документов;
- внесение в учетные документы заведомо недостоверных сведений.

Чаще всего в практике встречаются случаи внесения в реестр граждан, проходивших диспансеризацию, лиц фактически ее не проходивших. Вариантов такого обмана достаточно много. Наиболее распространены случаи механической переписки из года в год реестров лиц, прошедших диспансеризацию, без учета того, что некоторые граждане из этого реестра проходили диспансеризацию только один раз или вообще умерли.

Реже в медицинские карты вносятся сведения о якобы бы пройденных обследованиях у различных специалистов и проведенных исследованиях (анализ крови, электрокардиография, флюорография, УЗИ, измерение внутриглазного давления, анализ мочи, спирометрия и т.п.)

Рассмотрим категории медицинских работников, участвующих в проведении диспансеризации, и их роль в совершении рассматриваемых преступлений. Это позволит выработать типовой алгоритм действий сотрудника ЭБ и ПК, направленных на выявление и документирование преступлений рассматриваемой категории.

В проведении диспансеризации принимают участие следующие категории медицинских работников:

1. Врачи-специалисты узкой направленности

Чаще всего участвуют в проведении диспансеризации в соответствии с приказом главного врача и включены в состав специальной комиссии по проведению диспансеризации. Реже врачи-специалисты заключают специальный трудовой договор о выполнении дополнительной нагрузки. Преступления, совершаемые этой категорией медицинских работников, проявляются во внесении заведомо недостоверных сведений в специальную учетную документацию или в документы, направляемые в ФОМС для последующей оплаты.

2. Сотрудники лечебно профилактических учреждений, являющиеся должностными лицами (главный врач, заместители главного врача, заведующие отделениями)

Как правило, эти лица самостоятельно не участвуют в проведении диспансеризации, однако контролируют, организуют ее проведение и несут ответственность за срыв таких мероприятий. Желая получить продвижение по службе, завоевать расположение вышестоящего руководства они фальсифицируют документы, оказывая давление на своих подчиненных (сотрудников отделов статистики, врачей, проводящих диспансеризацию, операторов ЭВМ, вносящих статистические данные в базы данных).

Следует отметить, что документирование и выявление преступных действий представителей данной категории как правило вызывает определенные сложности, так как со стороны руководства ЛПУ можно встретить определенное противодействие, а свидетели преступления неохотно дают показания, ссылаясь на возможное увольнение или неприятности на работе. В процессе доказывания, при отсутствии признательных показаний самого фигуранта, наиболее целесообразно проводить очные ставки между руководителем и подчиненными, так как приказы и распоряжения о совершении заведомо преступных действий отдаются устно и нигде документально не закреплены.

Целесообразной так же представляется проверка трудового договора главного врача, где особое внимание следует обратить на порядок и условия дополнительных денежных выплат. Дополнительные выплаты главный врач может получать только с разрешения своего работодателя (главы администрации муниципального образования). Такое разрешение оформляется приказом главы администрации муниципального образования.

Действия рассматриваемой категории лиц чаще всего квалифицируются по ст. 285 УК РФ, ст. 285.1 УК РФ, ст. 293 УК РФ.

Как показывает практика, выявление экономических преступлений в лечебно-профилактических учреждениях отличается некоторой спецификой.

При выявлении правонарушений, совершаемых в лечебно-профилактическом учреждении, оперативному сотруднику ЭБ и ПК необходимо принимать во внимание то, что для сотрудников медицинской организации проведение диспансеризации – это дополнительная нагрузка, при которой они должны выполнять большие объемы работ. В коллективе лечебно-профилактического учреждения всем известно, как проводится или не проводится диспансеризация. Оперативный интерес для получения информации может представлять каждый из членов коллектива, однако особое внимание следует уделить медицинским сестрам и техническим работникам. Медицинские сестры, как правило, обладают таким же массивом оперативно-значимой информации, что и врачи, однако наладить с ними контакт значительно проще. Они принимают непосредственное участие в оформлении необходимой отчетной документации и более активно участвуют в «неформальном» общении в коллективе. Технический работник – оператор ЭВМ имеет непосредственное отношение к реестрам, спискам пациентов которые направляются в ФОМС для получения оплаты. Сотрудники ЭБ и ПК, курирующие линию «Здравоохранение», для выявления и документирования преступлений в лечебно-профилактических учреждениях должны в первую очередь направить свои усилия на приобретение подсобного аппарата в бухгалтерии и регистратуре ЛПУ.

Хочется отметить тот факт, что при недостаточном изучении положений законов и соответствующих приказов и распоряжений Минздрава сотрудники ЭБ и ПК начинают длительную и непродуктивную переписку с руководством ЛПУ или ФОМС. Как правило, такие действия сотрудников ЭБ и ПК представляются как незаконное вмешательство в деятельность ЛПУ и ФОМС и разглашение врачебной тайны. Исходя из вышеизложенного, сотрудникам ЭБ и ПК необходимо лично посещать соответствующие учреждения с запросом и производить разъяснительную работу с ответственными лицами. Чаще всего такие споры прекращаются при личном общении и не требуют последующего обращения в вышестоящие

структурные подразделения.⁸ В ходе анализа практики выявления и документирования преступлений в лечебно-профилактических учреждениях нами было установлено, что чаще всего сотрудники ЛПУ и ФОМС отказываются от предоставления соответствующей информации и документов, ссылаясь на то, что в ответе будет содержаться диагноз конкретного человека, что, по мнению сотрудников ЛПУ и ФОМС, является разглашением врачебной тайны и влечет за собой соответствующее наказание.⁹ Данные суждения не соответствуют действительности и, как правило, свидетельствуют о правовой безграмотности или о какой-либо заинтересованности сотрудников ЛПУ.

В соответствии с ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года врачебная тайна представляет собой сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. В части 4 вышеназванной статьи определяется исчерпывающий перечень случаев, в которых информация, представляющая врачебную тайну, может быть предоставлена без согласия гражданина или его законного представителя. Так, например:

- п. 3 ч. 4 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года

«...по запросу органов дознания следствия, суда в соответствии с

⁸ Постатейный учебный комментарий к Федеральному закону «Об оперативно-разыскной деятельности» (по состоянию на 1 ноября 2015г.): учебное пособие, [и др.]; под ред. А.Г. Маркушина. – Москва: Илекса, 2016. 164с.

⁹ Пулатов Ю.С., Джумаев К.Т. Проблемы процессуального оформления оперативно-разыскных материалов. Ташкент, 2013. 114 с; Бедрин Л.М. О правах медицинских работников и их ответственности за причинение вреда здоровью граждан // Новости медицины и фармации. Ярославль, 2012. №2. С. 27-28.; Косимов О.А. Проблемы взаимодействия следователя с органами дознания на стадии возбуждения уголовного дела по материалам оперативно-разыскной деятельности // Российский следователь. 2014. № 12. С. 33-36.

проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно»;

- п. 9 ч. 4 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года

«... в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного страхования»;

- п. 10 ч. 4 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года

«...в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Считаем целесообразным, при написании запросов в ЛПУ или ФОМС, о предоставлении той или иной информации указывать положения вышеназванной нормы, как основания для предоставления соответствующей информации.¹⁰

В качестве одной из особенностей оперативно-разыскной характеристики преступлений, совершаемых в лечебно-профилактических учреждениях, является тот факт, что большинство из них в момент получения оперативно-значимой информации уже совершены. Исходя из этого наиболее логичными для документирования и выявления большинства преступлений, совершаемых в ЛПУ, необходимо применение оперативно-разыскных мероприятий, которые не требуют какого-либо дополнительного санкционирования или технического обеспечения (опрос, наведение справок; исследование предметов и документов; обследование помещений, зданий, сооружений, участков местности и транспортных средств.¹¹

¹⁰ Базаров Р.А. Современные тенденции преступности и некоторые проблемы взаимодействия следственных и оперативных подразделений органов внутренних дел в раскрытии преступлений: Мат-лы межвуз. науч.-практ. конф. Челябинск, 2013. 332 с.

¹¹ Кривенко А.И. Взаимодействие следователя и органов, осуществляющих оперативно-

В ходе анализа практики подразделений ЭБ и ПК по выявлению и документированию преступлений, совершаемых в лечебно-профилактических учреждениях, мы пришли к выводу о том, что наиболее часто выявление происходит на этапе проверок или ревизий правильности расходования внебюджетных средств, поступающих на счета ЛПУ из ФОМС. При таких проверках выявляются факты нецелевого расходования бюджетных средств в ЛПУ и зачастую проблем при документировании таких преступлений не возникает.

Следует отметить, что существует несколько поисковых признаков, свидетельствующих о том, что в ЛПУ совершаются преступления, связанные с хищением бюджетных средств. К ним следует отнести:

1. Наличие в должностной инструкции главного врача указаний на ежемесячное получение определенной суммы от заработанных ЛПУ денежных средств в ходе оказания платных услуг;
2. «Ошибочное» указание в реестре платных услуг, не являющихся таковыми;
3. Большое количество ошибок в реестрах счетов на оплату, поступающих в ФОМС и ФСС;
4. Частые возвращения в ЛПУ реестров счетов по причине ошибочного заполнения последних.¹²

К числу наиболее целесообразных и эффективных способов выявления преступлений в рассматриваемой сфере следует отнести проведение сверки реестров граждан, прошедших диспансеризацию и углубленные медицинские осмотры. Лучше всего проводить такую сверку одномоментно, имея в своем распоряжении базу ФОМС и ФСС. В основе поиска должны лежать номера

розыскную деятельность. Москва, 2015. 326 с.

¹² Лешина Т.Е. Предмет преступного посягательства нецелевого расходования бюджетных средств // Финансовое право. 2013. № 10. С. 23-25. Никитина И. О. Субъекты нецелевого использования государственных средств характеристика и классификация // Оптимизация уголовной политики и экономического правопорядка на основе положений Федерального закона от 8 декабря 2003 года № 162-ФЗ Материалы региональной научно практической конференции, 21 января 2004 г Н Новгород, НФ ГУ ВШЭ, 2004. С 219-226

полюсов обязательного медицинского страхования. Как показывает практика, такая сверка на местах практически не ведется, а факты наличия одного и того же номера полиса ОМС в двух этих базах как правило свидетельствуют о факте совершения преступления. Несомненно, для проведения таких сверок необходима договоренность о взаимодействии ОВД с ФОМС и ФСС.

Получение оперативной информации о фактах внесения в учетные документы и реестры граждан, не проходивших диспансеризацию, должно являться первостепенной задачей сотрудника ЭБ и ПК. Задача эта трудная, но вполне решаемая. Выявление фактов «двойников», как уже говорилось выше, является поисковым признаком, свидетельствующим о том, что в ЛПУ имеются и другие нарушения.

При отсутствии оперативной информации оперативный сотрудник должен путем личного сыска получить соответствующую информацию. Для выявления нарушений в сфере проведения диспансеризации целесообразно применить следующий алгоритм.

1. Необходимо наладить доверительные отношения с представителями территориального отдела ФОМС, в частности наибольший интерес представляют специалисты отдела реализации национального проекта «Здоровье» или специалисты, курирующие линию диспансеризации.

Базы региональных ФОМС содержат в себе колоссальный массив информации, представляющий оперативный интерес. В частности в таких базах можно найти информацию обо всех ЛПУ, проводящих диспансеризацию и реестры ее проведения. По результатам совместных проверочных мероприятий целесообразно составить акт о проверке результатов диспансеризации.

Если оперативный сотрудник обладает оперативной информацией о совершении правонарушения в каком-либо конкретном лечебно-профилактическом учреждении, то так же как и в случае отсутствия такой информации, необходимо не конкретизировать свой интерес и выяснить у

сотрудника ФОМС, какие ЛПУ предоставили отчет о проведенной диспансеризации и какие ЛПУ уже перечислены деньги за это.

Вышеназванный специалист ФОМС может предоставить заинтересованному сотруднику ЭБ и ПК следующую представляющую оперативный интерес информацию:

- о наличии лицензий на оказание медицинских услуг и перечне необходимых врачей-специалистов, работающих в ЛПУ, проводившем диспансеризацию;

- когда и с кем конкретное ЛПУ заключило договоры на проведение диспансеризации (при отсутствии в этом ЛПУ лицензий, диагностического либо лабораторного оборудования или соответствующих врачей-специалистов);

- где проводилась диспансеризация (в поликлинике, больнице либо по месту работы граждан);

- какие конкретно ошибки (вольные или невольные) были выявлены при проведении проверок конкретных ЛПУ (ошибки при заполнении реестров, создании комиссий и т.п.);

- какое ЛПУ чаще других в своих реестрах допускает ошибки, в том числе включает в них «двойников».

Совместно с сотрудников ФОМС целесообразно провести развернутый анализ указанных документов и результатов проверок, проводимых страховыми компаниями в ЛПУ. Страховые компании обязаны предоставлять результаты своих проверок в ФОМС. Особое внимание следует обратить на выявленные нарушения и меры, принятые к нарушителям.

По результатам этой работы необходимо выбрать ЛПУ для проверки (по всей вероятности, таким ЛПУ будет то, которое представило отчет на всех граждан, подлежащих ДД и указанных в списках, либо то, в котором выявлены существенные нарушения, такие, например, как включение одного гражданина в несколько реестров, которые можно квалифицировать как

преступление).

2. Запросить и получить копии документов: реестр счетов, счета-фактуры на оплату;

3. Запросить и получить все реестры конкретного ЛПУ, в которых имеются «двойники». По большей степени работа по документированию преступлений рассматриваемой категории и связанная с «двойниками», где фактически имеются сведения о гражданах якобы прошедших диспансеризацию и по этой причине подлежащих опросу, должна осуществляться по следующему алгоритму:

а) по реестрам установить:

- даты проведения первой и второй (последующих) диспансеризаций;
- название организаций, в которых работают двойники.

б) выйти в организации и опросить этих граждан по поводу прохождения ими двух диспансеризаций в те дни, которые указаны в реестре. В том случае, если они не проходили повторной ДД и фонд не оплатил второй раз за них деньги, а в учетных медицинских документах они значатся, как прошедшие диспансеризацию (второй раз), то в действиях сотрудников ЛПУ усматривается покушение на преступление, предусмотренное ст. 159 УК РФ либо ст. 285 УК РФ.

На следующем этапе работы сотрудник ЭБ и ПК должен заняться установлением «мертвых душ» – лиц фактически не прошедших диспансеризацию. Здесь необходимо учитывать тот факт, что в эту категорию граждан будут попадать и те лица, которые не посетили всех необходимых врачей-специалистов.

С этой целью необходимо запросить и получить в проверяемом ЛПУ следующие документы:

- копию списка сотрудников организаций, которые проходили диспансеризацию и занесены в конкретный реестр либо несколько реестров, это зависит от количества сотрудников организации;
- заверенную копию реестра счетов с данными о гражданах,

прошедших диспансеризацию. (Целесообразно получить копию не только на бумажном, но и электронном носителе);

- копию приказа о проведении диспансеризации с перечнем участвующих в ней врачей данного ЛПУ и привлеченных к ее проведению из других ЛПУ в соответствии с договорами. Данная копия понадобится при проведении бесед и опросов лиц, проходивших диспансеризацию;

- справку в отделе кадров о находящихся в отпуске либо отсутствующих по другим причинам на рабочем месте сотрудниках во время проведения конкретной диспансеризации;

- копии лицензий на оказание медицинских услуг, на проведение тех или иных лабораторных исследований, диагностических и иных обследований, проводившихся во время диспансеризации;

- медицинские карты амбулаторных больных и карты учета диспансеризации граждан, прошедших диспансеризацию. Эти карты по запросу ОВД должен изучить специалист ФОМС либо страховой компании на предмет наличия в них записей всех врачей-специалистов, принимавших участие в проведении диспансеризации, сведений о результатах лабораторных исследований и обследований на диагностическом оборудовании, итоговый осмотр участкового врача с распределением гражданина в соответствующую группу, после чего дать письменное заключение о полноте проведенной диспансеризации.

В ходе проведения проверки необходимо обеспечить сохранность проверяемых медицинских карт (хранить в сейфе, опечатываемом помещении и т.п.). При изучении карт особе внимание нужно обратить на почерк, которым заполнены соответствующие графы. Записи должны быть одинаковыми в обеих картах, выполнены разным почерком (разными врачами). Врачей, от имени которых выполнены записи, необходимо опросить об их участии в проведении диспансеризации;

- справку о дате и месте проведения диспансеризации и фактически участвующих в нем врачах, лаборантах и диагностическом оборудовании.

Сравнить эту справку с приказом о проведении диспансеризации. Так же представляется необходимым проверить это оборудование на предмет его наличия вообще, либо нахождение в ремонте (при их отсутствии либо ремонте на момент диспансеризации – деньги за проведенную диспансеризацию получены ЛПУ незаконно);

При проведении комплекса ОРМ в ЛПУ целесообразно проверить в отделе кадров наличие у врачей дипломов о высшем образовании, документа о получении определенной специализации, а при необходимости (если прошел пятилетний срок) документа о повышении квалификации, которую каждый врач-специалист должен проходить один раз в 5 лет (при их отсутствии – деньги за проведенную диспансеризацию получены врачами незаконно);

На следующем этапе ОРМ необходимо провести работу с лицами, которые, согласно полученной в ЛПУ информации, проходили диспансеризацию. В ходе анализа полученной информации особое внимание нужно обратить на лиц преклонного возраста (от 60 до 90 лет). Данная категория граждан интересна тем, что зачастую в виду возраста не всегда полностью проходит все мероприятия, входящие в диспансеризацию. Список таких лиц следует проверить через отдел ЗАГС на предмет установления момента наступления смерти последних. Зачастую недобросовестные сотрудники ЛПУ, фальсифицируя записи в картах, «проводят» диспансеризацию умерших граждан.

В ходе опросов вышеназванной категории граждан особое внимание необходимо обратить на следующие аспекты:

- находился ли гражданин в день прохождения диспансеризации в отпуске, в отгуле, выезжал ли за пределы города;

- если человек подтверждает факт прохождения диспансеризации, постараться установить, специалист какого пола и возраста проводил прием, какие исследования были пройдены;

- в ходе опроса установить, в каком месте (кабинете, здании и т.п.)

проводились исследования (забор крови, мочи, УЗИ и т.п.

По всем установленным фактам фальсификации и недостоверных записей в кратчайшие сроки необходимо проводить опрос лиц, в них фигурирующих, запрашивать вышеуказанную информацию и т.п.

Полученные в ходе ОРМ материалы проверки и документы анализируются совместно с представителем ФОМС. В ходе такого анализа, по дополнительному запросу от ОВД, вышеназванный специалист делает выводы о сумме причиненного ущерба. Результатом работы специалиста ФОМС должен явиться акт о проверке результатов проведения диспансеризации N-ского ЛПУ. Эту работу могут провести и подразделения документальных проверок и ревизий ОВД, однако привлечение специалиста ФОМС значительно облегчает достижение поставленной цели.

Акт о проверке результатов проведения диспансеризации в ЛПУ является заключительным на этапе доследственной проверки. Позже с документами проверки должен ознакомиться следователь, который оценит полноту и качество собранного материала и примет решение о возбуждении уголовного дела по выявленным фактам преступной деятельности.

§ 2. Характеристика, особенности выявления и документирования преступлений, совершаемых при оказании бесплатных медицинских услуг под видом платных

Часть 1 статьи 41 Конституции России гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Однако во времена жесткого дефицита бюджетных средств было принято решение о предоставлении медицинскими организациями платных медицинских услуг. Это позволило системе здравоохранения в непростое для нашей страны время выжить и развиваться за счет средств, получаемых от граждан.

Практика оказания в ЛПУ платных медицинских услуг населению сегодня получила широкое распространение. К сожалению, не смотря на положительные стороны такой практики, приходится констатировать тот факт, что нередко при лечении больных некоторые недобросовестные врачи прибегают к различного рода уловкам, для того что бы предоставить бесплатные медицинские услуги в виде платных.

Сегодня вопросы оказания платных медицинских услуг регулируются специальным Постановлением Правительства РФ.¹³ При этом в постановлении Правительства РФ указано, что замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения недопустимо и разрешается только с письменного согласия гражданина.

Не вызывает сомнений тот факт, что действия недобросовестных сотрудников ЛПУ не причиняют экономического ущерба государству, но

¹Об утверждении правил предоставления медицинскими учреждениями платных медицинских услуг : постановление Правительства России от 04.10.2012 № 1006.

происходящее наносит не только довольно существенный вред гражданам, но и фактически подрывает авторитет врача и государственных органов власти.

Способ совершения преступлений

Обман – введение больного в заблуждение по поводу оплаты медицинских услуг. Разберем ситуацию на примере операции по удалению желчного пузыря – холецистэктомии. Алгоритм преступных действий и способы выявления и документирования в схожих ситуациях будут аналогичны.

Механизм совершения преступления заключается в том, что во время проведения предоперационной беседы с пациентом, врач, используя свое положение лечащего врача, от которого зависит исход и здоровье пациента, объяснял, что есть несколько способов проведения операции – холецистэктомии. Традиционная (полостная) операция проводится бесплатно, но после её проведения, как правило, высок риск осложнений, длительный период реабилитации, шрамы, нагноения и другие проблемы. И тут же врач объясняет пациенту, что есть новейший эндоскопический метод проведения операции с использованием современного и дорогого лапароскопического оборудования. После операции с использованием новейшего оборудования и современных методик остаются практически незаметные косметические швы, и больной сразу же после операции может самостоятельно передвигаться, а через несколько дней вернуться к нормальной полноценной жизни. Обычно, рассказав обо всех плюсах операций с использованием лапароскопических инструментов, врач говорил, что данная операция платная, и её стоимость составит 8-10 тысяч рублей, в зависимости от тяжести болезни. Как правило цена операции определялась в зависимости от платежеспособности больного. Позже пациент, дорожа своим здоровьем, соглашался на проведение «платной» операции. Денежные средства при этом передавались либо лично врачу, либо проходили через легальную кассу для оплаты платных медицинских услуг. Пациент получал

поддельные платежные документы, так как в кассе по согласованию с руководством ЛПУ ведется двойная бухгалтерия. От пациентов скрывалась информация о том, что все операции должны проводиться бесплатно, а также то, что в соответствии с действующим законодательством все медицинские услуги гражданам при наличии у них полиса ОМС оказываются бесплатно, а платные услуги оказываются только по добровольному желанию пациента. В некоторых случаях врачи также требовали у пациента полис ОМС, ссылаясь на то, что последний оплатил только проведение операции, а нахождение в стационаре будет оплачено средствами ОМС. Получив данные полиса ОМС, врач оформлял все необходимые документы и ЛПУ повторно получало оплату за уже оплаченную операцию. Следует отметить, что аналогичный преступный алгоритм может использоваться для хищения средств пациентов и ОМС практически во всех отделениях ЛПУ. Средства, полученные таким образом, аккумулируются на отдельном счету или в наличном виде хранятся в кассе. Главный врач использует эти средства по своему усмотрению. Они могут быть потрачены на покупку оборудования, переданы врачам – участникам преступной схемы и т.п. Как правило, главный врач заинтересован в количестве и качестве всех платных услуг, оказываемых в ЛПУ, так как в трудовом договоре у него прописан пункт, в соответствии с которым 2-3 % всех заработанных в ЛПУ средств поступают на его счет в качестве заработной платы или премиальных выплат.

Лица, совершающие преступления:

Врачи-специалисты (хирурги, стоматологи, урологи, окулисты, гинекологи, гастроэнтерологи, работающие с диагностическим оборудованием и др.), которые оказывают медицинские услуги и незаконно получают за это от больных деньги.

Главные врачи ЛПУ, оказывающие покровительство врачам-специалистам.

В совершении преступлений могут принимать участие и лица из числа младшего медицинского персонала (медсестры, фельдшера и т.д). Как

правило, их роль сводится к поддержанию имеющегося у пациента заблуждения относительно необходимости оплаты той или иной операции. Доказать вину этой категории медицинских работников довольно затруднительно и целесообразней проводить их разработку в статусе свидетеля.

При выявлении рассматриваемой категории преступлений необходимо в первую очередь провести мероприятия, направленные на выявление круга лиц, которые возможно стали потерпевшими от рассматриваемых преступных действий. В этих целях необходимо истребовать в ЛПУ список лиц, прошедших то или иное обследование или операцию. Либо сделать запрос на предоставление копий медицинских карт граждан, прошедших данную операцию. Не исключается получение вышеуказанных документов путем проведения ОРМ «Обследование помещений, зданий, сооружений, участков местности и транспортных средств».

На данном этапе выявления преступлений рассматриваемой категории целесообразно из полученного списка провести выборку лиц в возрасте от 25-60 лет. Данная категория пациентов как правило легче расстается с деньгами и меньше интересуется вопросами, касающимися оплаты и законностью всего происходящего.

В ходе опроса необходимо ответить на следующие вопросы:

- когда пациент обратился за помощью в ЛПУ?
- какой врач осуществлял первичный прием больного?
- кто из врачей или другого персонала ЛПУ сообщил о том, что необходимая операция «холецистэктомия» является платной?
- когда, где и в каком объеме проводилась оплата операции?
- кто принимал деньги в счет оплаты операции и какие платежные документы были предоставлены (чек, приходно-кассовый ордер и т.п) ?
- сохранились ли у больного платежные документы?
- предоставлял ли больной при госпитализации полис ОМС?
- сколько дней больной находился на стационарном лечении.

В случае, если у больного сохранились платежные документы, полученные им в ЛПУ, ксерокопия этих документов прилагается к объяснению. В ходе опроса целесообразно сразу объяснить цель проводимых мероприятий, а также указать на то, что нарушения такого рода носят массовый, а не единичный характер.

На следующем этапе выявления рассматриваемого преступления оперативный сотрудник должен запросить в страховой компании и ЛПУ сведения о лицах, которым была проведена операция «холецистэктомия». Информацию о страховых компаниях, выдавших страховые полисы потерпевшим, оперативный сотрудник получает из медицинской карты больного или при личной беседе в ходе опроса.

На заключительном этапе проводится сверка сведений, полученных из страховых компаний, сведений из ЛПУ и данных, полученных в ходе опроса граждан. В ходе указанной сверки выявляются факты двойной оплаты оказанных медицинских услуг.

При проведении всех вышеназванных мероприятий целесообразно по возможности держать в тайне от сотрудников ЛПУ суть и предназначение получаемой информации. Далее мы рассмотрим вид преступлений, совершаемых в ЛПУ появившийся в практике сравнительно недавно. Назовем их преступлениями, связанными с хищением средств родовых сертификатов.

На первоначальном этапе существования национального проекта «Здоровье» была введена в действие специальная программа по выдаче родовых сертификатов. Как предполагалось, основной целью такой программы должна была явиться более высокая материальная заинтересованность медицинских учреждений в более качественном медицинском обслуживании молодых матерей. По сути, медицинским работникам стало выгодно увеличение количества беременных женщин, ставших на учет по беременности. Данная программа должна была также уменьшить количество абортов и предоставить женщине право

самостоятельно выбирать место, где она будет наблюдаться и рожать.

Как уже было сказано ранее, этот вид преступлений сравнительно нов для судебной-следственной и оперативно-разыскной практики. Вопросы получения, порядок погашения и использования родовых сертификатов регламентируются приказом Министерства здравоохранения РФ¹⁴.

Родовой сертификат получают женщины в женской консультации, осуществляющей наблюдение за беременной. Как правило, родовой сертификат (далее РС) выдается при сроке беременности 30 недель. Сертификат выдается без учета таких обстоятельств, как возраст и трудоустроенность беременной.

Преступления рассматриваемой категории совершаются в основном в родильных домах (родильных отделениях больниц и поликлиник), а также в детских поликлиниках.

Анализ судебной-следственной практики и механизма совершения преступлений показывает¹⁵, что чаще всего данные преступления совершают

¹⁴ Об утверждении порядка и условий оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни: приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 июля 2014 г. № 370н.»

¹⁵ Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. по уголовному делу № 10–1/2011 // Архив Усть-Ишимского районного суда Омской области за 2011 г; Приговор Вяземского районного суда Смоленской области от 15 августа 2011 г. по уголовному делу № 1-157/2011 // Архив Вяземского районного суда Смоленской области за 2011 г; Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 19 апреля 2011 г. по уголовному делу № 10 – 28/11 // Архив Златоустовского городского суда Челябинской области за 2011 г;

Приговор Кузьминского районного суда г. Москвы от 16 мая 2011 г. по уголовному делу № 1-329/11 17с // URL: <http://actoscope.com/cfo/omscow/kuzminsky-msk/ug/1/prigovor-prichinenie-smertipo11072011-2602286/> (дата обращения: 17.06.2016); Приговор Лиманского районного суда Астраханской области от 9 марта 2011 г. // Архив Лиманского районного суда Астраханской области за 2011 г; Приговор Московского городского суда от 1 марта 2005 г. №2-9/05// Официальный сайт Московского городского суда [Электронный ресурс]. –URL: <http://www.mos-gorsud.ru/> (дата обращения: 12.03.2016); Приговор Промышленного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010 г. по уголовному делу 1-296/10 // Архив Промышленного районного суда г. Смоленска за 2010 г; Приговор Трусовского районного суда г. Астрахани от 6 августа 2012 г. по уголовному делу № 1-286/2012 // Архив Трусовского районного суда г. Астрахани за 2012 г.

следующие категории медицинских работников:

- врачи-акушеры-гинекологи;
- заведующие родильными отделениями;
- главные врачи родильных домов.

Способы совершения преступлений:

- нецелевое расходование бюджетных средств, поступивших в лечебно-профилактическое учреждение, по факту использования родовых сертификатов.

- хищение денежных средств посредством внесения в отчетные документы недостоверных сведений для получения стимулирующих надбавок к заработной плате.

При совершении преступлений рассматриваемой категории злоумышленники подделывают или вносят недостоверные сведения в следующие документы:

1) *Родовые сертификаты* – имеет статус официального документа. Родовой сертификат состоит из 6 частей и рассчитан на период беременности, период самих родов, а так же период диспансерного наблюдения ребенка до 1 года.

2) *Талоны родовых сертификатов* – сам родовой сертификат состоит из 6 частей, четыре из них называются талонами родового сертификата. Заполнение талонов – кропотливая и трудоемкая процедура, так как на сегодняшний день талоны заполняются специальным кодом, в котором зашифрованы результаты проделанной работы. Каждый талон имеет свою номинальную стоимость для ЛПУ. В талоне № 1 фиксируется информация для получения ЛПУ оплаты за медицинскую помощь, оказываемую женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе;

В талоне № 2 фиксируется информация для получения ЛПУ оплаты за медицинскую помощь, оказываемую женщинам во время родов в родильных домах, перинатальных центрах;

В талонах № 3-1 и № 3-2 фиксируется информация для получения ЛПУ оплаты за оказание медицинских услуг во время диспансерного наблюдения ребенка до 1 года.

Сумма стоимости родового сертификата поступает на счет ЛПУ из средств федерального бюджета. Большая часть этих средств должна быть направлена в фонд заработной платы сотрудников ЛПУ.

В ситуации, когда женщина состояла на учете и получала услуги в женской консультации на платной основе, то в ЛПУ по месту жительства ей будет выдан родовый сертификат обычной формы, однако в талоне №1 будет проставлен штамп «не подлежит оплате». Аналогичный погашенный талон №1 будет выдан вместе с родовым сертификатом в ситуации, когда женщина получает его уже после родов. Как правило, корешки талонов отдают медицинским работникам сами молодые мамы.

Если женщина наблюдалась за время беременности в разных женских консультациях, то ее талон отдается в то ЛПУ, в котором она наблюдалась большее время.

По существующим правилам все заполненные талоны, а так же реестр этих талонов должны быть направлены в территориальный фонд социального страхования. Корешки талонов хранятся в лечебно-профилактическом учреждении.

3) *Реестр талонов родовых сертификатов* по сути своей является платежным документом, в котором содержится информация из талонов родовых сертификатов. Реестр талонов родовых сертификатов направляется в территориальный фонд социального страхования.

4) *Индивидуальные карты беременной и родильницы* – представляют собой документ, в котором фиксируются записи о проведенных приемах врачами-специалистами, результаты осмотров, а так же описывается состояние здоровья женщин. Как правило, в данный документ недобросовестные врачи вносят записи о якобы пройденных медицинских осмотрах, приемах и назначениях.

По существующим правилам после оказания той или иной услуги сотрудники ЛПУ отрывают от родового сертификата один из талонов, заполняют его соответствующим образом. После этого талон должен быть подписан руководителем ЛПУ и передан в статистическую группу, работники которой, беря за основу сведения, содержащиеся в талонах, заполняют реестр талонов родовых сертификатов. Далее сами талоны родовых сертификатов и сформированный на их основе реестр должны быть направлены в фонд социального страхования. Важно отметить тот факт, что в самом лечебно-профилактическом учреждении остаются только корешки талонов родовых сертификатов.

Анализ материалов проверок подразделений ЭБ и ПК, а так же уголовных дел, возбужденных по фактам хищения денежных средств с использованием родовых сертификатов, можно сделать вывод о том, что основными способами совершения преступлений в этой сфере являются:

- используя имеющиеся в их распоряжении сведения о женщинах, у которых была прервана беременность, со сроком до 30 недель либо наступила смерть, с этим сроком беременности преступники заполняют на них родовые сертификаты и соответствующие талоны. После чего талоны №1 предоставляются к оплате.

- используя имеющиеся в их распоряжении сведения о детях умерших до 6 месяцев и от 6 месяцев до года преступники, заполняют на них талоны № 3-1 и №3-2., после чего талоны предоставляются для оплаты.

- выдача в женских консультациях и поликлиниках нескольких (как правило, двух) родовых сертификатов на одну женщину и представление талонов № 1 к оплате.

- использование ЛПУ денежных средств, полученных в ходе реализации программы родового сертификата на покупку бытовой техники, ГСМ, мебели и т.п.

Следует отметить, что сотрудники ЭБ и ПК, занимающиеся выявлением преступлений в рассматриваемой сфере, должны не упускать из

внимания тот факт, что ЛПУ, заполняющие родовой сертификат, должны иметь лицензию на оказание услуг и производство работ по специальности «акушерство и гинекология».

Так же следует отметить, что в случае если родовой сертификат был выдан женщине в ЛПУ до 30 недель беременности, а в случае многоплодной беременности 28 недель, то он не может быть оплачен.

Так же не подлежат оплате родовые сертификаты, если в ходе родов наступила смерть матери и (или) ребенка в период нахождения в родильном доме (за исключением случаев смерти одного или нескольких детей при рождении двойни и более детей, в случае сохранения жизни матери и хотя бы одного ребенка).

Как становится очевидным из вышесказанного, в основе выявления преступлений рассматриваемой категории лежит взаимодействие сотрудников ЭБ и ПК и территориального фонда социального страхования.

Каков примерный алгоритм выявления рассматриваемой категории преступлений? Он будет строиться исходя из того, какое из двух направлений выявления будет выбран оперативным сотрудником.

Целесообразней будет действовать по следующей схеме:

Истребовать в ЛПУ:

- списки лиц, которым были выданы РС за проверяемый период;
- копию лицензии на оказание услуг и производство работ по специальности «акушерство и гинекология»;
- информацию об общей сумме денежных средств полученных по программе родовых сертификатов;
- копии корешков талонов РС, хранящихся в ЛПУ;
- информацию о денежных средствах, начисленных из этой суммы врачам;
- копии приказов о выдаче денег по родовым сертификатам врачам, которые выдали эти РС;
- копии ведомостей о получении денег этими врачами;

- получить объяснения от врачей, которые заполнили амбулаторные карты и якобы выдали проверяемым женщинам РС.

Как уже говорилось ранее, после получения талонов, реестры на оплату направляются в ФСС, где так же необходимо запросить определенный массив информации. В первую очередь необходимо получить :

- реестры талонов родовых сертификатов или их копии из соответствующего (проверяемого) ЛПУ;

- копии документов, подтверждающих перевод денег на счета проверяемого ЛПУ;

Так как полученный из ЛПУ и ФСС объем информации довольно велик, целесообразно составить справку-меморандум, которая должна содержать в себе следующие сведения:

- информацию о законности выдачи ЛПУ родовых сертификатов конкретным беременным женщинам (с указанием установочных данных женщин);

- законность заполнения талонов № 1 родовых сертификатов врачами ЛПУ;

- законность составления реестров талонов родовых сертификатов (указать их реквизиты, отличающие их от других реестров) на основании информации, содержащейся в талонах (перечислить, на чье имя был получен РС и его номер);

- размер денежных средств, начисленных за оказание медицинских услуг беременным женщинам (указать их ФИО, номера страхового полиса и РС) ФСС по реестрам ЛПУ (указать реквизиты ЛПУ и реестра), законность начисления и перевода денежных средств на расчетный счет ЛПУ (указать его название);

- размер денежных средств и законность их получения врачами (указать ФИО, должность), начисленных им за оказание медицинских услуг беременным женщинам (указать их ФИО);

- размер денежных средств из перечисленных ТФСС по РС,

затраченных на приобретение медикаментов. Проверить эти средства на предмет их нецелевого расходования.

Полученный в результате проведенных ОРМ материал, приобщив соответствующие нормативно-правовые акты, необходимо представить следователю для оценки и возбуждения уголовного дела.

В заключительной части нашего исследования мы рассмотрим особенности выявления и документирования преступлений, связанных с дополнительной вакцинацией населения. Под иммунопрофилактикой инфекционных заболеваний понимают систему мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения, распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок. Вот уже 200 лет вакцинация является самым эффективным средством борьбы с инфекционными заболеваниями. В нашей стране создана специальная и одна из наиболее эффективных (по оценке Всемирной Организации Здравоохранения) система иммунопрофилактики. Вакцинация является и одним из наиболее дорогих из массовых профилактических мероприятий. Для того чтобы контролировать и предупреждать развитие заболеваний, необходима плановая и системная иммунизация детей и взрослых, которая проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и дополнительной иммунизацией. В соответствии с Федеральным законом №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом №52-ФЗ от 30.03.2015 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и Федеральным законом №157-ФЗ от 17.09.1998 «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» на территории РФ проводится дополнительная иммунизация определенных категорий населения, входящих в зону риска.

К ним относятся:

- дети от 1 до 17 лет, взрослые от 18 до 35 лет, не болевшие и не привитые ранее- прививают от вирусного гепатита В;

- дети от 1 до 17 лет, девушки и женщины от 18 до 25 лет, не болевшие, не привитые ранее и привитые однократно против краснухи – прививают от краснухи;

- дети с первичным иммунодефицитом, в том числе ВИЧ-инфицированные, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, дети, в семьях которых находятся ВИЧ-инфицированные – прививают от полиомиелита;

- дети с установленным диагнозом онкогематологических заболеваний и / или длительно получающие иммуносупрессивную терапию, воспитанники домов ребенка (вне зависимости от состояния здоровья), недоношенные дети, а также дети, нуждающиеся в госпитализации в первые три месяца жизни;

- дети, посещающие дошкольные учреждения, учащиеся 1-9 классов, взрослые, занятые на должностях отдельных профессий (медицинские работники, работники образовательных учреждений), а также старше 60 лет – прививают против гриппа.

1 января 2014 г. вступили в законную силу изменения в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», согласно которым национальный календарь профилактических прививок России включает в себя профилактические прививки против 12 инфекций: гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и гриппа.

Как правило сама вакцинация проходит в поликлиниках, фельдшерских пунктах, реже в больницах. Так же при наличии специальных условий вакцинация может осуществляться в школьных и дошкольных учебных заведениях.

Механизм совершения преступлений рассматриваемой категории примитивен и выражается в приписках. Искусственно увеличивая за счет приписок количество лиц, которые прошли вакцинацию, медицинские работники незаконно получают стимулирующие надбавки. В соответствии с

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2007 г. N 818 «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в этих учреждениях», медицинские работники могут получать стимулирующие выплаты с учетом следующих факторов:

- применение новых технологий и знаний в работе;
- снижение показателей заболеваемости и смертности;
- количество вовремя выявленных заболеваний;
- факты своевременной госпитализации;
- участие в профилактике заболеваний;
- соблюдение санитарных норм и медицинских стандартов;
- отсутствие неправильных диагнозов или осложнений по результатам

назначенного лечения;

- отсутствие жалоб со стороны пациентов;
- отсутствие претензий контролирующих органов.

Медицинский персонал, совершающий преступления при проведении дополнительной иммунизации (вакцинации) населения и представляющий оперативный интерес:

- врачи-терапевты участковые, на основании приказа главного врача больницы включены в соответствующую комиссию по проведению мероприятий по иммунопрофилактике или дополнительной вакцинации.

- средний медицинский персонал участковых врачей терапевтов (медицинские сестры), а так же медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку по курсу проведения иммунопрофилактических мероприятий и работающие в медицинских прививочных кабинетах.

Последние представляют наибольший оперативный интерес, так как выполняют всю «черную» работу (делают прививки, ведут журналы прививок, заполняют талоны амбулаторного пациента, медицинские карты). Обладают всей полнотой информации о совершаемых преступлениях, так как

фактически ведут прием совместно с врачом. Судебная практика показывает, что, не смотря на вышеописанный факт в рамках уголовных дел медицинские сестры как правило проходят в качестве свидетелей.

Для документирования преступной деятельности и доказывания корыстной заинтересованности необходимо начинать проверку с платежных документов и приказов, в соответствии с которыми медицинский персонал получал стимулирующие выплаты.

Документы, подлежащие проверке и анализу в первую очередь:

1) *Медицинская карта амбулаторного больного* – подделка заключается во внесении недостоверных сведений о приеме больного и якобы проведенной ему вакцинации (прививке);

2) *Списки привитых против вирусного гепатита В, краснухи, полиомиелита, гриппа в рамках дополнительной иммунизации.*

Форма этих списков как правило произвольная. Листы бумаги, сшитые или вложенные в папку, на которых записана информация о привитых гражданах (фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, место жительства, телефон, место работы или учебы и т.п.) Списки составляются врачом или медсестрой, на которых возложены обязанности по вакцинации граждан. В таких списках нередко могут быть сделаны записи о лицах, не прошедших вакцинацию;

3) *Журнал учета профилактических прививок* (форма Ф-64, смотри приложение №4) В нем содержится информация о лицах, прошедших плановую и дополнительную вакцинацию (фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, место жительства, телефон, место работы или учебы и т.п.).

Выявление и документирование преступлений

Основными источниками информации, представляющей оперативный интерес, являются медицинские работники конкретного ЛПУ, но не стоит забывать, что в вышеназванных учреждениях получение информации сотрудниками полиции затруднено по причине сплоченности коллектива и

круговой поруки.

При отсутствии конкретной информации оперативный сотрудник ЭБ и ПК должен самостоятельно, используя метод личного сыска, выявить анализируемые состав преступлений. Для этого будет необходимо применить следующий алгоритм действий:

- истребовать в проверяемом ЛПУ журнал учета профилактических прививок (форма Ф-64, смотри приложение №4);

Список граждан прошедших плановую или дополнительную вакцинацию проверяется на предмет наличия недостоверных записей.

- после проведения проверки вышеназванных списков необходимо запросить в ЛПУ копии карт амбулаторного больного тех лиц, которые на самом деле вакцинацию проходили только «на бумаге». Особый интерес представляют лицевая часть карты с отметкой о прохождении вакцинации, листы на которых сделаны отметки о осмотре и последующей вакцинации, а так же лист добровольного согласия на проведение вакцинации, подписанный самим вакцинируемым;

- истребовать в ЛПУ копии приказов за проверяемый период времени о начале вакцинации и назначении лиц ее проводящих. Так же необходим журнал учета бактериологических препаратов (вакцин);

- провести опрос лиц, которым на самом деле прививки не делали. В ходе опроса необходимо четко определить срок, во время которого гражданин вообще не обращался за медицинской помощью или не присутствовал на осмотрах у врача;

- оперативным путем установить, имелись ли стимулирующие выплаты для лиц, проводивших плановую и дополнительную вакцинацию и удержание из этих выплат в случае невыполнения существующего плана по вакцинации. В случае подтверждения этих фактов необходимо опросить должностных лиц в ЛПУ (главный врач, заведующий отделением, старшая медицинская сестра, главный бухгалтер).

В ходе анализа судебной практики становится очевидным, что в

случаях проведения фиктивной вакцинации медицинские работники уничтожают значительное количество неиспользованной вакцины, однако уголовно-правовой или административно-правовой оценки эти действия не находят.

Заключение

В заключение хотелось бы отметить, что при проведении любых мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях по выявлению и документированию преступлений оперативные сотрудники должны соблюдать правила профессиональной этики, общаться с проверяемыми предельно корректно. Залогом успешной работы по выявлению преступлений в ЛПУ также является тесное взаимодействие оперативных сотрудников ЭБ и ПК со специалистами ФОМС и ОМС. Преступления в лечебно-профилактических учреждениях сложны для выявления и документирования и требуют целенаправленной, активной работы подразделений экономической безопасности и противодействия коррупции.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Наименование медицинской организации _____ Код формы по ОКУД _____
 Код организации по ОКПО _____
 _____ Медицинская документация
 _____ Учетная форма N 025/y
 Адрес _____ Утверждена приказом Минздрава России
 от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число ____ месяц ____ год ____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
 район _____ город _____ населенный пункт _____
 улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2.
7. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы ____ 11. Документ _____: серия ____ N _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
17. Место работы, должность _____
18. Изменение места работы _____
19. Изменение места регистрации _____
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата	Заключительные (уточненные)	Установле	Врач

(число, месяц, год)	диагнозы	новые впервые или повторно (+/-)	

21. Группа крови ____ 22. Rh-фактор ____ 23. Аллергические реакции _____

стр. 3 ф. N 025/y

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	

Врач

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования,	Лекарственные препараты,

консультации)	физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач
Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач
Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты

	Врач
Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

27. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____
 Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению _____

 Листок нетрудоспособности _____

 Зав. отделением _____ Лечащий врач _____
 28. Заключение врачебной комиссии
 Дата _____
 Жалобы и динамика состояния _____

 Проведенное обследование и лечение _____

 Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

 Осложнения: _____

 Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 Заключение врачебной комиссии: _____

 Рекомендации _____

 Председатель _____ Члены комиссии _____

 29. Диспансерное наблюдение
 Дата _____
 Жалобы и динамика состояния _____

 Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

 Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

 Осложнения: _____

 Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____

 Врач _____
 30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

33. Результаты функциональных методов исследования:

34. Результаты лабораторных методов исследования:

35. Эпикриз

Приложение №2

Наименование медицинской организации	Медицинская документация
Адрес медицинской организации	Утверждена приказом Минздрава России
	Учетная форма N 025-1/у от 15 декабря 2014 г. N 834н

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, N ____

<p>1. Дата открытия талона: число ____ месяц ____ год ____ 2. Код категории льготы ____ 3. Действует до ____ 4. Страховой полис ОМС: серия ____ N ____ 5. СМО ____ 6. СНИЛС ____ 7. Фамилия ____ 8. Имя ____ 9. Отчество ____ 10. Пол: муж - 1, жен - 2</p> <p>11. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____ 9. Документ, удостоверяющий личность ____ серия ____ N ____</p> <p>12. Место регистрации: субъект Российской Федерации ____ район ____ город ____ населенный пункт ____ улица ____ дом ____ квартира ____ тел. ____</p> <p>13. Местность: городская - 1, сельская - 2</p> <p>14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6</p> <p>15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник)</p> <hr/> <p>16. Инвалидность: установлена впервые - 1, повторно - 2 17. Группа инвалидности: I - 1, II - 2, III - 3 18. Инвалид с детства: да - 1, нет - 2</p> <hr/> <p>19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь - 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь - 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь - 3, паллиативная медицинская помощь - 4</p> <p>20. Место обращения (посещения): поликлиника - 1, на дому - 2, центр здоровья - 3, иные медицинские организации - 4</p> <p>21. Посещения: по заболеваниям (коды А00 - Т98) - 1, из них: в неотложной форме - 1.1; активное посещение - 1.2; диспансерное наблюдение - 1.3; с профилактической и иными целями (коды Z00 - Z99) - 2: медицинский осмотр - 2.1; диспансеризация - 2.2; комплексное обследование - 2.3; паллиативная медицинская помощь - 2.4; патронаж - 2.5; другие обстоятельства - 2.6</p> <p>22. Обращение (цель): по заболеванию (коды А00 - Т98) - 1, с профилактической целью (коды Z00 - Z99) - 2</p> <p>23. Обращение (законченный случай лечения): да - 1; нет - 2 24. Обращение: первичное - 1, повторное - 2</p> <p>25. Результат обращения: выздоровление - 1, без изменения - 2, улучшение - 3, ухудшение - 4, летальный исход - 5, дано направление: на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7, в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10, на санаторно-курортное лечение - 11</p>

26. Оплата за счет: ОМС - 1; бюджета - 2; личных средств - 3; ДМС - 4; иных источников, разрешенных законодательством - 5

27. Даты посещений (число, месяц, год):							

оборотная сторона формы N 025-1/y

28. Диагноз предварительный _____ код по МКБ-10

29. Внешняя причина _____ код по МКБ-10

30. Врач: специальность _____ ФИО _____ код

Врач: специальность _____ ФИО _____ код

31. Медицинская услуга _____ код

Медицинская услуга _____ код

32. Диагноз заключительный _____ код по МКБ-10

33. Внешняя причина _____ код по МКБ-10

34. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10

_____ код по МКБ-10

_____ код по МКБ-10

35. Заболевание: острое (+) - 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) - 2; ранее установленное хроническое (-) - 3

36. Диспансерное наблюдение: состоит - 1; взят - 2, снят - 3, из них: с выздоровлением - 4, со смертью - 5, по другим причинам - 6

37. Травма: производственная - 1; транспортная - 2, из нее: ДТП - 2.1; спортивная - 3; уличная - 4; сельскохозяйственная - 5; прочая - 6

38. Операция: _____ код

39. Анестезия: общая - 1; местная - 2 40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной - 1; криогенной - 2; эндоскопической - 3; рентгеновской - 4 41. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____

42. Манипуляции, исследования: _____ кол-во _____ код

_____ кол-во _____ код

43. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____

44. Рецепты на лекарственные препараты

Дата	Рецепт		Лекарственный препарат	Доза	Форма	Кол-во	Код МКБ-10	Подпись врача
	Сериал	Номер						

45. Документ о временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности - 1; справка - 2.

46. Повод выдачи: заболевание - 1; уход за больным членом семьи - 2 (ФИО _____); в связи с карантином - 3; на период санаторно-курортного лечения - 4; по беременности и родам - 5; по прерыванию беременности - 6

47. Дата выдачи: число _____ месяц _____ год _____

48. Даты продления:

--	--	--	--	--	--

49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число _____ месяц _____ год _____

50. Дата закрытия талона число _____ месяц _____ год _____

51. Врач (ФИО, подпись) _____

Приложение №3

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД _____
 Код организации по ОКПО _____
 _____ Медицинская документация
 Учетная форма N 025/у
 Адрес _____ Утверждена приказом Минздрава России
 от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число ____ месяц ____ год ____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
 район _____ город _____ населенный пункт _____
 улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2.
7. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы ____ 11. Документ _____: серия ____ N _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	р/ч

стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
17. Место работы, должность _____
18. Изменение места работы _____
19. Изменение места регистрации _____
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	р/ч

21. Группа крови ____ 22. Rh-фактор ____ 23. Аллергические реакции _____

стр. 3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

стр. 4 ф. N 025/у

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата
Жалобы
Данные наблюдения в динамике

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 7 ф. N 025/у

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

стр. 8 ф. N 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Список использованных источников

Нормативно-правовые акты

1. Конституция РФ М. 1993 г. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
2. Уголовный кодекс РФ М. 2019 г. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон №323 от 21.ноября 2011 года. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
4. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : федеральный закон №52-ФЗ от 30.03.2015. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
5. Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний : федеральный закон №157-ФЗ от 17.09.1998. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
6. Об оперативно-розыскной деятельности : Федеральный закон №144 – ФЗ от 12 августа 1995г. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
7. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения : приказ Министерства здравоохранения РФ N 36ан от 3 февраля 2015г. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).
8. Об утверждении порядка проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью : приказ Министерства здравоохранения РФ № 216 н от 11 апреля 2013г. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).

9. О диспансеризации граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС : приказ Министерства здравоохранения РФ № 216 от 26 мая 2003г. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).

10. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).

11. Об утверждении порядка и условий оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни : приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 июля 2014 г. № 370н. [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).

Специальная литература

1. Базаров Р.А. Современные тенденции преступности и некоторые проблемы взаимодействия следственных и оперативных подразделений органов внутренних дел в раскрытии преступлений : мат-лы межвуз. науч.-практ. конф. Челябинск, 2013. 332 с.

2. Бедрин Л.М. О правах медицинских работников и их ответственности за причинение вреда здоровью граждан // Новости медицины и фармации. Ярославль, 2012. №2. С. 27-28.

3. Бедрин Л.М., Урванцев Л.П. Психология и деонтология в работе врача. Ярославль, 1988.

4. Бедрин Л.М., Хлебников И.Ю. Ответственность за причинение морального вреда // Новости медицины и фармации. – Ярославль, 2012, №1. С. 41-42.

5. Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение персональных обязанностей. Москва. 1970.

6. Громов А.И. Основы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача. – Москва. 1974.

7. Долгинов, С.Д. Некоторые проблемы взаимодействия следствия и оперативных подразделений при раскрытии и расследовании преступлений, совершенных организованными преступными группами // Актуальные проблемы теории и практики взаимодействия подразделений органов внутренних дел в борьбе с преступностью: мат-лы межвуз. науч.-практ. конф. Челябинск, 2015. 332 с.

8. Концевич И.А. Судебно-медицинские аспекты врачебной практики. Киев, 1974.

9. Косимов О.А. Проблемы взаимодействия следователя с органами дознания на стадии возбуждения уголовного дела по материалам оперативно-розыскной деятельности // Российский следователь. 2014. № 12. С. 33-36.

10. Кривенко А.И. Взаимодействие следователя и органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность. Москва. 2015. 326 с.

11. Лешина Т.Е. Предмет преступного посягательства нецелевого расходования бюджетных средств // Финансовое право. 2013. № 10. С. 23-25.

12. Никитина И. О Исторический опыт в борьбе с преступлениями, совершаемыми медицинскими работниками при выполнении профессиональных обязанностей // Следователь, 2012. №7(99). С 55-56.

13. Никитина И.О. Субъекты нецелевого использования государственных средств характеристика и классификация // Оптимизация уголовной политики и экономического правопорядка на основе положений Федерального закона от 8 декабря 2003 года № 162-ФЗ Материалы

региональной научно практической конференции, 21 января 2004 г – Н Новгород, НФ ГУ ВШЭ, 2004. С 219-226.

14. Огарков И.Ф. Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них. – Ленинград, 1966.

15. Основы медицинского права России: Учебное пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. – Москва, 2007.

16. Павлова Н. В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности [Текст] / Н. В. Павлова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2006. 20 с.

17. Попов В.Л. Классификация правонарушений медицинских работников. Новосибирск, 1979.

18. Попов В.Л. Судебная медицина (учебник). – Санкт-Петербург, 2014. Гл. 28.

19. Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности. – Санкт-Петербург, 2012.

20. Постатейный учебный комментарий к Федеральному закону «Об оперативно-разыскной деятельности» (по состоянию на 1 ноября 2015г.): учебное пособие / Н.В. Бельгарова, [и др.]; под ред. А.Г. Маркушина. – Москва: Илекса, 2016. 164с. (Библиотека журнала «Российский криминологический взгляд»).

21. Пулатов Ю.С., Джумаев, К.Т. Проблемы процессуального оформления оперативно-розыскных материалов. Ташкент, 2013. 114 с.

22. Соловьев А.П. Предупреждение преступлений в сфере здравоохранения [Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2007. 31 с.

23. Старостина Я. В. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников [Текст] / Я. В. Старостина : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ставрополь, 2005. 21 с.

24. Сухарникова Л. В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в

процессе профессиональной деятельности [Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Санкт-Петербург, 2006. 25 с.

25. Татаркин В. В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья [Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов-н/Д., 2007. 27 с

Судебная практика

12. Архив Пятигорского городского Суда Ставропольского края. Дело № 1-1049/2002.

13. Кассационное определение Верховного Суда РФ от 19.04.2005 г. №5-О05-48 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс].–URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2019).

14. Кассационное определение Псковского областного суда от 23 июня 2010 г. № 22-579 [Электронный ресурс]. URL: <http://actoscope.com> (дата обращения: 19.08.2019).

15. Кассационное определение СК по уголовным делам Верховного Суда РФ от 21 декабря 2006 г. № 5-О06-179 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Верховного Суда РФ. – URL:http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=160916 (дата обращения: 12.03.2019).

16. Кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Астраханского областного суда от 4 апреля 2011 г. № 22-1138/2011 // Архив Астраханского областного суда за 2011 г.

17. Определение СК по уголовным делам Верховного Суда РФ от 29 марта 2006 г. № 5-О06-11 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=138648 (дата обращения: 12.03.2019г.).

18. Постановление Благовещенского городского суда Амурской области от 20 июля 2012 г. по уголовному делу № 1-712/12 // Архив Благовещенского городского суда Амурской области за 2012 г.

19. Постановление Боровского районного суда Калужской области от 17 мая 2012 г. по уголовному делу № 1-73/2012 // Архив Боровского районного суда Калужской области за 2012 г.

20. Постановление Кормиловского районного суда Омской области от 14 января 2014 г. по уголовному делу № 1-2/2014 // Архив Кормиловского районного суда Омской области за I квартал 2014 г.

21. Постановление Президиума Верховного Суда РФ от 11 октября 2006 г. № 429-П06 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=155542 (дата обращения: 12.03.2019).

22. Постановление Южно-Сахалинского городского суда от 30 июля 2012 г. по уголовному делу № 1-386/12 // Архив Южно-Сахалинского городского суда за 2012 г.

23. Приговор Балаковского районного суда Саратовской области от 11 сентября 2012 г. по уголовному делу № 1–443 // Архив Балаковского районного суда Саратовской области за 2012 г.

24. Приговор Вяземского районного суда Смоленской области от 15 августа 2011 г. по уголовному делу № 1-157/2011 // Архив Вяземского районного суда Смоленской области за 2011 г.

25. Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 19 апреля 2011 г. по уголовному делу № 10 – 28/11 // Архив Златоустовского городского суда Челябинской области за 2011 г.

26. Приговор Кузьминского районного суда г. Москвы от 16 мая 2011 г. по уголовному делу № 1-329/11 17с // URL: <http://actoscope.com/cfo/omscow/kuzminsky-msk/ug/1/prigovor-prichinenie-smertipo11072011-2602286/> (дата обращения: 17.03.2019).

27. Приговор Лиманского районного суда Астраханской области от 9 марта 2011 г. // Архив Лиманского районного суда Астраханской области за 2011 г. Приговор Московского городского суда от 1 марта 2005 г. №2-9/05//

Официальный сайт Московского городского суда [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mos-gorsud.ru/> (дата обращения: 12.03.2019).

28. Приговор Промышленного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010 г. по уголовному делу 1-296/10 // Архив Промышленного районного суда г. Смоленска за 2010 г.

29. Приговор Трусовского районного суда г. Астрахани от 6 августа 2012 г. по уголовному делу № 1-286/2012 // Архив Трусовского районного суда г. Астрахани за 2012 г.

30. Приговор Усольского районного суда Пермского края от 28 декабря 2010 г. по уголовному делу № 10-8/2010 АП // Архив Усольского районного суда Пермского края за 2010 г.

31. Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. по уголовному делу № 10–1/2011 // Архив Усть-Ишимского районного суда Омской области за 2011 г.