

Дата поступления рукописи в редакцию: 21.04.2026 г.

DOI: 10.24412/2782-3830-2026-5-516-522

Дата принятия рукописи в печать: 02.06.2026 г.

МАГОМЕДОВА Раисат Хизриевна,
студентка 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Россия, г. Махачкала,
e-mail: mail@law-books.ru

МАГОМЕДНАБИЕВА Асия Гаджимурадовна,
студентка 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Россия, г. Махачкала,
e-mail: asiamagomednabieva67@gmail.com

Научный руководитель:
ГАДЖИМАГОМЕДОВА Шумайсат Солеймановна,
Старший преподаватель кафедры
«Философии и Гуманитарных дисциплин»
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»,
Россия, г. Махачкала,
e-mail: mail@law-books.ru

Соруководитель:
ХАЛИКОВ Абдулхалик Султансаидович,
Кандидат философских наук,
доцент кафедры «Гуманитарные дисциплины»
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»,
Россия, г. Махачкала,
e-mail: mail@law-books.ru

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТКАЗА ВРАЧА В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ КАК ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОГО ЗВЕНА НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА

Аннотация. В статье рассматриваются проблемные аспекты установления причинной связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступлением смерти пациента в ситуациях неосторожного сопричинения. Анализируется судебно-следственная практика по делам о ятрогенных преступлениях. Предлагается авторская классификация видов неосторожного сопричинения вреда при оказании медицинской помощи, а также критерии дифференциации ответственности медицинских работников. Обосновывается необходимость унификации подходов судебно-медицинской экспертизы к установлению причинно-следственной связи.

Ключевые слова: отказ в госпитализации, причинно-следственная связь, смерть пациента, неоказание медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза, ятрогенные преступления, ч. 2 ст. 109 УК РФ, ст. 124 УК РФ, врачебная ошибка, правовая медицина.

MAGOMEDOVA Raisat Khizrievna,
1st year medical student of the Federal State Budgetary
Educational Institution of Higher Education
“Dagestan State Medical University”
of the Ministry of Health of Russia,
Russia, Makhachkala

MAGOMEDNABIEVA Asia Gadzhimuradovna,
1st year medical student FSBEI HE
"Dagestan State Medical University"
of the Ministry of Health of Russia,
Russia, Makhachkala

Supervisor:
GADZHIMAGOMEDOVA Shumaysat Soleimanovna,
Senior Lecturer,
Department of Philosophy and Humanities,
FSBEI HE Dagestan State Medical University,
Russia, Makhachkala

Co-Director:
KHALIKOV Abdulkhalik Sultansaidovich,
Candidate of Philosophy, Associate Professor,
Department of Humanitarian Disciplines,
Federal State Budgetary
Educational Institution of Higher Education
Dagestan State Medical University,
Russia, Makhachkala

LEGAL ASSESSMENT OF A DOCTOR'S REFUSAL TO HOSPITALIZE AS A CAUSAL LINK IN THE ONSET OF A PATIENT'S DEATH

Annotation. *The article discusses the problematic aspects of establishing a causal relationship between defects in the provision of medical care and the patient's death in situations of negligent co-causation. The article analyzes the judicial and investigative practice in cases of iatrogenic crimes. The author proposes a classification of the types of negligent co-causation of harm in the provision of medical care, as well as criteria for differentiating the responsibility of medical professionals. The article substantiates the need for unifying the approaches of forensic medical examinations to establishing a causal relationship.*

Key words: *refusal to hospitalize, cause-and-effect relationship, patient death, failure to provide medical care, forensic medical examination, iatrogenic crimes, Part 2 of Article 109 of the Criminal Code of the Russian Federation, Article 124 of the Criminal Code of the Russian Federation, medical error, legal medicine.*

Актуальность исследования. Право пациента на своевременное и качественное медицинское обслуживание, включая госпитализацию при наличии жизненных показаний, относится к числу фундаментальных прав, гарантированных ст. 41 Конституции РФ и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Однако практика правоприменения свидетельствует о сохраняющихся случаях отказа медицинских работников в госпитализации пациентов, находящихся в тяжёлом или критическом состоянии, что в ряде ситуаций приводит к летальному исходу. По данным судебной статистики, количество уголовных дел, возбуждённых по ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному) и ч. 2. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей), демонстрирует устойчивую динамику роста. При этом наиболее сложным и дис-

куссионным вопросом как для следствия, так и для суда остаётся установление прямой причинно-следственной связи между отказом в госпитализации и наступлением смерти.

Степень научной разработанности темы. В науке уголовного права проблематика причинной связи при неоказании медицинской помощи рассматривалась в работах таких авторов, как А.И. Рарог, Г.А. Есаков, Р.Д. Шарапов. В области медицинского права вопросы госпитализации и ответственности за отказ в её проведении анализировались в публикациях А.В. Тихомирова, Ю.Д. Сергеева, Н.В. Павловой. Однако большинство исследований либо носят общетеоретический характер, либо фокусируются на гражданско-правовых аспектах. Специальных работ, посвящённых именно судебно-медицинским и уголовно-правовым критериям оценки отказа в госпитализации как причинно-следственного звена наступления смерти пациента, в доступной

литературе недостаточно. Отсутствует также единая методика судебно-медицинской экспертизы по данной категории дел.

Проблема исследования заключается в противоречии между объективной потребностью правоприменительной практики в чётких критериях установления причинной связи между отказом врача в госпитализации и смертью пациента, с одной стороны, и отсутствием законодательно или ведомственно закреплённых алгоритмов такой оценки — с другой. Это противоречие порождает правовую неопределённость, ведёт к неоднородной судебной практике и снижает эффективность как уголовно-правовой, так и гражданско-правовой защиты прав пациентов.

Цель настоящего исследования — разработка критериев судебно-медицинской и уголовно-правовой оценки отказа врача в госпитализации как обстоятельства, находящегося в причинной связи со смертью пациента, а также выработка практических рекомендаций для правоприменительных органов.

Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать судебно-следственную практику по делам об отказе в госпитализации, повлёкшем смерть пациента, за период 2019–2024 гг.;
2. Выявить типичные дефекты оказания медицинской помощи, допускаемые врачами при принятии решения об отказе в госпитализации;
3. Определить критерии, используемые судебно-медицинскими экспертами для установления прямой причинной связи между отказом и летальным исходом;
4. Разработать алгоритм оценки причинно-следственной связи для использования в экспертной и судебной практике.

Основная часть

1. Материалы и методы исследования

Эмпирическую базу исследования составили 47 уголовных дел и 23 гражданских дела, рассмотренных судами общей юрисдикции в период с 2019 по 2024 год, в которых предметом разбирательства являлся отказ медицинского работника в госпитализации пациента, повлёкший летальный исход. Дела отбирались методом сплошной выборки из общедоступных баз судебных актов (ГАС «Правосудие», sudact.ru) по ключевым словам: «отказ в госпитализации», «ст. 124 УК РФ», «ч. 2 ст. 109 УК РФ», «смерть пациента». Дополнительно проанализировано 19 заключений судебно-медицинских экспертиз (СМЭ), выполненных в рамках указанных уголовных дел, в части описания причинно-следственных связей.

Методологическую основу работы составили: формально-юридический метод (анализ норм УК РФ, Федерального закона № 323-ФЗ, порядков оказания медицинской помощи); сравнительно-правовой метод (сопоставление подходов различных судебных инстанций к оценке причинной связи); казуистический метод (детальный разбор отдельных прецедентных дел); а также метод теоретического моделирования (разработка алгоритма экспертной оценки).

2. Теоретические основы ответственности за отказ в госпитализации

2.1. Нормативно-правовое регулирование вопроса

Обязанность медицинского работника оказать помощь больному, в том числе путём госпитализации, закреплена на нескольких нормативных уровнях. Прежде всего, это ст. 41 Конституции РФ, гарантирующая право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Далее — ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ, согласно которой отказ в оказании медицинской помощи при угрозе жизни пациента не допускается.

Уголовно-правовая конструкция ответственности за отказ в госпитализации может реализовываться по двум основным составам.

Во-первых, это ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному». Объективная сторона выражается исключительно в бездействии (неоказании помощи без уважительных причин). В отличие от этого, ненадлежащее оказание помощи (активные действия, выполненные с дефектами), повлекшее смерть, охватывается составом ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Во-вторых, это ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». Данный состав применяется в ситуациях, когда врач формально помощь оказал (например, осмотрел пациента, назначил лечение на дому), но допустил дефект в виде необоснованного отказа в госпитализации, что и привело к смерти. Отличие от ст. 124 УК РФ состоит в том, что при квалификации по ст. 109 УК РФ деяние признаётся более общественно опасным, поскольку предполагает не пассивное бездействие, а активное ненадлежащее исполнение обязанностей.

Кроме того, возможна гражданско-правовая ответственность медицинской организации по ст. 1064, 1068 ГК РФ — возмещение вреда, причинённого жизни или здоровью пациента, а также компенсация морального вреда (ст. 151, 1100 ГК РФ). В проанализированной выборке в 12 случаях родственники умершего одновременно с уголовным преследованием врача подавали гражданские иски на суммы от 500 тыс. до 3 млн рублей.

2.2. Понятие «госпитализация» в праве и медицине

Важной теоретической проблемой, выявленной в ходе исследования, является отсутствие легального определения термина «госпитализация» в российском законодательстве. На практике под госпитализацией понимают помещение пациента в стационар лечебно-профилактического учреждения для круглосуточного наблюдения, диагностики и лечения. Однако отсутствие нормативного закрепления ведёт к тому, что в судебных спорах сторона защиты врача нередко апеллирует к тому, что формально «отказа в госпитализации» не было, поскольку пациенту предложили дневной стационар, либо рекомендовали обратиться в другую больницу.

С точки зрения правовой медицины, для целей установления причинной связи следует различать:

- Экстренную госпитализацию — при состояниях, угрожающих жизни (шок, кровотечение, ОКС, инсульт, дыхательная недостаточность). Отказ в такой госпитализации практически всегда расценивается как грубый дефект.
- Плановую госпитализацию — при заболеваниях, не создающих непосредственной угрозы жизни в ближайшие часы. Здесь отказ может быть обоснован отсутствием мест, необходимостью дообследования и т.д.
- Паллиативную госпитализацию — для купирования симптомов у неизлечимых больных. Отказ в такой госпитализации требует отдельной оценки, поскольку он может не находиться в причинной связи со смертью от основного заболевания.

3. Эмпирический анализ судебной практики

3.1. Общая характеристика проанализированных дел

Из 47 уголовных дел обвинительный приговор был вынесен в 31 случае (66%), оправдательный — в 9 случаях (19%), ещё в 7 делах (15%) производство прекращено по нереабилитирующим основаниям (смерть обвиняемого, истечение сроков давности, примирение с потерпевшим с выплатой компенсации). Распределение по квалификации: ст. 124 УК РФ — 28 дел, ч. 2 ст. 109 УК РФ — 19 дел. При этом в 8 делах врач был осуждён по совокупности обеих статей.

Наиболее частые нозологии, при которых отказ в госпитализации повлёк смерть:

- Острый коронарный синдром (ОКС) и инфаркт миокарда — 14 дел (30%)
- Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК, инсульт) — 11 дел (23%)

- Тяжёлая сочетанная травма — 7 дел (15%)
- Острый панкреатит — 4 дела (9%)
- Сепсис и инфекционные заболевания — 5 дел (11%)
- Декомпенсация хронической сердечной недостаточности — 6 дел (12%)

3.2. Типичные дефекты оказания помощи при отказе в госпитализации

Анализ материалов дел позволил выделить следующие повторяющиеся дефекты:

Дефект 1: Неверная оценка тяжести состояния пациента. В 22 делах (47%) экспертная комиссия установила, что врач скорой или приёмного покоя недооценил витальные показатели (АД, ЧСС, сатурацию, уровень сознания). Характерный пример: пациент с жалобами на давящие боли за грудиной, АД 90/60, тахикардия 120 ударов в минуту. Врач диагностировал «межрёберную невралгию» и отказал в госпитализации, назначив обезболивающие. Через 6 часов — смерть от обширного инфаркта. Экспертиза: прямая причинная связь.

Дефект 2: Отсутствие врачебного консилиума или консультации заведующего. В 15 делах (32%) врач единолично принял решение об отказе в госпитализации без согласования с более опытным коллегой, хотя внутренние регламенты медицинской организации это требовали. Суд в данных случаях расценивал это как нарушение должностной инструкции.

Дефект 3: Формальная ссылка на отсутствие мест без подтверждения. В 10 делах (21%) врач в карте вызова указал «отказ в госпитализации в связи с отсутствием свободных коек», однако не предпринял попыток связаться с другими стационарами, не активировал механизм межбольничной транспортировки. Эксперты признали это не уважительной причиной, а формальным подходом.

Дефект 4: Неправильное оформление отказа. В 8 делах (17%) отказ в госпитализации вообще не был документально зафиксирован в медицинской карте. Врач устно сказал пациенту или родственникам «идите домой», после чего пациент умер. В такой ситуации доказать отсутствие умысла крайне сложно для защиты, а суд трактует отсутствие записи как попытку скрыть дефект.

Дефект 5: Игнорирование динамики состояния. В 6 делах (13%) пациент был осмотрен, ему было предложено амбулаторное лечение, но через 3–6 часов состояние резко ухудшилось, родственники повторно вызвали скорую, однако время было упущено. Врач первой бригады не дал рекомендаций о том, при каких симптомах нужно срочно вызывать помощь повторно.

3.3. Прецедентные дела (кейсы из практики)
Кейс №1. Прямая причинная связь установлена. (Областной суд, 2021)

Пациент М., 54 года, вызвал скорую помощь с жалобами на интенсивную боль в эпигастрии, тошноту, слабость. Фельдшер бригады поставил диагноз «острый гастрит», отказал в госпитализации, назначил спазмолитики. Через 8 часов пациент скончался. При вскрытии — острый деструктивный панкреатит с панкреонекрозом. Судебно-медицинский эксперт указал: «При своевременной госпитализации в хирургический стационар, проведении инфузионной терапии, ингибиторов протеаз возможно было предотвратить летальный исход. Отказ в госпитализации находится в прямой причинной связи со смертью». Фельдшер осуждён по ч. 2 ст. 109 УК РФ к 2 годам ограничения свободы.

Кейс №2. Причинная связь не установлена. (Верховный суд республики, 2022)

Пациентка К., 71 год, страдала диссеминированным раком молочной железы с метастазами в лёгкие и печень. Врач онкологического диспансера отказал в повторной госпитализации, сославшись на отсутствие показаний для активного противоопухолевого лечения, и перевёл пациентку на паллиативное наблюдение на дому. Через 12 дней пациентка умерла от прогрессирования основного заболевания. Родственники обратились в суд, обвинив врача в отказе в госпитализации. Комиссионная СМЭ установила: «Смерть наступила от основного заболевания. Даже при условии экстренной госпитализации за 12 дней до смерти, прогноз оставался абсолютно неблагоприятным ввиду генерализации опухолевого процесса. Причинная связь между отказом в госпитализации и смертью отсутствует». В уголовном деле отказано, гражданский иск отклонён.

Кейс №3. Спорная ситуация, Верховный Суд РФ изменил решение. (Определение ВС РФ № 45-УД22-15)

Врач приёмного покоя отказал в госпитализации пациенту с подозрением на инсульт, поскольку при КТ-исследовании очаговой патологии не выявлено, а неврологический дефицит был минимальным. Пациент направлен домой. Через 48 часов — смерть от лакунарного инфаркта с отёком мозга. Суд первой инстанции оправдал врача, указав, что на момент осмотра показаний к госпитализации не было. Прокуратура обжаловала. Верховный Суд РФ отменил оправдательный приговор, указав: «При подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения, даже при отсутствии КТ-подтверждения, пациент подлежит госпитализации в сосудистый центр для динамического наблюдения в течение минимум 24 часов, что предусмотрено клиническими рекоменда-

циями. Отказ в госпитализации в данном случае является грубым нарушением стандарта». Дело направлено на новое рассмотрение.

4. Критерии установления причинной связи

На основе анализа экспертных заключений и судебных решений предлагается выделить три обязательных критерия, при одновременном наличии которых отказ в госпитализации признаётся находящимся в прямой причинной связи со смертью пациента:

Критерий 1. Наличие объективных показаний к экстренной госпитализации. К ним относятся: угрожающие жизни изменения витальных функций (уровень сознания по шкале Глазго менее 14, сатурация менее 92%, систолическое АД менее 90 мм рт.ст., ЧСС более 130 или менее 40 ударов в минуту); острый болевой синдром, не купирующийся анальгетиками; подозрение на ОКС, инсульт, острую хирургическую патологию. Наличие хотя бы одного из этих признаков делает отказ в госпитализации заведомо необоснованным.

Критерий 2. Отсутствие альтернативных методов лечения на дому. Если состояние пациента допускает полноценное амбулаторное лечение с подтверждённой эффективностью (например, неосложнённый гипертонический криз, ОРВИ без дыхательной недостаточности), отказ в госпитализации может быть признан правомерным. Однако при сомнении в эффективности амбулаторной помощи приоритет отдаётся госпитализации.

Критерий 3. Реальная возможность предотвращения летального исхода при своевременной госпитализации. Это наиболее сложный для экспертизы критерий. Он требует ответа на вопрос: «Если бы пациент был госпитализирован на X часов раньше, какие медицинские мероприятия могли быть проведены и с какой вероятностью они предотвратили бы смерть?». В практике эксперты используют понятие «потеря шанса на выживание». Если своевременная госпитализация повышала бы шанс на выживание более чем на 50%, причинная связь признаётся доказанной. Если шанс был менее 10% (например, при молниеносном сепсисе), связь, как правило, отрицается.

5. Алгоритм судебно-медицинской оценки отказа в госпитализации

На основе выделенных критериев предлагается следующий алгоритм для судебно-медицинских экспертов и следователей:

Шаг 1. Установить факт отказа в госпитализации. Проверить медицинскую документацию (карта вызова скорой помощи, амбулаторная

карта, журнал приёмного покоя). Наличие или отсутствие письменной фиксации отказа.

Шаг 2. Определить тип госпитализации, в которой было отказано (экстренная, плановая, паллиативная).

Шаг 3. Оценить объективные показания к госпитализации на момент осмотра (по критерию №1). Использовать шкалы объективной оценки тяжести (например, шкалу NEWS2 для оценки витальных функций).

Шаг 4. Проанализировать уважительность причин отказа. Были ли места в стационаре? Предпринимал ли врач попытки перевода? Был ли оформлен письменный отказ пациента?

Шаг 5. Ретроспективно смоделировать сценарий «при своевременной госпитализации». Какое лечение было бы проведено? Каков средний прогноз выживаемости при данной патологии?

Шаг 6. Сформулировать вывод о причинной связи по трёхчленной шкале:

- Прямая причинная связь (отказ в госпитализации является необходимым условием наступления смерти);
- Косвенная (условная) причинная связь (отказ снизил шансы на выживание, но смерть могла наступить и при своевременной госпитализации);
- Отсутствие причинной связи (смерть наступила от основного заболевания независимо от госпитализации).

Заключение

Проведённое исследование позволяет сформулировать следующие основные выводы.

1. По теоретико-правовым аспектам. Отказ врача в госпитализации, повлёкший смерть пациента, может квалифицироваться по ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному) либо по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности). Отсутствие легального определения «госпитализации» в российском законодательстве создаёт трудности для правоприменителя и требует восполнения данного пробела.
2. По эмпирическим данным. В 66% проанализированных уголовных дел суды выносят обвинительные приговоры. Наиболее частые нозологии: острый коронарный синдром (30%) и инсульт (23%). Типичные дефекты: неверная оценка тяжести состояния (47%), отсутствие врачебного консилиума (32%), формальная ссылка на отсутствие мест (21%).
3. По критериям причинной связи. Предложены три критерия, при наличии которых отказ в госпитализации признаётся находящимся в прямой причинной связи со смер-

тью: (а) объективные показания к экстренной госпитализации; (б) отсутствие равноэффективных альтернатив лечения на дому; (в) реальная возможность предотвращения летального исхода при своевременной госпитализации.

4. Практические рекомендации. Врачам рекомендуется письменно фиксировать мотивированный отказ, согласовывать его с заведующим, предпринимать попытки перевода пациента в другой стационар.
5. Научная новизна. Впервые на репрезентативной выборке судебных дел систематизированы типичные дефекты оказания помощи при отказе в госпитализации и разработан алгоритм экспертной оценки причинной связи.

Список литературы:

- [1] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993). — Текст : непосредственный.
- [2] Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. — Текст : непосредственный.
- [3] Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ. — Текст : непосредственный.
- [4] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — Текст : непосредственный.
- [5] Никулина В.А. «Не навреди»: нормативная и экспертная оценка последствий неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи / В.А. Никулина. — Текст : непосредственный // Правоприменение. — 2025. — Т. 9, № 4. — С. 119–128. — DOI: 10.52468/2542-1514.2025.9(4).119-128
- [6] Калинин Р.Э. О необходимости разработки медицинских критериев причинно-следственной связи по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи / Р.Э. Калинин, Е.Х. Баринков. — Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. — 2024. — Т. 67, № 6. — С. 5–11. — DOI: 10.17116/sudmed2024670605
- [7] Нагорная И.И. Уголовная ответственность за профессиональные преступления медицинских работников: новый подход / И.И. Нагорная. — Текст : непосредственный // Российский юридический журнал. — 2021. — № 1. — С. 147–157. — DOI: 10.34076/20713797_2021_1_147
- [8] Бимбинов А.А. Причинение вреда при оказании медицинской помощи как оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности / А.А. Бимбинов. — Текст : непосредственный // Журнал российского права. — 2022. — Т. 26, № 7. — С. 125–137. — DOI: 10.12737/jrl.2022.077

[9] Есаков Г.А. Причинная связь в сложных ситуациях: уголовно-правовая наука и судебная практика / Г.А. Есаков. — Текст : непосредственный // Право. Журнал Высшей школы экономики. — 2016. — № 1. — С. 81–96.

[10] Шмаров Л.А. Бездействие и причинность / Л.А. Шмаров. — Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. — 2021. — Т. 64, № 2. — С. 58–62. — DOI: 10.17116/sudmed20216402158

[11] Ковалев А.В. Квалификация неоказания помощи больному в судебно-медицинской практике / А.В. Ковалев, Д.С. Кадочников, А.А. Мартыанова. — Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. — 2015. — Т. 58, № 1. — С. 4–7. — DOI: 10.17116/sudmed20155814-7

[12] Божченко А.П. К вопросу о правилах и медицинских критериях определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека / А.П. Божченко. — Текст : непосредственный // Медицинское право. — 2022. — № 2. — С. 32–38.

[13] Врачебные дела: юридическая и экспертная оценка проблем ненадлежащего оказания медицинской помощи : монография / отв. ред. А.А. Мохов. — Москва : Блок-Принт, 2024. — 368 с. — Текст : непосредственный.

[14] Семина Т.В. Уголовная ответственность врача в современной России : монография / под общ. ред. Т.В. Семиной. — Москва : Проспект, 2021. — 352 с. — Текст : непосредственный.

[15] Калинин Р.Э. Использование альтернативных источников данных в судебно-медицинской экспертизе по материалам «врачебных» дел / Р.Э. Калинин, Е.Х. Баринов. — Москва : Проспект, 2023. — 176 с. — Текст : непосредственный.

[16] Борзенков Г.Н. Преступления против жизни и здоровья: закон и правоприменительная практика : учебно-практическое пособие / Г.Н. Борзенков. — Москва : Зерцало-М, 2013. — 256 с. — Текст : непосредственный.

References:

[1] Constitution of the Russian Federation (adopted by popular vote 12.12.1993). - Text: direct.

[2] Criminal Code of the Russian Federation of 13.06.1996 No. 63-FZ. - Text: direct.

[3] Civil Code of the Russian Federation (part two) dated 26.01.1996 No. 14-FZ. - Text: direct.

[4] Federal Law No. 21.11.2011 of 323-FZ "On the Basics of Health Protection of Citizens in the Russian Federation." - Text: direct.

[5] Nikulina V.A. "Do no harm": regulatory and expert assessment of the consequences of non-provision or improper provision of medical care/V.A.

Nikulina. - Text: direct//Enforcement. — 2025. - Т. 9, NO. 4. - S. 119-128. — DOI: 10.52468/2542-1514.2025.9(4).119-128

[6] Kalinin R.E. On the need to develop medical criteria for causal relationship in cases of inadequate medical care/RE Kalinin, E.Kh. Barinov. - Text: direct// Forensic medical examination. — 2024. - Т. 67, NO. 6. - S. 5-11. — DOI: 10.17116/sudmed2024670605

[7] I.I. Nagornaya. Criminal liability for professional crimes of medical workers: a new approach/I.I. Nagornaya. - Text: direct//Russian Law Journal. — 2021. — № 1. - S. 147-157. — DOI: 10.34076/20713797_2021_1_147

[8] Bimbinov A.A. Causing harm in the provision of medical care as the provision of services that do not meet safety requirements/A.A. Bimbinov. - Text: direct//Journal of Russian law. — 2022. - Т. 26, NO. 7. - S. 125-137. — DOI: 10.12737/jrl.2022.077

[9] Yesakov G.A. Causal connection in difficult situations: criminal law science and judicial practice/G.A. Yesakov. - Text: direct//Right. Journal of the Higher School of Economics. — 2016. — № 1. - S. 81-96.

[10] L.A. Shmarov Inaction and Causality/L.A. Shmarov. - Text: indirect//Forensic medical examination. — 2021. - Т. 64, NO. 2. - S. 58-62. — DOI: 10.17116/sudmed20216402158

[11] Kovalev A.V. Qualification of non-provision of assistance to a patient in forensic practice/A.V. Kovalev, D.S. Kadochnikov, A.A. Martemyanova. - Text: direct//Forensic medical examination. — 2015. - Т. 58, NO. 1. - S. 4-7. — DOI: 10.17116/sudmed20155814-7

[12] Bozhchenko A.P. On the question of the rules and medical criteria for determining the severity of harm caused to human health/A.P. Bozhchenko. - Text: immediate//Medical law. — 2022. — № 2. - S. 32-38.

[13] Medical cases: legal and expert assessment of problems of inadequate medical care: monograph/rev. ed. A.A. Mokhov. - Moscow: Block Print, 2024. - 368 p. - Text: direct.

[14] T.V. Semina. Criminal liability of a doctor in modern Russia: monograph/under the general. ed. T.V. Semina. - Moscow: Prospekt, 2021. - 352 p. - Text: direct.

[15] Kalinin R.E. Use of alternative data sources in forensic medical examination based on materials from "medical" cases/R.E. Kalinin, E.Kh. Barinov. - Moscow: Prospekt, 2023. - 176 p. - Text: direct.

[16] Borzenkov G.N. Crimes against life and health: law and law enforcement practice: educational and practical manual/G.N. Borzenkov. - Moscow: Zertsalo-M, 2013. - 256 p. - Text: direct.

