

Библиотечка частного охранника
социальных объектов

ТЕРРИТОРИЯ ВОЙНЫ

Союз организаций, осуществляющих охрану
социальных объектов столицы

2016 г.

Содержание

1. Общая мировая тенденция эскалации насилия в отношении медицинских работников	3
1.1. Несколько слов об авторах приведенных в справочнике публикаций (по России)	6
1.2. О целях настоящего исследования	7
1.3. Подборка материалов мировых СМИ, как основа к выводу о глобализации угроз медицинским организациям, пришедших в Россию	9
2. Как планировались, готовились и осуществлялись убийства врачей на рабочих местах	52
3. Самосуды, расправы с пациентами в стационарах, граничащие с массовыми беспорядками	80
4. Оставшиеся незамеченными «рядовые» погромы и насилия над медицинскими работниками	93
5. Послесловие	106

1. Общая мировая тенденция эскалации насилия в отношении медицинских работников

Название пособия позаимствовано в Соединенных Штатах Америки, где так называют средние школы. Там война в школах не прекращается между «Белыми бейсболками» и «Мафией черных плащей», между буллерами и избранными ими жертвами издевательств. Реже – между педагогами и психически ненормальными подростками. Что талантливо описал Стивен Кинг в своем романе «Ярость» (1977г.) Настолько талантливо, что сам писатель в 2007 году запретил печатать роман. В связи с тем, что у вымышленного героя нашлось множество живых последователей, воспроизводивших события из книги в своих школах.

В России заимствованный из-за океана термин сегодня применим в оценке отношения отдельных пациентов и их родственников к проводящим лечение медицинским работникам. Возможно, никто ранее инициаторов проекта профессионального стандарта «Работник по обеспечению охраны медицинских организаций» не рассматривал «количество и качество» угроз медицинским организациям во всей их неприглядной совокупности. Не соответствующая требованиям безопасности обстановка, складывающаяся в Российских лечебно-профилактических организациях, изучалась специалистами Союза организаций, осуществляющих охрану социальных объектов столицы (Союза ОСО), на протяжении последних пяти лет. Инициативная группа во главе с Сергеем Васильевичем Саминским начала работу ещё до регистрации Союза ОСО. Цель: оказать влияние на профилактику правонарушений в московских больницах – в зоне нашей ответственности.

В начале 2016 года инициаторы профилактических мер пришли к выводу о необходимости, в числе иных мер по обеспечению безопасности медицинских работников и пациентов, повлиять на ситуацию более предметно, повышая квалификацию работников охраны, переобучая их за счет средств работодателей, после утверждения профстандарта. Как? Проводить занятия о методике выявления и предотвращения угроз медицинским организациям самыми современными методами, за рамками «типовых программ». Естественно, никакая должностная инструк-

ция не заменит образовательный и воспитательный процесс целевого профессионального переобучения.

Профессиональные стандарты должны отличаться один от другого предметным отображением характерных особенностей, влияющих на трудовые действия, знания и умения квалифицированного работника. Иначе на все профессии нужен был бы один единственный профстандарт. Сама идея повышения квалификации через профессиональные стандарты, переподготовку и образовательные стандарты превратилась бы ремесленниками в фикцию, в имитацию деятельности по осуществлению на практике идеи Президента Российской Федерации. Так гробились многие передовые идеи. Гробились «обобщенным подходом», «типовыми требованиями», затушевыванием деталей, которые важны для профессионалов.

Совет Союза организаций, осуществляющих охрану социальных объектов столицы, во главе с Сергеем Васильевичем Саминским, стоит за осуществление идеи. За то, чтобы формальным ремесленным подходом в отрасли НСБ нельзя было её «закопать». Современные угрозы медицинским организациям характерны не только для России, но и для других стран, в особенности - Израиля и Китая. Однако в России они проявляются слишком ярко и многолико.

Готовясь к защите проекта, решая вопрос «А нужно ли?», мы собрали огромную массу примеров дезорганизации деятельности больниц «внешними силами». Пожалуй, правильным будет решение об издании отдельного справочного пособия для работников охраны, да и для административного аппарата здравоохранения, где мы сосредоточим наиболее интересные для изучения факты подготовки и осуществления убийств врачей на рабочих местах, погромов и «линчеваний», имевших место за последние годы. Пособие обещает быть достаточно содержательным. И озадачит читателей.

12 июля 2016 года на Химкинском кладбище Совет ветеранов МУРа и вся Петровка хоронили своего Председателя Виктора Николаевича Федорова. Проработав в Уголовном розыске с 1968 года, Виктор Николаевич стал первым руководителем Управления профилактики. Профилактикой в то время обязал заниматься милицию Советского Союза министр Николай Анисимович Щелоков. Руководствовались тогда основополагающим Приказом МВД СССР №0200. Прошло время. Подразделения профилактики были ликвидированы. Но все сыщики тех времен помнят «щелоковскую» и «федоровскую» заповедь: не в тяжести наказания смысл нашей работы, а в его неотвратимости. Неотвратимость – главный принцип, позволяющий преступление предупредить, не допустить.

Любое лицо, замыслившее преступное деяние, должно осознавать: ответить перед судом обязательно придется. В истории очень много примеров, когда тяжесть наказания не решала вопросы предотвращения преступлений. Таков Китай. За много видов преступлений там казнят. Процедура проведения казни транслируется. Но жуткие, не укладывающиеся в сознании преступления, продолжают совершаться. Это и массовые убийства детей в детских садах и начальных школах. И погромы с убийствами врачей в больницах, как в России. В 2014 году китайская медицинская общественность обратилась к власти с призывом ужесточения наказания за насилие над врачами. А через два года в столице нашей Родины министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова выступила с тем же предложением. От имени медицинской общественности идею об ужесточении наказания за насилие над медицинскими работниками поддержал Президент НП «Национальная Медицинская Палата» Леонид Михайлович Рoshаль. Однако...

...Уважаемые руководители российского здравоохранения упустили в своем предложении некую важную грань, присутствующую в значительном числе злодейских нападений именно на больничные стационары. Самые значительные по масштабам, количеству участников и последствиям нападения имели цель причинения вреда жизни и здоровью пациентам больниц, сопровождались погромами. Нарушали устоявшийся и узаконенный уклад: лечебно-охранительный режим. В результате чего страдали все, находившиеся на стационарном лечении пациенты. Ведь не секрет, что происхождение и развитие некоторых заболеваний носит «психосоматический» характер. В народе ещё говорят: «Все болезни от нервов, только некоторые от удовольствия». В связи с чем:

а) если уж ставить вопрос об ужесточении, оно должно распространяться на наказания за причинение вреда медицинской организации в целом и находящимся в ней лицам, а не только медицинскому персоналу. Выделение медицинского персонала необходимо, т.к. охватывает врачей «на выезде» - неотложную и скорую медицинскую помощь;

б) во многих случаях медперсонал физически не страдает, а нападавшие вымещают злобу на самой больнице: бьют и ломают окна, двери, оборудование, учиняют погром. В связи с чем нам представляется необходимым перестроить охрану медицинских организаций следующим образом:

- начать, наконец, выполнять в Москве и распространить на всю Россию действие замечательного приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 22 сентября 2011 г. № 938 «Об утверждении единых норм и требований по обеспечению антитеррористической защищенности и БЕЗОПАСНОСТИ учреждений, подведомственных Департа-

менту здравоохранения города Москвы». Приказ настолько хорош, что считаем необходимым привести его целиком в послесловии. Обратите внимание на пункт 1.6 «Комплекс технических средств обнаружения и противодействия применению оружия и взрывчатых устройств». Что это, если не мощное средство профилактики, предотвращение причинения вреда всем тем, кто находится в медицинской организации?

1.1. Несколько слов об авторах приведенных в справочнике публикаций (по России)

По всей видимости, часть из них - корреспонденты СМИ не самого высокого уровня, без специализации. И почти все в одинаковой степени не являются специалистами в области подготовки материалов о криминальной хронике. В связи с чем факты преподносятся читателю примитивно и непрофессионально. Если 30 человек целенаправленно идут в определенное место убивать одного - это не «драка». А убийство при отягчающих обстоятельствах. Определение «драка» дезориентирует читателя. Значит каждый, переступивший порог медицинской организации в составе такой организованной группы для совершения линчевания, погрома, избиения врачей или пациентов - соучастник, соисполнитель преступления. Следствие и суд будут учитывать степень его вины по конкретным деяниям: наносил удары ножом, рядом стоял, ломал двери, удерживал охранника или врачей от вмешательства, или сидел за рулем автомобиля, чтобы помочь исполнителям вовремя скрыться. Основания для предъявления обвинения имеются для каждого. Работники, обеспечивающие охрану медицинских организаций, должны заранее озаботиться возможностью фиксации и сохранения доказательств, которые потом понадобятся следствию и суду. Для чего и необходимы специальные методики, технические средства и высокая квалификация, которую дает профессиональная подготовка на основе профессионального стандарта.

В 70-х годах высокопрофессиональные корреспонденты, освещавшие криминальные события в Москве, постоянно находились на Петровке, 38, в «свободное время» учились у оперативных работников МУРа (а мы - у них). Никогда не забуду уроки таких специалистов криминальных тем, как: Тамара Каретникова, Лариса Кислинская, Николай Модестов. Автор первого в СССР криминального романа Аркадий Адамов около полутора лет жил в МУРе (у него был свой диван), чтобы «близко к тексту» написать роман «Дело пестрых». К сожалению, такая специализация осталась в прошлом. Мы пользуемся сведениями из пер-

вых рук «писателей», далеких от понимания темы. Уж что есть, то есть! Другие не отыскиваются!

Что же происходит в медицинских организациях «в мировом масштабе»? Почему обеспечение охраны медицинских организаций «определенная трудовая функция», даже отдельный вид профессиональной деятельности?

1.2. О целях настоящего исследования

В ходе работы с предлагаемым справочным пособием необходимо учитывать следующие обстоятельства:

- о нападениях на бригады скорой и неотложной помощи в пособии упоминается лишь в тех сообщениях источников информации, которые сообщают о картине отношения к медицинским работникам «в целом». Поскольку частная охрана пока не может предложить какие-либо способы защиты врачей «на линии». В основе исследования лежат происшествия на территории лечебно-профилактических организаций, которые охранялись, охраняются или могут охраняться стационарными постами физической охраны;

- врачей и фельдшеров бригад скорой медицинской помощи на линии режут, бьют, им угрожают, но не убивают. За весь выделенный нами период (12-13 лет) на линии не был убит ни один член бригады скорой помощи. Тогда как на территории медицинских организаций от рук преступников ежегодно гибнут медицинские работники. В 2015 году погибли и умерли от ран 6 (шесть). В другие годы фиксировалось по 3-4 покушения на убийство. При этом нападения с целью причинения смерти врачам на территории медицинских организаций или с использованием места работы врачей как исходной точки, планируются и тщательно готовятся, иногда годами.

Предотвратить такие преступления возможно, развивая и применяя навыки высококвалифицированных работников и специалистов охраны, владеющих методикой эксплуатации современного технического оборудования, специальными знаниями и умениями. Не пистолет в кобуре или ружье в руках работника охраны решают вопросы безопасности больницы. Их решает знание и понимание всех возможных способов причинения вреда охраняемым интересам медицинской организации и лиц, оказавшихся на ее территории. Решают знания психологии пациентов, которым медицинскими работниками оказывается помощь, решает воспитательный процесс, направленный на предотвращение преступлений в больницах, и неотвратимость наказания преступников, действия которых бывает невозможно предотвратить;

- авторы пособия рассматривают возможности использовать все профилактические средства в обеспечении безопасности лечебно-профилактических организаций. Наиболее рациональным из которых является организация системы мер по повышению квалификации работников охраны за счет средств предпринимателей, без увеличения бюджетного финансирования по простой рабочей схеме, уже применяющейся охранным сообществом России по другому направлению (виду) профессиональной деятельности: в охране объектов образования, используя опыт саморегулируемой организации Ассоциация «Школа без опасности».

Приводим схему полностью:

- разработка и утверждение профессионального стандарта «Работник по обеспечению охраны медицинских организаций»;

- включение в профессиональный стандарт положений о требованиях к образованию и обучению, к перечню обязательных трудовых действий, знаниям и умениям работников охраны всех уровней квалификации, установленных профессиональным стандартом;

- на основе закрепленных требований, разработка программ профессиональной переподготовки работников охраны, специализация не только отдельных преподавателей профильных образовательных организаций негосударственной сферы безопасности, но и отдельных учебных центров повышения квалификации;

- применение в профессиональном обучении новых методик передачи знаний, проверки готовности работника и проведение квалификационного экзамена;

- переподготовка работников в определенные периоды, постоянное научное изучение проблем безопасности медицинских организаций, подготовка и распространение обучающих материалов;

- меры по подготовке выделенных специалистов среднего звена, которые станут направляющей силой в повышении и поддержании квалификации работников охраны медицинских организаций на современном уровне, для чего необходима разработка образовательного стандарта специалиста со средним профессиональным образованием.

Отдельные наиболее интересные факты преступлений на территории лечебно-профилактических организаций приводятся в их развитии от первой информации о событии до осуждения виновных. Две-три публикации с новыми имеющими значение для учета в построении мер профилактики фактами. В связи с чем просим не считать такие фрагменты повторами, а воспринимать их как продолжение материала.

Настоящее пособие имеет дополнительное целевое предназначение: убедительно показать специалистам Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и руководителям Национально-

го совета при Президенте Российской Федерации по профессиональным квалификациям яркие особенности угроз медицинским организациям России на современном этапе, организация противодействия которым требует владения дополнительными знаниями и умениями, дополнительной профессиональной квалификации для тех работников, кому доверена охрана лечебно-профилактических организаций. Для чего необходим отдельный профессиональный стандарт, рассматриваемый и как возможное средство профилактики преступлений на территории медицинских организаций. Доходчиво излагаемые в пособии особые обстоятельства не позволяют обществу и государству пренебречь этим средством. Профессиональный стандарт «Работник по обеспечению охраны медицинских организаций» необходим!

1.3. Подборка материалов мировых СМИ, как основа к выводу о глобализации угроз медицинским организациям, пришедших в Россию

«Лечить людей – дело опасное»

«Об опасностях, которым подвергаются врачи в Израиле» (Журнал «В мире» № 16 (731))

Жестокое и грубое, но знакомое, наверное, многим выражение: «Большого зарезали на операционном столе», в сегодняшнем Израиле может звучать вполне информационно: «В больнице пытались зарезать хирурга».

В Израиле, стране, населенной народом, всегда славившимся своими лекарями, медицинскими светилами и успехами во врачевании, больные и их родственники бьют докторов давно и беспощадно. Началось это еще в 60-70-е годы, во времена нелегкой адаптации репатриантов из стран Северной Африки и с арабского Востока. Врачей не хватало, те, что были, не всегда находили общий язык с новыми пациентами, сказывались и ментальные различия. Впрочем, нервы нередко сдавали и у выходцев из Европы, особенно у тех, кто прошел ужас нацистских концлагерей и еврейских гетто. Страна в те годы была потрясена убийствами докторов Маглиса и Шапиры из государственной клиники в Нагарии и больницы «Ха-Шарон» в центре страны. Они пали от рук пациентов и их родственников. В последующие годы избивали или калечили по несколько медиков, хотя до убийств больше не доходило.

Самыми «урожайными» на подобные эпизоды были 2007 и 2008 годы: система здравоохранения и правоохранительные органы говорили тогда о 120 с лишним случаях публичных оскорблений, угроз физической расправой и прямых нападений на медиков. Более чем в 20 случаях

пострадавшим врачам потребовалась госпитализация, порой коллегам приходилось буквально бороться за их жизнь. Причем эпизоды нападений на врачей и медперсонал «ходили стаями». 2 февраля 2007 года в больнице «Зив» в Цфате двое братьев напали на врача. По их мнению, отец, находившийся в реанимационном отделении, не получал должного ухода. 12 февраля того же года медики станции «скорой помощи» из Ашдода прибыли в поселение Бней-Аиш для оказания срочной медицинской помощи 47-летнему мужчине. И хотя они оперативно отреагировали на вызов, к моменту их приезда человек был уже мертв. Члены его семьи набросились на бригаду с кулаками, избитым медикам пришлось запереться в комнате, где лежало тело умершего, и наблюдать из окна, как родственники крушат машину «скорой помощи». Спустя еще некоторое время местом нападения пациентов на врача стала больница «Тель-Ха-Шомер» в одноименном округе. Там в голову ортопеда сначала полетели металлические «ходунки» одной из больных, а затем оглушенного врача принялся избивать ее муж. При этом эта парочка местных дебоширов выкрикивала оскорбления в адрес выходцев из бывшего СССР, к которым принадлежал доктор.

Новая серия нападений на врачей пришлось на весну и лето следующего года. 2 июня 2008 года терапевт поликлиники Бат-Яма Дан Саранга стал жертвой агрессии пациента, не записавшегося на прием, но требовавшего, чтобы ему уступили очередь. Когда вышедший из кабинета доктор Саранга попытался унять дебошира, тот жестоко избил врача. Через несколько дней подверглись хулиганским атакам врачи в больницах «Абарбанель» в Бат-Яме и «Бейлинскон» в Петах-Тикве. Ну а самым серьезным стал инцидент происшедший 28 мая 2008 года в больнице «Каплан» в Реховоте, где едва не погиб уролог Мариус Гай: разъяренный пациент шесть раз пырнул его отверткой. Всего за пять лет в Израиле стало известно о 229 актах агрессии пациентов и их родственников против медицинского персонала.

Покушения на медицинский персонал при полной неспособности структур, отвечающих за безопасность, защитить израильских врачей не раз становились поводом для акций протеста. Забастовки проходили почти во всех больницах страны, так как нет ни одной, где бы больные и их родственники не оскорбляли и не били врачей. Однако стачки не продолжались более пары часов и вообще носили весьма ограниченный характер, так, медики не могли надолго оставить без ухода и помощи остальных больных, не повинных в происходящем.

Особенно возмущало врачей и медперсонал больниц то, как снисходительно относилась израильская Фемида к этим позорному явлению. Достаточно сказать, что до 2007 года минимальное наказание за это правонарушение составляло 3 месяца, позднее увеличили до полугода,

но и их (не говоря уже о максимальных 3 годах тюремного заключения) не получил фактически ни один больничный хулиган. Даже тогда, когда дела доходили до судов, к аргументам защиты прислушивались внимательно, чем к доводам обвинения. Тут и особое психологическое состояние, и влияние среды, и реакция на недобросовестное обслуживание, и т.д. и т.п. Все дебоширы выходили на свободу, отделяясь разного размера штрафами. За то же самое, будь оно совершенно не в клинике, а на улице или в ресторане, хулиган получил бы сполна. Выходит, что жизнь и здоровье медика стоят в Израиле дешевле жизни и здоровья случайного прохожего или просто собутыльника подсудимого. Такая явная несправедливость заставила депутата Кнессета Хайма Орона из партии МЕРЕЦ выдвинуть законопроект об ужесточении наказаний за нападение на медперсонал. В январе 2010 года этот закон прошел все чтения при почти 100-процентной поддержке парламентариев. Теперь вместо максимальных 3-х лет больничным дебоширам и хулиганам грозит 5-летний срок заключения. Резко изменится и практика применения соответствующих уголовных статей, пообещали законодатели. Казалось бы, отныне израильские дебоширы поостерегутся, но...

Но не тут-то было! За последние месяцы СМИ известили уже о нескольких новых случаях нападений на врачей и медсестер, а на днях в арабском городе Назарете два брата, 43 и 19 лет, сыновья госпитализированного старика, посреди ночи жестоко избили дежурного врача. Они выбили доктору все передние зубы, сломали нос, едва не лишили его зрения. В тяжелом состоянии врач был госпитализирован в Англиканскую больницу – туда, где работал и где подвергся нападению своих соплеменников. Получат ли эти двое свои пять лет тюрьмы – еще бабушка надвое сказала.

Между тем портрет и израильского больничного хулигана, и самого этого явления местной жизни давно обрисован. Средний израильский «врачебной» - это мужчина в возрасте 25-36 лет, в 66% случаев это израильский старожил, в 20% - представитель национальных меньшинств. В большинстве случаев нападения на медиков происходят в приемных покоях больниц и, по статистике, 75% всех сотрудников именно этих отделений израильских клиник (младшему и среднему медперсоналу) и 16% врачей, занятых приемом поступивших, угрожали пациенты или их родственники. Обычно нападения происходили из-за длительного ожидания в очереди и недостаточно тщательного - с точки зрения больных или их сопровождающих – отношения к людям, поступившим в приемные покои. Ждать, пока подойдет медработник, будут проведены необходимые анализы и, наконец, поступившими займется врач, приходится подолгу. Дело в том, что медсестер вообще не хватает, а в пору сезонных пандемий или эмоциональных потрясений (военные операции, в кото-

рых принимают участие солдаты и офицеры срочной службы или называются резервисты, а также после палестинских терактов) - особенно. При этом, как установлено, 60% тех, кто обращается в приемный покой, вообще не требуют госпитализации и после осмотра уходят восвояси. Им в принципе помогает уже само внимание врача, а кажущееся безучастие или долгое ожидание помощи – просто бесит. Социальная сторона вопроса также ясна. Среди тех, кто нападает на врачей, практически нет хорошо обеспеченных граждан. И дело не только в воспитании. Элитную публику гласно или негласно пользуют «свои» врачи в «своих» клиниках, и у нее нет повода устраивать там мордобой. Больные же, получающие обычные услуги, входящие в общий перечень, завидуют своим богатым соотечественникам и ревнуют к ним любого врача, даже того, кто не вхож в высшее общество. Так «попадают под раздачу» любые не понравившиеся простонародному пациенту доктора. Тем более что он, этот пациент, нередко имеет дело с частной медициной, знает ее бешеные расценки (например, услуг стоматологов и офтальмологов) и считает всех врачей бездушными богатеями. Известно ему и то, во что обходятся самые серьезные операции и насколько они ему недоступны. Чаще всего такой средний «народный мститель» совершенно несправедлив к среднему же врачу, но признаться в этом он не готов.

Менталитет израильтянина сильно подпорченный традициями общества потребления, зачастую ставит врача на одну доску с любым производителем услуг. Он экстраполирует на медицину принцип: «Клиент всегда прав!», не понимая, что врач – не продавец, не официант и не квартирный посредник. Врачу, работающему в таких условиях, приходится быть постоянно готовым к выпадам в свой адрес, придирам и попыткам «поставить на счетчик». По недавно обнародованным данным ежегодно, подаются 4.5 тысячи исков против врачей, но до суда доходят только 20% таких дел, 80% находят решение в досудебном порядке методом компромисса сторон. Недаром же многие израильские врачи стремятся получить еще и юридическое образование.

Немалую роль играет и этнический фактор. В частности, то, что в сегодняшней израильской медицине большой процент работающих составляют выходцы из бывшего СССР, русскоязычные врачи и медсестры. А к «русским» медикам, прошедшим тяжелые испытания, но все же сделавшим в Израиле успешную карьеру, как хорошо бы они ни работали и как замечательно бы ни относились к пациентам, в народных низах отношение далеко не самое объективное. Наконец, такой неоспоримый «человеческий» фактор, как врачебные ошибки и проявления профессиональной халатности, о чем СМИ спешат поведать тут же и всем. Не так давно в прессе сообщалось, что, согласно результатам проведенного с позволения Минздрава исследования, в 8% случаев в период госпи-

тализации ухудшение состояния пациента вызвано не обострением заболевания, а неправильными действиями врачей. Прозвучали поистине страшные цифры: в результате врачебных ошибок еженедельно умирают около 60 граждан, а в год погибают до 3 тысяч израильтян. Причем, согласно материалам того же исследования, примерно половина подобных случаев может быть предотвращена.

...И все же насилие не может быть оправдано ничем. Хам, нападающий на врача, отнюдь не жертва ситуации, сложившейся в медицине. Он поднял руку на человека, простите за банальность, самой гуманной профессии, и оправдания ему быть не может. Пусть сидит свои пять лет и каждый раз, когда ему за решеткой занеможется, подумает о том, как отнесется к нему врач, к которому его направят. Пускай ему будет страшно, хотя мы-то знаем, что для настоящего врача все больные равны.

Насилие над медицинскими работниками в странах Северной Америки

Особенностью криминальных происшествий с медицинскими работниками в Соединенных Штатах Америки и Канаде стали различные формы покушений на эскулапов, специализирующихся на искусственном прерывании беременности, членами (боевиками) неформальных организаций или сект, выступающих против абортот. Мы приводим краткий анализ и несколько примеров существования уникального явления, не встречающегося на других континентах. В остальных случаях убийства и покушения на жизнь медицинских работников, как и побудительные причины, в Америке мало чем отличаются от российских. Разве что, в отличие от «войны в школах», хуже освещаются в СМИ.

Движение насилия против абортот

Движение насилия против абортот (Anti-Abortion Violence Movement, США) ДНПА. Развивается на территории США и Канады с 1970- х гг. Приверженцы движения выступают за запрещение абортот, оправдывая борьбу необходимостью сохранения жизней, что отражается в названиях ячеек террористов. Мобилизующим боевиков фактором является борьба с федеральным правительством. ДНПА - собирательное название, движение объединяет многочисленные группировки, в то или иное время совершившие акты насилия против учреждений, выполняющих абортот. Включает организации: «Защитники жизни» (Advocates for Life); Американская коалиция активистов жизни (American Coalition of Life Activists); Христианская группа действия (Christian Action Group); «Оборонительная активность» (Defensive Action); «Сеть действия за жизнь» (Pro-Life Action Network); «Спасение Америки» (Rescue America) и другие группы. Лидерами движения являются: Джеффри Бэйкер,

Джейн Брэй, Майкл Брэй, Джон Брокхофт, Дональд Тресман и др. Деятельность ДНПА распространена в наибольшей степени во Флориде, Калифорнии, Хьюстоне, Далласе, Норфолке. Террористы используют поджоги, взрывы, уничтожение имущества осуществляющих аборт клиник, убийства проводящих аборт докторов и поддерживающих их политиков. Организуют учебные центры для единомышленников, где преподаются организация и планирование боевых операций. Финансирование осуществляется за счет собственных средств. Издаются собственный журнал «Life Advocate» и другие периодические издания.

Активисты ДНПА, как предполагается, поддерживают контакты с праворадикальным движением «Милиция», Ку-Клукс-Кланом, радикальной Партией налогоплательщиков США и борющимся с налогообложением «Отрядом Комитатус» —ответственным за несколько вооруженных нападений и взрывов. Движение не едино, но хорошо координирует свою деятельность. В течение последних двух лет, используя огнестрельное оружие, взрывчатку и отравляющие газы, боевики движения убили пять человек, восемь ранили.

«Пациент на западе США застрелил врача в клинике и покончил с собой» (16 июня 2016 года, ТАСС)

Мужчина, вооруженный ружьем с коротким стволом, застрелил в среду врача и совершил самоубийство в частной клинике мануальной терапии в американском округе Пирс (штат Вашингтон). В клинике находились еще несколько человек, которые не пострадали, сообщило окружное Управление полиции.

«На данный момент мы не располагаем информацией, из-за чего это произошло», - добавил официальный представитель органов правопорядка Пирса Эдвард Тройер.

Полиция установила, что 35-летний убийца - пациент клиники «Маккенна». Застреленный 46-летний мужчина 11 лет работал хиропрактиком, он был женат, воспитывал двух детей.

«Мужчина застрелил человека в клинике министерства по делам ветеранов в США» (FAIR.RU)

В Эль-Пасо (штат Техас) мужчина застрелил человека в клинике министерства по делам ветеранов США, сам стрелявший также погиб, сообщил на пресс-конференции генерал-майор Стивен Твитти, представитель армейской базы Форт-Блисс, вблизи которой расположена клиника.

Ранее была распространена информация о том, что инцидент произошел в военном госпитале по соседству с клиникой, но Твитти опроверг эти сообщения, передает ТАСС.

Не вдаваясь в детали, он сообщил лишь, что жертвами инцидента стали сам стрелявший и еще один человек. Информация о причинах стрельбы обнародована не была.

Издание El Paso Times со ссылкой на офис местного конгрессмена от демократической партии Бето О'Гурка сообщало ранее, что в результате инцидента был ранен один из врачей медицинского учреждения, а сам нападавший покончил с собой, передает РИА «Новости».

Это не первое сообщение о стрельбе в США за сутки. В штате Джорджия 21-летний Феликс Альмонте застрелил отчима-полицейского, мать и 12-летнюю сестру, после чего покончил с собой.

«В США казнен противник аборт»

(4 сентября 2003 г., bbcrussian.com)

Во Флориде казнен экстремист движения против аборт Пол Хилл, убивший в 1994 году практиковавшего аборт врача и его телохранителя. Он был первым в США человеком, приговоренным к смерти за подобное преступление.

49-летний Хилл, отец троих детей, умер в 18:08 местного времени от смертельной инъекции. Губернатор Флориды Джеб Буш, брат президента США, мог изменить смертный приговор на пожизненное заключение, однако заявил, что не «поддастся на запугивания» и не станет останавливать казнь.

Смерть Хилла, по мнению многих, могла привести к вспышке ярости в рядах борцов с абортами, которая могла повернуться против врачей и клиник, специализирующихся на прерывании беременности. В связи с этим полиция в штате была приведена в состояние повышенной готовности. Многие из тех, кто собрался у тюрьмы штата, называли Хилла героем и мучеником за свои убеждения.

Перед казнью Хилл заявил, что снова убил бы, чтобы спасти нерожденного, и с готов умереть за свои убеждения. «Я верю в то, что государство, убив меня, сделает меня мучеником», — сказал он на пресс-конференции.

Тем не менее, самые заметные организации, выступающие за сохранение жизни, в том числе и за запрещение аборт, постарались дистанцироваться от методов, которыми действовал Хилл. А активисты борьбы против смертной казни, со своей стороны, призывали губернатора Флориды «остановить мученичество Пола Хилла».

«Пожалуйста, измените смертный приговор Полу Хиллу на пожизненное заключение без права на помилование, поскольку убийство Пола Хилла на самом деле будет способствовать новым убийствам», — писала Джебу Бушу организация под названием «Флоридцы за альтернативу смертной казни».

Приговор Хиллу был вынесен за убийство доктора Джона Бриттона и его водителя - телохранителя Джеймса Барретта, совершенное рядом с женской клиникой в 1994 году. Убийца сам сдался полиции, заявив, что совершил убийства, чтобы предотвратить «убийства невинных младенцев».

«Американский врач убит за аборт» (SNOB.RU)

В США убит врач, делающий аборт на поздней стадии беременности. Он был застрелен во время воскресной службы в церкви. Это четвертое убийство врача радикальными противниками абортов.

Джордж Тиллер был убит 31 мая во время службы в храме Реформированной лютеранской церкви в Уичите, крупнейшем городе штата Канзас в центральной части США. Убийца застрелил Тиллера через несколько минут после начала службы. Угрожая оружием пытавшимся остановить его прихожанам, он вышел из храма и уехал на автомобиле. Через три часа в 270 километрах от Уичиты по подозрению в убийстве был арестован 51-летний Скотт Редер. Про него известно лишь то, что он имел проблемы с законом и оставлял комментарии радикального содержания на сайтах противников абортов.

67-летний доктор Тиллер был одним из трех врачей в США, делавших аборт на поздних стадиях беременности по медицинским показаниям. Абортами Тиллер, дерматолог по образованию, занялся после смерти своего отца, тоже врача. Как оказалось, Тиллер-старший начал делать аборт еще в 1940-е, после того как пациентка, которой он отказал в помощи (тогда эта операция еще была запрещена), умерла после непрофессиональной подпольной операции. После легализации абортов в 1973 году Джордж Тиллер стал одним из ведущих экспертов по прекращению беременности на поздних сроках — в значительной степени благодаря благотворительным организациям, которые рекомендовали его пациенткам и финансировали операции.

Джордж Тиллер уже становился жертвой покушения. В 1993 году радикальная противница абортов прострелила ему обе руки. Тогда Тиллер привлек к себе дополнительное внимание тем, что отказался от обезболивающих. Незадолго до ранения он вылечился от алкоголизма и наркозависимости, которые едва не стоили ему врачебной лицензии. Покушению предшествовали агрессивные акции протеста и открытые угрозы в его адрес. В 1986 году в клинике Тиллера был совершен поджог. В 1991-м во время демонстраций против его деятельности были арестованы 2000 человек. По словам друзей и коллег врача, его клиника постоянно подвергалась нападениям.

Тиллер много лет ходил с охраной, ездил на бронированной машине и носил бронежилет. Его пациенток тоже приходилось охранять.

Противники абортов пытались запретить деятельность Тиллера в судебном порядке. Расследование вел бывший генпрокурор Канзаса Фил Клайн. Законы штата разрешают прерывать беременность на 22-й неделе и более поздних сроках только в случаях, если плоду и матери грозит смерть или «непоправимый и существенный ущерб здоровью». Для проведения аборта требуется рекомендация независимого эксперта. В 2009 году суд рассматривал «ненадлежащие связи» Тиллера с экспертом Анн Кристин Нойхаус — из соображений безопасности она была вынуждена осматривать пациенток в клинике Тиллера. Присяжные полностью оправдали Тиллера.

Тиллер — четвертый врач, убитый в США противниками абортов. Их первой жертвой стал в 1993 году гинеколог Дэвид Ганн. В 1994-м бывший пресвитерианский священник Пол Хилл застрелил врача Джона Байярда Бриттона и его помощника. В том же году в бостонской больнице были убиты две медсестры и ранены еще пять человек. В 1998 году был застрелен гинеколог Барнет Слепиан. Тогда же от бомбы, взорванной у клиники в Алабаме, погиб полицейский и были ранены еще несколько человек. Бомбу заложил ультраправый экстремист Эрик Рудольф, противник абортов и однополых союзов, который позже устроил взрыв во время Олимпиады в Атланте. В остальных случаях обошлось без погибших.

Убийство доктора Тиллера вернуло тему абортов в центр общественного интереса и вызвало бурные дискуссии в американских СМИ и социальных сетях. Президент Обама осудил убийство Тиллера. Обама считается сторонником абортов. Последний раз он публично высказался на эту тему в мае перед выпускниками католического университета Нотр-Дам — президент призывал сторонников и противников абортов к диалогу. Его выступление сопровождалось массовыми протестами.

Большинство организаций, выступающих против абортов, осудили и убийство, и самого убитого. При этом во многих из них опасаются места своих радикальных оппонентов.

«Убийство русского врача в Орlando»

(14 июня 2011г., «Еврейский Мир»)

Из флоридского города Орlando сообщили об убийстве хирурга-трансплантолога Дмитрия Никитина, иммигранта из России и отца четырех детей.

41-летний Никитин скончался 26 мая от огнестрельных ран в отделении скорой помощи больницы Florida Hospital, где он работал. Его убийца и бывший пациент, 53-летний Нельсон Флеча, раньше живший в нью-йоркском районе Флашинг в Квинсе, а до этого в Бронксе, застрелил Никитина в больничном гараже и покончил с собой. Представитель

орландской полиции лейтенант Барбара Джонс сообщила, что расследование еще не закончено.

Как стало известно, Флеча тяжело болел, остро нуждался в пересадке почки и чуть больше года назад переехал из Нью-Йорка во Флориду, поселившись в Ориндж-Сити. В прошлом году Дмитрий Никитин успешно пересадыл ему печень и почку, но, по словам соседей, Флеча был вечно сердитым, озлобленным и никогда не улыбался. Днем 26 мая он подстерег Никитина в гараже, когда врач направлялся к своей машине после дежурства, и после недолгого разговора несколько раз выстрелил в него, а затем перешел на другой этаж гаража, где застрелился. Рядом с его телом нашли два пистолета.

Дмитрий Никитин с женой Любовью Владимировной и дочкой Марией иммигрировал в США из Омска в 1996 году, сейчас его младшему сыну Максиму 3 года, Андрею 6 лет, Дмитрию 13 и Марии 17 лет. До Орландо Никитин жил и работал в Массачусетсе, Пенсильвании и Техасе. Встреча Никитина и Флеча, убийство первого и самоубийство второго попали в кадры двух видеокамер в гараже, и по первому сообщению сержанта Барбары Джонс, «этому хладнокровному убийству одним человеческим существом другого нет рационального объяснения».

Скорее всего, объяснение все же есть, в его поисках следователи запросили медицинские данные о Нельсоне Флеча. В больнице Florida Hospital Дмитрий Никитин работал ведущим хирургом по пересадке органов, и основная версия причины этой трагедии заключается в том, что Флеча мог посчитать сделанную ему операцию неудачной и, более того, непрофессиональной.

В семье Флеча подтвердили, что операцию по пересадке органов ему делал именно Дмитрий Никитин. В полиции узнали, что еще в прошлом году он жаловался родственникам на неудачную операцию, которую ему сделал «русский врач». Поняв, что обречен, Флеча решил сам уйти из жизни, захватив с собой на тот свет врача. Судя по видеозаписи, Флеча пришел в гараж заранее и залег в засаде, но странно, что это не привлекло внимания охраны.

В Ориндж-Сити он жил в маленькой квартире и, похоже, не стал оптимистичнее после успешно сделанной операции, которая продлила ему жизнь. Соседи Флеча говорят, что Нельсон действительно был озлобленным, но вел себя «активно и подвижно». По словам одного из соседей, «после лечения он выглядел намного лучше, но дружелюбным никогда не был» и «всегда носил с собой черную коробку, в которой, как мы думали, лежало что-нибудь связанное с его здоровьем». Другой сосед подтвердил, что Нельсон Флеча был нелюдимым, ни с кем не разговаривал и «никто из нас не знал, чем он занимается».

В полиции выяснили, что во Флориде он живет с 2010 года, в прошлом не задерживался, но почти два года назад в Нью-Йорке его объявили пропавшим, а затем нашли «в хорошем состоянии». В сообщении нью-йоркской полиции от 15 июля 2009 года говорилось об исчезновении «51-летнего светлокожего черного мужчины Нельсона Флеча, который живет на Вудикрест-авеню в Бронксе. Последний раз его видели в прошлую пятницу примерно в 7 часов вечера на Ист 94-й стрит, он был в бежевой бейсбольной кепке Yankees и в синих штанах в белую полоску. Его рост 5 футов и 9 дюймов, вес примерно 120 фунтов, глаза темно-карие, волосы черные с проседью». Удивительно, но на фотографии Нельсон Флеча совершенно не похож на афроамериканца.

Роберт Метцгер, заведующий отделением трансплантации Florida Hospital, отозвался о докторе Никитине как о безукоризненном профессионале, страстно влюбленном в свою профессию. Помимо работы в больнице, где он специализировался на пересадках почки, печени, поджелудочной железы и других внутренних органов, Никитин преподавал на медицинском факультете Университета Центральной Флориды.

Хирург-трансплантолог Эдмунд Санчес, который два года руководил работой Никитина в больнице Baylor University в Далласе, назвал его «очень смышленным и целеустремленным». Доктор Санчес заметил, что обычно иммигрантам-профессионалам требуется два-три года, чтобы «акклиматизироваться» в Америке, но сибиряк Дмитрий Никитин почти немедленно начал работать в больнице общего типа. По словам Санчеса, Никитин не был слишком общительным и много времени уделял семье, а на работе во время перерывов рассказывал о жизни в России. «Но больше он любил говорить о еде, — вспомнил Эдмунд Санчес. — Апельсины считал деликатесом. Или восторгался тем, что такие сласти, как зефир, здесь можно купить в автомате. А друзей у него было немного».

В официальном заявлении больницы сказано, что «семья Florida Hospital глубоко удручена трагическим инцидентом в четверг вечером, когда лишились жизни два человека, одним из которых был доктор Дмитрий А. Никитин, уважаемый и талантливый хирург-трансплантолог»

В полиции Орlando уточнили, что Дмитрий Никитин стал в этом городе 11-м убитым за 2011 год.

Врачей в Америке убивают не часто, но достаточно, хотя по профессиональной линии это в основном происходит с гинекологами, которые не по душе противникам абортaв. Пациенты же убивают своих врачей крайне редко, но убивают. Началось это наверняка в незапамятные времена, а в американской печати первый такой случай был упомянут больше ста лет назад.

20 августа 1902 года New York Times поместила краткое сообщение из Филадельфии под названием «Пациент напал на врача». Там говорилось, что накануне доктор Л.Дж. Фабиан принимал пациента в своем офисе на Браун-стрит. Врач слушал работу сердца пациента, когда тот неожиданно несколько раз ударил Брауна ножом для колки льда и сбежал. У полиции появились две версии: попытки грабежа, поскольку на руке врача были часы за 2 тыс. долларов, а на пальцах, шее и в офисе «ювелирки» еще тысяча на семь, огромные деньги в 1902 году, и личная вражда, месть или мгновенная вспышка ярости.

Можно вспомнить чикагского дерматолога Дэвида Корнблита, которого в октябре 2006 года зарезал 29-летний Ханс Петерсон. Француз по матери, Петерсон почти через год явился с повинной к властям французской половины карибского острова-курорта Сен-Мартин. В свое оправдание Петерсон заявил, что 64-летний Корнблит лечил его от прыщей препаратом Accutane, от которого у него начался звон в ушах и он стал импотентом. В Чикаго его обвинили в умышленном убийстве, но французы отказались выдать Петерсона для суда в США, и последнее время его держали в тюрьме на острове Гваделупа.

Врачей-иммигрантов из бывшего СССР в Америке убивают и того реже. До 41-летнего трансплантолога Никитина это был 34-летний стоматолог Дэниел Малаков, иммигрант из Узбекистана. Малаков жил в нью-йоркском Квинсе, и 28 октября 2007 года его застрелил 51-летний Михаил Маллаев, двоюродный дядя врача-интерниста Мазултов Боруховой, бывшей жены Малакова. Как установил суд, Мазултов и Дэниел разошлись и судились за право опеки над дочкой Мишель. Решив оставить дочь у себя любой ценой, Борухова заказала дяде убийство Малакова, что он и сделал из револьвера с самодельным глушителем на детской площадке в районе Форест-Хиллс в Квинсе. Присяжные признали Борухову и Маллаева виновными, и судья приговорил их к пожизненному лишению свободы. Все участники этой трагедии — бухарские евреи Ташкента и Самарканда.

Сейчас апелляцию Боруховой представляет известнейший юрист Алан Дершовиц, профессор права Гарвардского университета. Как апелляционный адвокат в уголовных делах Дершовиц выиграл 13 из 15 поданных им жалоб и с успехом защищал обвиненных в убийстве своих жен Клауса фон Бюлова и О'Джей Симпсона. Дершовиц известен выступлениями против антисемитизма и, судя по всему, в апелляции Боруховой собирается развить тему нарушения судом ее религиозных прав ортодоксальной еврейки.

***Движение против насилия над врачами в Китае
«Китайские законодатели намерены пресечь жестокие
нападения на врачей»*** (25 Апреля 2014г., China24News)

В последнее время в КНР участились споры между врачами и пациентами, нередко такие конфликты кончаются драками и убийствами. От рук недобрых лечением пациентов, вооруженных холодным оружием, уже пострадало немало сотрудников китайских клиник.

Китайское правительство призвало законодательные органы в кратчайшие сроки пресечь нападения на врачей путем ужесточения наказания за подобные преступления.

В четверг, 24 апреля, Верховный народный суд КНР провел заседание с участием представителей других учреждений, в том числе, Министерства общественной безопасности и Национальной комиссии здравоохранения и планирования семьи. На заседании была принята новая законодательная инициатива, направленная на поддержание общественной безопасности в медицинских учреждениях. Лица, нарушающие общественный порядок и совершающие насильственные действия в отношении медперсонала, понесут суровое наказание.

В настоящее время Верховный суд пересматривает 2 дела о врачах, убитых разгневанными пациентами. В ходе расследования не были обнаружены врачебные ошибки, так что в обоих случаях причина конфликта признана необоснованной. Скорее всего преступники будут приговорены к высшей мере наказания.

По данным китайской медицинской ассоциации, в феврале этого года в стране было зафиксировано около 10 случаев нападения на врачей. В прошлом году в суды поступило более 50 тысяч «врачебных» дел. Китайские законодатели намерены на корню пресечь такую «нездоровую тенденцию».

Согласно новой инициативе, лица, словесно оскорбляющие врачей, а также пытающиеся пронести в медицинские учреждения оружие, взрывчатые, ядовитые или радиоактивные вещества с целью нанесения вреда медицинскому персоналу, также понесут суровое наказание.

Между тем в Китае создаются общественные организации, работа которых направлена на поддержание стабильной ситуации и предотвращение насилия в медицинских учреждениях. К концу 2013 года по всей стране заработало более 3000 таких организаций.

***«В Китае врачи вышли на акцию протеста после избивания
их коллег родственниками пациента»***

(21 декабря 2015г., newsru.com).

Медицинские работники города Юнцин провинции Хэбэй в КНР потребовали наказать виновных в нападении на их коллег. По предва-

рительным данным, врачей избивали родственники пациента, которого они не смогли спасти. В субботу почти 100 медработников прошли маршем по улицам города с требованием защитить их от насилия со стороны родственников больных. Протестующие несли плакаты с надписью: «Верните мне мое достоинство и накажите нападавших». Фотографии с акции опубликованы в «The South China Morning Post». Процессия из людей в белых халатах дошла до здания городской администрации, где с работниками здравоохранения встретился один из чиновников. Он заверил медиков, что по факту случившегося будет проведено расследование и приняты меры «в соответствии с законом». Власти также признали, что поводом для проведения акции протеста стал «инцидент, произошедший в больнице». По предварительным данным, в четверг днем в больницу Юнцина поступил пациент с сердечным приступом и другими заболеваниями. На следующий день состояние больного резко ухудшилось. Реанимационные мероприятия не принесли результата, и врачи констатировали смерть мужчины. После этого, по словам одного из врачей, у входа в больницу собралась толпа из 20 родственников покойного. Они напали на трех докторов и восемь часов держали их в заложниках в одном из помещений. Потерпевшие получили свободу лишь на следующее утро благодаря вмешательству их коллег. Медики вызвали на место происшествия полицию, но стражи порядка так и не прибыли. К настоящему времени в рамках расследования арестовано 16 человек. По крайней мере четверо из них являются родственниками умершего пациента. Собственное расследование проводит и Министерство здравоохранения. Добавим, что в последнее время в Китае участились случаи нападения на медиков со стороны пациентов и их родственников. В связи с этим в некоторых больницах усилены меры безопасности, а охранники экипированы спецсредствами, предназначенными для подавления беспорядков.

В РФ врачам тоже не хватает защиты. Похожая тенденция наблюдается и в России. Самым громким стал случай в Симферополе, где 26 сентября 2015 года мужчина устроил бойню на подстанции скорой помощи, расстреляв персонал из охотничьего ружья. В результате две женщины скончались от полученных ран. По данным следствия, стрелком был 55-летний Бекир Небиев. Установлено, что отец троих детей Бекир Небиев пережил микроинсульт. Он стал часто вызывать скорую помощь без причины. А когда на один из его вызовов на подстанции не отреагировали в силу большой загруженности, мужчина решил отомстить врачам. В октябре труп Небиева был найден в лесном массиве. По версии следователей, он покончил с собой. В начале сентября в Ростове мужчина избил врача и устроил погром в родильном отделении городской больницы. Таким образом он желал отомстить эскулапам за смерть своего

новорожденного сына. После этого случая городское управление здравоохранения решило усилить охрану медицинских учреждений, в первую очередь роддомов и стационаров скорой помощи. Прошлой осенью в Сочи автомобилист избил фельдшера, попросившего его жену пропустить карету скорой помощи, ехавшую к больному. Пострадавший медик оказался в реанимации. Исследования, проведенные по некоторым российским регионам Ассоциацией руководителей скорой медицинской помощи, свидетельствуют о почти двукратном росте нападений на врачей скорой за последние несколько лет. Так, в Екатеринбурге в 2013 году было зафиксировано 37 нападений, в 2014-м уже 56, а за первую половину текущего года - 36. При этом нападавшие, как правило, уходят от ответственности: в 2015 году екатеринбургскими врачами было подано 49 заявлений в полицию, но до суда дошло только семь дел. В настоящий момент в Госдуме готовят законопроект об ужесточении наказаний за агрессию в отношении врачей. Если он будет принят, медиков будут защищать с тем же рвением, что и полицейских. А виновным в избиении будет грозить до 10 лет лишения свободы.

«600 000 Китайских врачей подписали петицию против насилия в больницах» (19 июля 2015г., LAOWAI.RU)

В общей сложности 600 000 китайских врачей подписались под онлайн-петицией, призывающей к прекращению нападений на медицинских работников. Воззвание появилось после того, как врач был ранен её пациентом в южной провинции Гуандун в среду.

Полиция города Хуэйчжоу, провинция Гуандун, заявила в воскресенье, что подозреваемый Ляо признался в нападении на врача Оу Личжи.

Нападения на работников здравоохранения вызвали возмущение общественности. В результате, более 600 000 врачей подписались настоящими именами, чтобы присоединиться к социальной кампании в СМИ.

Комиссия по вопросам здравоохранения и планирования семьи провинции Гуандун опубликовала в пятницу вечером уведомление с просьбой к больницам сотрудничать с местными департаментами общественной безопасности. Предложено открыть полицейские посты в больницах или организовать регулярное полицейское патрулирование с целью быстрого реагирования на насилие.

Комиссия также потребовала от больниц установить камеры наблюдения и подключить сигнализацию вызова представителей охраны правопорядка.

Согласно данным расследования, Ляо напал на врача, так как считал, что назначенное этим врачом лечение является причиной постоянных головных болей.

Только в июне зарегистрировано 12 нападений на медицинских работников в больницах по всей стране.

Результаты опроса, опубликованного в мае Китайской медицинской Ассоциацией показывают: около 13 процентов из 12 600 врачей пострадали от физического насилия со стороны своих пациентов в прошлом году, а почти 60 процентов подвергались оскорблениям.

«Китайские врачи требуют защитить себя от агрессии пациентов» (20 июля 2015г., GBTIMES РОССИЯ)

Около 600 тысяч врачей Китая подписали онлайн-петицию с призывом положить конец насилию в отношении медицинских работников со стороны пациентов и их родственников.

Поводом для столь массовой акции, развернувшейся в социальных сетях, стало нападение пациента на врача, которое произошло в городе Хойчжоу, провинция Гуандун, в среду 15 июля.

Как пишут китайские СМИ, пациент по фамилии Ляо пришел на прием в городскую больницу Лунмэнь к доктору Оу Личжи с жалобами на головные боли. Врач отправила его в отделение амбулаторного лечения, поскольку в этот день у нее не было приема в клинике.

В ответ на это Ляо пришел в возбуждение и вытащил из портфеля нож. Врач стала звать на помощь, но до приезда полиции Ляо успел нанести женщине ножевые ранения в обе руки.

В воскресенье местная полиция сообщила, что обвиняемый в нападении на врача полностью признал свою вину. Ляо объяснил свою агрессию тем, что, по его мнению, врач выписывала ему не те лекарства, которые следовало, и именно это стало причиной его хронических головных болей.

Комитет по делам здравоохранения и планового деторождения провинции Гуандун направил в местные больницы специальное распоряжение с призывом усилить сотрудничество с местными службами общественной безопасности и установить в больницах полицейские посты или добиться проведения регулярного патрулирования в районах медицинских учреждений, с тем чтобы служители правопорядка могли бы оперативно отреагировать на возможные проявления насилия в отношении медперсонала.

Также выдано распоряжение установить в больницах камеры наблюдения и системы экстренной связи с полицией.

Между тем, китайские СМИ отмечают, что в последнее время случаи нападения на медицинских работников участились. Только в июне этого года в Китае произошли 12 случаев нападения пациентов или их родственников на медицинский персонал.

В опросе, проведенном в мае Китайской медицинской ассоциацией, около 13% из 12 600 врачей сказали, что в прошлом году хотя бы раз подвергались физическому нападению со стороны своих пациентов, а словесные оскорбления в свой адрес слышали более 60% китайских врачей.

В целом, врачи признались, что не чувствуют уважения к себе и что их безопасность на рабочем месте абсолютно не обеспечивается.

По мнению представителей медицинской ассоциации провинции Гуандун, подобные случаи имеют следствием не только физические и психологические травмы медицинских работников, но и наносят существенный вред отношениям между врачом и пациентом.

«В Китае пациенты часто нападают на врачей»

(29 августа 2014г. «Великая Эпоха»)

Обычно пациенты максимально доверяют своим лечащим врачам, однако в Китае дело обстоит иначе. Из-за того, что в стране часто происходят так называемые медицинские недоразумения, пациенты не только не верят врачам, но иногда даже убивают их.

23 августа 2012 года в больницу № 1 города Харбина ворвался юноша. Он шёл по коридору и наносил удары ножом медработникам, которые встречались на его пути. Затем он попытался покончить с собой, но его удалось спасти. Через четыре месяца парня приговорили к пожизненному заключению за убийство. От высшей меры его спас его юный возраст.

Это был 17-летний Ли Мэннань, которого два года лечили в этой больнице. Сначала врач неправильно поставил ему диагноз, а потом скрыл появившиеся от неправильного лечения осложнения и к тому же настоял на приёме дорогостоящих лекарств, в которых не было необходимости. Через два года такого «лечения» здоровье Ли значительно ухудшилось, за что он и решил отомстить докторам.

Этот инцидент всколыхнул китайскую общественность, даже министр здравоохранения потребовал строго наказать преступника. Однако когда через несколько месяцев расследования стали раскрываться подробности, люди перестали считать Ли сумасшедшим и начали относиться к нему с пониманием.

Позже сайт газеты «Жэньмин жибао» провёл онлайн опрос мнения общественности по поводу поступка Ли — 65% участников выразили одобрение его действиям.

Подобные инциденты в Китае давно уже не являются редкостью.

В сентябре 2011 года пекинский художник и каллиграф нанёс 17 ножевых ран врачу, который пытался лечить его от рака горла.

В мае 2012 года в больнице города Нанкина женщина с ножом напала на молодую медсестру. Оказалось, что у неё начали возникать осложнения после операции, сделанной 16 лет назад.

В феврале нынешнего года кровавые нападения бывших пациентов на врачей произошли в провинциях Хэбэй и Хэйлунцзян.

По данным исследований Ассоциации китайских больниц, в период с 2002 по 2012 годы количество нападений на медиков их бывших пациентов в стране растёт в среднем на 23% ежегодно. В каждой больнице происходит более 25 таких инцидентов в год.

Пациенты больниц, медики и даже правительство КНР признают, что существующая в стране система здравоохранения очень слабая.

По словам Чена Хайсяо, директора больницы округа Тайчжоу провинции Чжэцзян и члена ВСНП, около 80% относительно качественного медицинского обслуживания в стране сосредоточено в городах. Жители деревень, которые в Китае составляют половину населения, зачастую испытывают нехватку даже самых необходимых медикаментов.

Согласно результатам опроса, проведённого Научно-исследовательским институтом профилактики раковых заболеваний провинции Шаньдун в марте прошлого года в 30 больницах провинции, только 10% больных сказали, что доверяют своим лечащим врачам.

Среди основных причин такого явления руководитель этого института Юй Циньмин назвал недостаток профессионализма и чрезмерную погоню за наживой, которая преобладает над медицинской этикой.

Многие специалисты указывают на то, что после начала проведения в Китае политики реформ и открытости началась активная коммерциализация медицины.

Однако работа медиков в Китае также не лёгкая. Большинство из них вынуждены часто работать сверхурочно, что значительно ухудшает качество обслуживания.

Как сообщают китайские СМИ, по статистике, врачи детских больниц в Шанхае ежедневно принимают по несколько сотен пациентов. Многие из них работают ежедневно по 10 часов и на каждого пациента тратят в среднем всего лишь две минуты. В провинции Шэньси пациенты находятся в кабинете врача в среднем 7 минут, а общаются с ним в среднем полторы минуты.

В связи с участившимися случаями нападений пациентов на врачей, сотрудники больниц начали проводить забастовки и акции протеста, требуя от властей обезопасить их работу. В связи с этим в прошлом году власти приказали администрациям больниц увеличить количество охраны из расчёта по одному охраннику на каждые 20 пациентов.

Однако некоторые врачи считают, что такие меры проблему не решат.

«Рост числа конфликтов между врачами и пациентами вызывает сама система. Усиление охраны не решит эту проблему. Мы все знаем, как компартия поощряет людей ценить только деньги. Многие врачи вообще не имеют никакой этики и просят пациентов продавать дома и скот, чтобы заплатить им», — цитирует телеканал NTD слова бывшего врача больницы № 2 города Гуанчжоу по имени Тянь Вэй.

Ещё одно распространённое явление в китайских больницах — это взятки в форме денежных и других подарков от пациентов, а также комиссионные от аптек и фармацевтических компаний за назначение больным их лекарств.

По словам Тяня, среди китайских врачей очень популярно выражение «Чтобы заработать деньги, надо отказаться от совести, кто следует совести, денег не заработает».

Репутация врачей в Китае уже настолько испорчена, что эта профессия считается не престижной. В связи с этим во многих китайских больницах наблюдается нехватка квалифицированного персонала, а молодые медики стараются устроиться работать в научно-исследовательские учреждения, а не в больницы.

Ранее китайское новостное агентство «Синьхуа» сообщало, что даже дети врачей не уважают профессию своих родителей. Член ВСНП, офтальмолог Ли Суянь как-то пожаловался на свою дочь, которая заявила, что не только сама никогда не захочет стать врачом, но даже и замуж никогда не выйдет за врача.

«Нулевая терпимость» к нападениям на врачей в Китае»

(1 ноября 2011г., partnery.cn)

Министерство общественной безопасности КНР обещает придерживаться принципа «нулевой терпимости» по отношению к насильственным действиям и другим преступлениям против медицинского персонала.

Полиция будет оказывать больницам помощь в решении споров между медперсоналом и пациентами и обеспечении безопасности в больницах, отмечается в циркуляре МОБ, распространенном после возникновения ряда трагических случаев нападения пациентов на медперсонал за истекшие несколько месяцев, некоторые из которых даже привели к гибели медработников.

25 октября в одной из больниц в провинции Чжэцзян /Восточный Китай/ недовольный пациент убил ножом врача и ранил еще двоих.

Итоги выборочного обследования, проведенного Китайской ассоциацией больниц с декабря 2012 года по июль 2013 года в 316 больницах, показывают рост насильственных действий в отношении медицинского

персонала. Среднегодовое количество нападений на медиков в одной больнице выросло с 20,6 в 2008 году до 27,3 в 2012 году.

Согласно результатам данного обследования, неудовлетворительное лечение, трудности в общении между пациентами и медперсоналом, искаженная информация СМИ и высокая стоимость лечения считаются главными причинами большинства нападений, при этом социальные противоречия, потеря доверия и несбалансированность между потребностью и обеспечением медицинскими ресурсами приводят к увеличению случаев насилия.

«Глобализация угроз медицинским работникам в других странах Хватит бить врачей!»

(Алматы, 27 ноября 2015 г., Radiotochka.kz)

Молодой врач «скорой помощи» до сих пор не пришел в сознание. Знакомый пациентки, ударивший его кирпичом, задержан. Когда корреспондент «Радиоточки» позвонил главному врачу Станции скорой медицинской помощи Биржану Оспанову, он находился в больнице – узнавал, стало ли лучше его подчиненному. Накануне Оспанов заявил прессе об опасной тенденции: всё чаще на врачей скорой помощи нападают, избивают и калечат - 18 случаев с начала этого года - далеко не предел. Почему те, кто спасает наши жизни нуждаются в защите, глава алма-атинской «скорой» Биржан Оспанов рассказал «Радиоточке».

- Во-первых, хотелось бы уточнить – как себя чувствует врач, на которого вчера было совершено нападение?

- Только что я приехал от него. Состояние по-прежнему критическое, состояние после операции, искусственная вентиляция легких, состояние между небом и землей, к сожалению.

- Регулярные нападения на врачей – это общемировая проблема, либо это казахстанская, а может, постсоветская специфика?

- Это общемировая проблема. На все экстренные службы происходят нападения.

- Те страны, которые принято называть развитыми, не исключение?

- Не исключение.

- Накануне на брифинге в управлении здравоохранения Алматы вы сказали, что с начала года было совершено 18 нападений на врачей «скорой». Все ли эти нападения совершены алкоголиками и наркоманами?

- Нет. Давайте так. Мы как здравомыслящие люди можем попробовать обнаружить причину, а не следствие. Почему все-таки бывают нападения? Люди, нас вызывающие, находятся в состоянии эмоционального напряжения – звонят, кричат: «плохо, срочно!». У нас есть регламент, стараемся, конечно, до 10-ти минут доехать. Иногда бывает 12 минут. А человеку каждая минута кажется часом. Естественно, в таком

состоянии люди ведут себя довольно агрессивно. Это мы понимаем, и не у каждого врача есть такт – как-то успокоить этих людей. Я не берусь огульно охаивать людей, которые вызывают «скорую». Есть общественное мнение – в Фейсбуке пишут часто отзывы. Мне крайне неприятно говорить, но процентов 30-40 пользователей пишут, что врачи в чем-то виноваты. Мы ищем причину – в чем. Но там говорят – «2 часа ждал «скорую» и мы имеем право наказывать тех, кто не приехал вовремя». Причины пытаемся устранить.

- А каково среднее время прибытия «скорой» в самом загруженном городе страны - Алматы?

- У нас по городу 12,5 минут – среднее время прибытия. Это при том, что у нас 481 квадратный километр, 850 тысяч водителей выезжают на дороги, везде пробки, а еще 250 тысяч населения присоединенных территорий, где нет нормальных улиц – Алатауский, Наурызбайский район, частично Турксибский район. Мы все понимаем и принимаем. Но никому это не дает право нападать на врачей.

- Ежедневно – сколько бригад «скорой помощи» заступают на дежурство и сколько на них приходится вызовов?

- Есть общемировой «регистр прикрепленного населения»: на 10 тысяч населения – одна «боевая» машина. Если мы берем 1 миллион 650 тысяч алматинцев – простое арифметическое вычисление – у нас 165 бригад. И у нас ежедневно выходят 165 бригад. Но здесь нет учета «гостей» - незарегистрированных, живущих на квартирах и так далее. Неофициальная цифра с их учетом – 2 миллиона горожан. То есть, у нас должно быть 200 машин. Поэтому 165 бригад работают в усиленном режиме. Все наши бригады разбиты на 10 подстанций – на одной подстанции 20 машин, на другой 25, 18 и так далее. На более отдаленных участках, в пригородах, мы дислоцируем бригады в поликлиниках, то есть, расширяем сеть. Это нам позволяет новая система «скорой помощи», теперь вызовы приходят на персональный карманный коммуникатор каждой бригаде в виде смс-сообщения, теперь быстрее.

- То есть, официально бригад на город хватает, а фактически – нет?

- Естественно. Нагрузка высокая. Мы же не будем спрашивать вызывающего – «ты откуда приехал?». Проблема общая для всех крупных городов. Я был в Санкт-Петербурге, Новосибирске, Казани – та же проблема.

- Насколько увеличилось количество нападений за последние годы? Есть ли статистика?

- К сожалению, такую статистику мы не вели. Сейчас я понимаю, что надо было бы. Но поймите. Мне 55 лет. Я себя считаю советским врачом – 10 лет работал в то время. Если сравнивать с тем временем – то разительная разница.

- В советское время не нападали на врачей?

- Конечно. Тогда глубоко уважительное отношение было. Я 10 лет работал в районе, 17 лет в стационаре, потом в поликлинике, и сейчас я вижу эту разницу.

- Не связаны ли участвовавшие нападения с разрушением авторитета врача?

- Я думаю, что в любом обществе есть силы, которые влияют на общественное мнение. И средства массовой информации – одно из первых. Средства коммуникации – интернет, соцсети. Я вас не обидел?

- Конечно нет. Но вы считаете, что негативное информационное поле создается сознательно?

- Нет, не сознательно. Журналист желает, чтобы информацию как можно больше читали, чтобы была реакция – это нормально, правда? Но о рекордных надоях молока читать не будут с особым интересом.

- Другими словами, народ любит «чернуху» ...

- Да, наверное, именно так.

- Тогда следующий вопрос задаю вам как человеку, заставшему советское время. В общем квалификация врачей «скорой» с тех времен повысилась или, наоборот, снизилась?

- Сразу хочу предупредить, что это мое субъективное мнение. Только то, что мне говорит личный опыт многих лет. Может быть, многие будут спорить со мной, но сейчас уровень оказания медицинской помощи намного выше. Если вы хотите говорить об индивидуальных качествах работников – новейшие средства коммуникации, в том числе интернет, позволяют моим коллегам более широко и внимательно изучать медицину. Когда я был молодой, уровень знаний, теория, были на высоком уровне. Но я был «зеленый». Я был теоретиком, а не практиком. По крайней мере, лет 5, может больше, мне надо было практиковаться. Вот здесь я имел большие трудности. У нас не хватало медицинской аппаратуры, лекарственных препаратов. Да и общения было меньше. Сейчас все открыто. Мы уже посетили парижскую «скорую помощь», нью-йоркскую... Стамбул, российские города. На следующей неделе к нам приедут врачи из ЮАР, покажут, чего они достигли. Это обогащает и улучшает работу медицины, согласитесь. Я это говорю не для оправданий – я знаком с общественным мнением: «приезжают врачи, ничего не знают». Поверьте, в экстренных случаях, когда надо спасать жизни, глубоких исследования, диагностики не требуется. Я очень хочу, чтобы вы донесли до людей – не стоит задача у «скорой помощи» сделать из каждого выезжающего фельдшера профессора. Нам нужно оказать экстренную помощь. Во многих западных странах есть институт параклиники. Не только медработники – и пожарные, и полицейские, да и простые водители проходят школу парамедиков. А у нас, наверное, богатая страна

– мы можем позволить себе врачам отправлять на вызов. И все равно у них не стоит задачи поставить окончательный диагноз, расписать лечение на 5-10 дней. Оказать экстренную помощь – да. И мои врачи с этим могут справиться.

- То есть, прежде всего, работа врачей «скорой помощи» заключается все-таки в оказании экстренной неотложной помощи, а большинство звонящих обращаются по поводу и без?

- Вообще, в мире два направления работы «скорой помощи» - «англо-американское» и «европейское». Ко второму относится и постсоветское пространство. «Англо-американская» система – всех пациентов везут в стационар после оказания неотложной помощи, а там разбираются дальше. А мы едем домой, оказываем помощь, и где-то 80% остается дома. Это о чем говорит? Зачастую звонят те, кто может обратиться в поликлинику, в стационар, одним словом, «ходячие» больные. Наверное, в этом тоже причины нашей повышенной загруженности. Если в 2013 году было 550 тысяч вызовов, в 2014 году 620 тысяч, то в этом уже 730 тысяч вызовов.

- Такое лавинообразное количество звонков – это из-за присоединенных территорий и увеличившегося количества жителей? Или отношение к «скорой» меняется?

- Меняется отношение к «скорой». Людям, наверное, проще поднять трубку и вызвать бригаду, чем пойти в поликлинику, обратиться в стационар. В поликлинике тоже есть телефон – можно записаться на прием, пройти обследование, сдать анализы. Этого всего в «скорой» же нет. А люди почему-то считают, что простуда - это причина вызвать «скорую».

- Проводятся ли какие-либо тренинги для врачей – как себя вести при нападении, или при угрозе нападения?

- Мы каждый год по 8 человек отправляем в Прибалтику, где проходит чемпионат мира по оказанию скорой помощи. Кстати, в 2013 и 2014 году первые места занимали наши алма-атинские команды. И там мы смотрим на команды многих стран. И вот они там проводят эти занятия – в том числе показываются средства личной защиты.

- В каких-то странах все-таки применяются врачами средства защиты от нападений?

- Например, видеорегистраторы. Я был в Нью-Йорке. И там служба 911 – все с видеорегистраторами. Но там разрешено снимать. В Париже тоже разрешены они. Но там еще разрешены электрошокаеры. Нам было бы достаточно видеорегистратора. Если человек знает, что у врача он есть, то уже подумает нападать или нет.

- А вы упоминали накануне, что в российском городе Иркутске был неудачный опыт использования видеорегистраторов?

- Да, они начали ими пользоваться. И у них были скандальные случаи. Но там, кажется, были обоюдные нарушения, не только пациент, но и врач допустил что-то. И пришлось от видеорегистратора отказаться. Суд запретил.

- Почему вы считаете, что применение того же газового баллончика, в случае, если речь идет о защите жизни и здоровья врача, каким-то образом нарушает профессиональные принципы? Каждый гражданин Казахстана имеет право на необходимую оборону, не так ли?

- Это мое личное мнение. Дело в том, что мы едем к людям, которые нуждаются в помощи. И мы должны быть чисты в помыслах, чисты в желании помочь. Если я приду в дом к людям с дубинкой, электрошокером, газовым баллончиком, я оскорблю подавляющее количество людей, которые нас вызывают.

- Но вы же не осудите своего сотрудника, если он купит газовый баллончик и защитит свое здоровье, может быть, жизнь, при нападении на него, допустим, с топором?

- Есть клятвы – клятва советского врача, клятва Гиппократата. Там четко и ясно говорится – если тебя просит помощи нуждающийся в ней, ты должен оказать эту помощь без лишних помыслов. В первую очередь мы, врачи, не должны идти на поводу у 1% людей, которые портят наше общество. Речь о профессиональной чести врача. И я бы осудил этого доктора.

- Вы рассказывали о случае, когда ваш врач – чемпион по рукопашному бою Казахстана – был избит во время выезда – можете поподробнее рассказать об этом случае?

- 9 февраля в 23-30, в микрорайоне Калкаман произошло столкновение двух автомашин. И наш врач поехал туда. Один из агрессивно настроенных людей на него напал. Ударил тяжелым тупым предметом по голове. Доктор был госпитализирован. Да, он действительно чемпион. Не успел применить навыки. Да даже если и успел бы – он как порядочный парень не стал бы этого делать. Только если для того, чтобы избежать конфликта. Врачу лучше быть легкоатлетом, чем чемпионом по рукопашному бою – убежать можно. Мне так кажется.

Почему вы считаете, что обращение через СМИ к гражданам с просьбой быть более ответственными, это действенный способ решить проблему?

- Вчера я выступил, потому что это была последняя капля. Именно вы, представители СМИ, можете оказывать влияние на общественное мнение. Как иначе донести до людей мнение всех врачей «скорой помощи».

«Сотрудник МВД избил врача столичной детской больницы» (11 апреля 2016 г., ИА 24.kg)

Сотрудник МВД избил врача столичной детской больницы. Об этом ИА «24.kg» сообщил главврач Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (известной в народе как третья детская) Талантбек Омурбеков. По его словам, вопиющий случай произошел сегодня. «Врач Торобай Мураталиев должен был утром зайти на операцию. В роддоме №4 потребовалась его консультация. Он сказал, что приедет после операции. Но в это время ребенку уже поставили диагноз и приняли решение о его переводе из родильного дома в больницу. Врач сказал отцу, что ехать уже нет необходимости. И тот избил Мураталиева, душил, у него ушиб легкого. При этом Мураталиев зашел на операцию с ушибленным легким, позже его заменили. Врач сам небольшого роста. Как нам работать?! Сотрудник МВД избил человека в белом халате, а теперь скрывается, даже не извинился, а родственники ходят и пугают всех. Как врач и профессор, я возмущен до глубины души! Прямое издевательство над врачами. Нет у нас ни социальной защиты, ни защиты в обществе. Врачи покидают Кыргызстан, и будут уезжать в такой ситуации», - сказал Талантбек Омурбеков.

Он отметил, что пострадавший хирург-неонатолог в настоящее время пишет объяснительную в Октябрьском РОВД.

«Врачам больницы им. Мечникова угрожали днепровские спортсмены» (29 июня 2016 г., Информационный портал «События Днепра», sobytiya.dp.ua)

В Днепропетровской областной больнице им. Мечникова прокомментировали случившийся в выходные «наезд» на врачей и рассказали, что нападавшие – местные спортсмены.

Как сообщил главврач больницы Сергей Рыженко, в ночь с 25 на 26 июня в больнице Мечникова произошел инцидент, в ходе которого группа неизвестных спортивной наружности оскорбляла врачей и угрожала физической расправой.

«Несколько человек молодых людей оскорбляли работников приемного отделения, угрожали им. Благо, со временем нашли в себе силы, пришли и извинились. Но мы точно знаем, что такое не должно повториться и нужно сделать все возможное, чтобы любой врач или медсестра, которые работают в больнице, которые спасают жизни раненым бойцам, должны быть защищены и физически, и психически. В этой ситуации меня возмущает то, что врач – интеллигентный человек, который регулярно посещает храм и не видит ничего кроме работы, – стал жертвой этого произвола. Сегодня он в тяжелом психическом состоянии, боится выходить из больницы. Мы видели многое: боль, кровь, сле-

зы, потери, оружие, боеприпасы. Но впервые столкнулись с таким хулиганством. Это были люди, представляющие один из спортивных клубов, которые сегодня тренируют наших спортсменов», – рассказал он.

Врач терапевт акушерского отделения больницы им. Мечникова Дмитрий Сень, который в ту ночь дежурил в приемной, рассказал, что прибывшие требовали осмотреть супругу одного из них, причем сделать это непосредственно в транспорте пациента.

«Вошел мужчина и потребовал консультации нейрохирурга, и я попросил, чтобы он завел свою жену в кабинку для осмотра. На это мужчина заявил, что у его супруги может быть инсульт и ее нельзя шевелить. Я был готов выйти, но медсестра сказала, что не может проводить осмотр на улице. Почувствовав, что ситуация выходит из-под контроля, я попросил вызвать полицию и в тот момент, когда я с каталкой подходил к машине, прибыла полиция. Это очень разозлило посетителей, и они начали выяснять, кто вызвал правоохранителей. Я вызвал нейрохирурга и ответственного дежурного врача, мы все-таки завели пациентку в кабинку и продолжили осмотр», – рассказал медик.

По словам Сень, осмотр был произведен успешно и ночные визитеры выразили благодарность ответственному дежурному врачу. Одновременно с этим в адрес медперсонала посыпались угрозы.

«Когда мы уходили, мне, охраннику и медсестре сказали, что нас ждут тяжелые времена и уже утром к нам приедут. Нам даже сказали: «Радуйтесь, что это не 90-е годы и нас это сковывает». Зашел третий человек, который начал переписывать данные каждого из нас. Когда одна из наших сотрудниц обратилась к полиции с просьбой пресечь агрессию, они ответили, что мужчина ведет себя не агрессивно, а эмоционально. Мужчина, переписывавший наши данные, сказал, что пытается нам помочь и мы связались с «серьезными людьми, которые слов на ветер не бросают и они обязательно выполнят то, что обещали». Он посоветовал нам даже обзавестись телохранителями», – сказал он.

Врач-невропатолог Регина Ломако отметила, что прибывшие люди не давали ей возможности осмотреть пациентку.

«Они посмотрели на меня и не позволили произвести осмотр, сославшись на то, что я еще молодой врач, могу что-нибудь испортить. Пришлось ждать ответственного невропатолога, которому они позволили достать ее из машины», – сообщила медик.

У пациентки по итогам осмотра было выявлено повышенное давление, и ей была оказана помощь.

На сегодняшний день соответствующие заявления поданы в Днепрпетровское областное Управление полиции и прокуратуру области.

«Посетитель больницы в Мозыре убил пациента.»

(18 января 2016 г., ИА «Sputnik», Беларусь)

Мужчина, навещая находящегося в травматологии, нанес ему несколько ударов ножом в шею.

Житель Мозыря задержан по подозрению в убийстве пациента городской больницы, сообщает издание «Полесье своими глазами».

Инцидент произошел в травматологическом отделении Мозырской горбольницы: мужчина, навещая одного из пациентов, нанес ему несколько ножевых ранений в шею, впоследствии 32-летний пострадавший умер в реанимации.

«На место происшествия выехала следственно-оперативная группа. Гражданин, подозреваемый в совершении преступления, был задержан через несколько часов», — цитирует издание слова заместителя начальника Мозырского РОВД по идеологической работе и кадровому обеспечению Валентина Пакштаса.

Сообщается, что и погибший, и подозреваемый являются жителями Мозыря. В настоящее время задержанный находится в изоляторе временного содержания.

По информации издания, по факту убийства Мозырским райотделом Следственного комитета возбуждено уголовное дело по ст. 139 Уголовного кодекса Беларуси, ведется расследование.

«Танзанийские врачи требуют защиты от родственников пациентов ДОДОМА» (30 Марта 2016 г., REGNUM.RU)

Несмотря на эти проблемы, когда люди приходят в медицинский центр, им оказывают в всевозможную помощь.

Медицинская ассоциация Танзании (МАТ) дала правительству 14 дней, чтобы принять меры в отношении лиц, совершивших атаку на медицинский персонал.

Такое заявление было получено правительством через несколько дней после инцидента с доктором Диксоном Сахини в госпитале города Лигула (район Мтвара), перенесшим нападение со стороны родственников больного.

Министр здравоохранения, социального развития и гендерного равенства Умью Мвалиму сказал, что он омрачен инцидентом, и осудил участвовавшие случаи оскорбления и нападения на медицинских работников.

«Это явление ранит сердца работников, которые проявляют высокий профессионализм и влияют на доступность качественных медицинских услуг», — сказал он.

Это заявление согласуется со словами президента (МАТ), доктора Билли Хаонга, который призвал правительство и соответствующие ор-

ганы, такие как полиция, принять надлежащие меры для прекращения продолжающихся преследований врачей в стране со стороны родственников пациентов.

Кроме того, правительство должно рассказать правду о нехватке медикаментов в больницах и других проблемах, с которыми сталкивается медицинский сектор и которые порождают подобные инциденты.

Но, сказал доктор Хаонга, несмотря на эти проблемы, когда люди приходят в медицинский центр, им оказывают всевозможную помощь. Должно быть специальное место для жалоб, тогда люди не будут атаковать поставщиков услуг.

Он добавил, что если закон не появится в течение 14 дней, то им придется созвать экстренное совещание и самим принять решение об обеспечении безопасности.

Командир полиции района Мтвара Генри Мваибамбе призвал всех, кто знает о нарушении закона, сообщать в полицию сразу, как только происходит инцидент.

Он сказал, что двое из пяти подозреваемых в избиении врача были задержаны ночью на границе при попытке покинуть страну, а еще трое до сих пор находятся в розыске.

Справка:

Доктор госпиталя города Лигула (район Мтвара) Диксон Сахини пострадал от нападения родственников своего пациента, который попал к нему после аварии на мотоцикле несколько дней назад. Родственники и друзья молодого человека обвинили доктора в нежелании проводить полноценное лечение, после чего жестоко избили.

«Ежегодно на врачей совершают 100 000 нападений»

(04 апреля 2016 г., «Версия», №25).

Взаимоотношения врачей и пациентов уже давно далеки от идеальных. Пациенты страдают от долгого стояния в очередях, невнимательности, поборов. Врачи подвергаются угрозам и нападениям, часто – с применением оружия. Независимые эксперты считают, что в год на докторов совершается примерно 100 тыс. (!) физических нападений, и число — это в последние годы неуклонно растёт. Причинами являются алкоголь, врачебные ошибки, неспособность системы обеспечить население адекватной медпомощью и защитить самих медиков. Подчас стремление «отомстить» врачам приобретает совсем неожиданные формы. Так, утром 20 сентября в Центральную районную больницу посёлка Верховье Орловской области позвонил неизвестный мужчина и сообщил, что собирается распространить в посёлке споры сибирской язвы. По информации агентства «Инфо Орёл» и пресс-службы регионального УМВД, через несколько часов житель села Теляжье был задержан. Выяс-

нилось, что он был недоволен качеством медобслуживания в больнице и решил напугать персонал дежурившей смены...

Первыми под руку буйным пациентам попадают, естественно, сотрудники «Скорой помощи». Только в Москве в 2011 году зафиксировано 170 эпизодов хулиганских и агрессивных действий в отношении сотрудников скорой медицинской помощи, 10 из которых сопровождались травмами лёгкой степени тяжести. В НИИ Скорой помощи им. Склифосовского медперсонал рассказал «Нашей Версии», что сталкивается с агрессивней пациентов постоянно. «У нас неадекват ежедневно, могут не просто обматерить, но и плюнуть, и ударить...» — заметил один из фельдшеров. Впрочем, Россия в этом плане не исключение. Так, по данным опроса в Великобритании, с угрозами, оскорблениями или физическим насилием сталкиваются в течение года четверо из пяти санитаров британской службы «Скорой помощи». А агрессия пациентов обходится страховщикам более чем в 100 000 000 фунтов в год за дополнительную безопасность, невыход на работу, обучение персонала и оплату юридических счетов.

Сводки о выездах бригад «Скорой помощи» порой напоминают криминальную хронику. В прошлом году в Барнауле у подъезда многоквартирного дома мужчина напал на медиков с ножом, в Прокопьевске Кемеровской области сотрудников «Скорой помощи» родственники больного туберкулёзом взяли в заложники — им требовались наркотики. К счастью, врачам удалось выбраться из квартиры.

В самом Кемерове на Марининской улице мужчина с ребёнком остановил автомобиль «Скорой помощи», а когда фельдшер вышел из машины, чтобы узнать, в чём дело, другой мужчина, размахивая пистолетом, потребовал, чтобы медики покинули автомобиль и убирались прочь. Фельдшер пытался запрыгнуть обратно, но незнакомец с размаху ударил его по лицу, а потом принялся бить стёкла автомобиля. Результат — рваные раны лица у фельдшера.

В Саратове в 2011 году произошло 23 подобных случая, за первое полугодие 2012 года ещё 8. 28 июля этого года «скорая» прибыла по вызову к дому № 11 по улице Антонова в Ленинском районе Саратова. Бригаду встретила 23-летняя Оксана Кочеткова, руки и ноги которой были испачканы кровью. Женщина была пьяна. Фельдшеры прошли в квартиру, где осмотрели пострадавшую. Оказалось, девушка вскрыла себе вены на руках, нанеся глубокие порезы. После перевязки медики попытались госпитализировать гражданку, но та начала отчаянно сопротивляться. Фельдшеры решили покинуть квартиру. В этот момент Кочеткова ударила одного из сотрудников полной бутылкой по голове. Сразу после этого хозяйка жилища схватилась за нож. На место были вызваны

сотрудники полиции. Фельдшер же был госпитализирован в городскую больницу № 6, где врачи констатировали сотрясение головного мозга.

В июне нынешнего года в Подмосковье пациент избил врача «Скорой помощи» из Мытищ Константина С. На автобусной остановке мужчине стало плохо, он жаловался на острые боли в животе, прохожие вызвали «Скорую», но когда бригада прибыла на место, пьяный пациент набросился на врачей. Первый удар принял на себя фельдшер. Когда врач заступился за коллегу, пациент ударил его кирпичом по голове. Константин доставили в реанимацию местной больницы, через сутки его перевели в отделение травмы. Обследование показало, что у врача черепно-мозговая травма, ушибы затылочной области, на одном глазу наблюдается снижение зрения.

В Москве летом нападению подверглась фельдшер «Скорой помощи» Екатерина Захарчук. Она приехала на вызов к женщине, которая жаловалась на телесные повреждения. Пьяный сожитель отказался отпускать девушку в больницу и набросился с кулаками на доктора. Екатерина Захарчук была в бригаде одна, и за неё некому было заступиться. Ситуация до ужаса обычная и частая, причём повсеместно, независимо от того, где происходит вызов ОЗ.

Одной из самых частых причин нападений на медиков за последние пять лет стала месть за просчёты и ошибки. Житель Владивостока с запущенной болезнью печени нынешней весной под дулом пистолета удерживал врачей «Скорой помощи». Он объяснил, что после вызова ждал «Скорую помощь» пять часов, испытывая боль, поэтому решил, что бригада должна провести в его квартире столько же времени. Поскольку бригад «Скорой помощи» в городе не хватает, сначала они приезжают к тяжёлым больным с сердечной недостаточностью и приступами, к тем, кто без сознания, а затем уже ко всем остальным. Лишь через 40 минут после укола обезболивающего мужчину убедили отпустить медиков.

Чем серьёзнее ошибка, тем сильнее может врач за неё поплатиться. По данным организаций пациентов, медицинские ошибки в России совершаются ежегодно в 50 тыс. случаев, ошибочен каждый третий диагноз. По разным оценкам, за последние несколько лет число исков о компенсации вреда жизни и здоровью, причинённого при оказании медицинской помощи, в России возросло в 13 раз. Проблема врачебных ошибок – одна из важнейших в медицинском праве не только в России, но и в мире. По данным Национальной академии наук США, каждый год в больницах из-за медицинских ошибок погибают от 44 тыс. до 98 тыс. человек, в основном по причине неправильного выбора или дозировки лекарств. Официальной статистики ошибок в России не ведётся. Оборачиваются ошибки нападениями на врачей.

Но пострадать можно и в том случае, если всё делалось правильно, но лечение не принесло результата. В 2007 году в Тихорецке Краснодарского края мужчина напал с ножом на медсестру кардиологического отделения местной больницы Светлану Найман. Выяснилось, что у него в этой больнице несколько месяцев назад умерла от врождённого порока сердца сестра и таким образом он пытался отомстить медикам.

В том же году москвич Игорь Брежо решил организовать заказное убийство профессора клиники, известного в Москве акушера-гинеколога. Он предложил своему знакомому 11 тыс. долларов за убийство, однако потенциальный киллер обратился в милицию. 5 мая 2007 года заказчика задержали при передаче псевдокиллеру части денег. Выяснилось, что Брежо считал профессора виновным в гибели своего новорождённого ребёнка. В апреле 2008 года Мосгорсуд оправдал Брежо на основе вердикта присяжных. По данным следствия, в августе 2005 года жена подсудимого поступила в московскую клинику с угрозой преждевременных родов, новорождённый ребёнок умер спустя полтора часа после появления на свет. Супруги Брежо посчитали виновным в гибели младенца врача, проводившего кесарево сечение. Однако согласно заключению контрольно-экспертной комиссии причиной смерти ребёнка была врождённая патология. В течение двух лет семья пыталась оспорить заключение экспертов в прокуратуре, Минздраве, ОБЭП, а также в суде. Все эти попытки закончились безрезультатно. Тогда и решили воспользоваться услугами киллера.

Примеров нападений на врачей множество: против них используют ружья, ножи, ракетницы, гранаты. 1 декабря 2009 года суд приговорил к условному сроку заключения пенсионерку из Красноярского края, расстрелявшую врача из пистолета-ракетницы. 69-летняя жительница Минусинска в апреле пришла в кабинет к врачу и выстрелила в него из сигнального пистолета. В результате врач получил перелом ключицы, а также ожоги в области шеи и лица. Причиной таких действий стала личная неприязнь к доктору, его женщина обвиняла в смерти своей сестры, которой в 2005 году врач-уролог не оказал срочной помощи при болях и высокой температуре. Впоследствии женщине сделали несколько операций, но в конце 2008 года она скончалась от онкологического заболевания. Врач подтвердил, что в 2005 году к нему приходила на приём женщина, у которой он не обнаружил признаков аппендицита, признал свою ошибку и отказался от иска о возмещении ему физического ущерба, причинённого выстрелом из ракетницы.

4 августа 2011 года в Новосибирске около жилого дома № 124/1 по улице Выборной в тот момент, когда хозяйка Nissan Bluebird села за руль иномарки и начала движение, прогремел взрыв. Сама женщина физически не пострадала. «Как было установлено в ходе осмотра места,

– сообщил сотрудник пресс-службы ГУ МВД по Новосибирской области Антон Сурнин, – под машиной взорвалась граната РГД-5, которая была закреплена около заднего колеса». Покушение было совершено на врача отделения нефрологии и гемодиализа Новосибирской областной больницы. По данным, полученным оперативниками, заказчик заплатил исполнителю 50 тыс. рублей и передал ему гранату, которую впоследствии установили на автомобиль. О мотивах преступления в полиции не распространяются, но дали понять, что оно было совершено из чувства мести.

В том же году 65-летнего руководителя Екатеринбургской поликлиники № 1 Наталья Братчикову нашли дома с пробитой головой. Тело пожилой женщины обнаружили её родственники. Наталья Юрьевна долгое время не отвечала на телефонные звонки, родные забеспокоились и поехали к ней домой на улицу Буторина. Открыв дверь, они наткнулись на бездыханное тело. Версия – убийство из мести. А обезображенное тело фельдшера ГKB № 8 прохожие обнаружили под мостом в самом центре Челябинска. Череп 38-летней Натальи М. был проломлен тупым предметом, а горло перерезано. Преступник не взял ни драгоценности, ни деньги убитой. «Возможно, убийство связано со служебной деятельностью фельдшера, – рассказали СМИ в следственном отделе по Тракторозаводскому району Челябинска. – Мы проверяем всех: и мужа, и знакомых, и коллег пострадавшей». Следователи не исключают, что жестокое убийство могло стать результатом мести больного.

Часто на преступление идут совсем уже отчаявшиеся люди, считающие, что терять им уже нечего. Так, 15 апреля пациент краснодарского противотуберкулёзного диспансера выстрелил из ружья в сотрудников медучреждения, после чего застрелился. Инцидент произошёл в Краснодарском краевом противотуберкулёжном диспансере. В результате происшествия никто из сотрудников диспансера не пострадал. По данным краснодарского информационного портала NTKnews.ru, в записке погибший описывал своё лечение в диспансере больше года назад и обвинял медиков в оказании ему некачественной помощи.

В способность системы самоочищаться от непрофессионалов, справедливо и независимо разбираться в последствиях лечения многие пациенты и их родственники уже давно не верят. В последние годы к открытой агрессии приводят уже не только горе от потери близких и месть за них, но и длинные очереди в поликлиниках, отсутствие нужных лекарств, равнодушие и чёрствость персонала. На парламентских слушаниях Комитета Госдумы по охране здоровья на тему «Законодательное обеспечение прав пациентов в Российской Федерации» Елена Тельнова, врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, сообщила, что в 2011 году её ведомство провело 2328 проверок

лечебных заведений и 44% обращений граждан было связано с плохим качеством оказания медпомощи. Но «по сути принять какие-то серьёзные меры по отношению к нарушителям мы не имеем возможности», заметила руководитель Росздравнадзора.

В результате жертвами выведенных из себя граждан часто становятся случайно оказавшиеся на пути, порой замечательные врачи. И приходится говорить уже не о мерах со стороны профильного ведомства, а о полицейской охране. «В России сегодня нет необходимого взаимодействия между полицейскими и медиками, – говорит «Нашей Версии» эксперт Открытого института здоровья Кирилл Данишевский. – Это по-настоящему помогло бы врачам, которые рискуют здоровьем, а то и жизнью». В некоторых регионах пытаются работать именно так: в Красноярске бригады «Скорой помощи» охраняет милиция, сопровождая бригады в тех случаях, когда диспетчер сообщает о рисках сотрудникам. В других городах ведут речь о том, чтобы научить врачей приёмам самообороны.

Было предложение выдать врачам оружие, но в этом месяце законодатели такую инициативу «зарубили». 17 сентября Комитет Госдумы по безопасности и противодействию коррупции отклонил законопроект, касающийся обеспечения сотрудников «Скорой» средствами самообороны. Комментируя это решение, глава комитета Ирина Яровая посоветовала медработникам «углублять знания психологии и успешно применять их на практике». Надо признать, что и мнения самих работников о новом законопроекте, позволяющем врачам «Скорой помощи» выезжать на вызов с оружием, скорее скептические.

Кстати, во многих странах специальными правилами оговорены случаи, когда врачам можно выезжать на вызов без полиции, а в каких случаях потребуется сопровождение. В своё время инициатором идеи полицейского сопровождения выступил ирландский доктор Фред Максорли. Его программа по организации медицинского спецкурса обороны получила поддержку членов Королевского медицинского общества и представителей различных медорганизаций. И весь мир согласился, что нужен закон, который гарантировал бы медикам защиту от разного рода агрессии. В России действует полмиллиона врачебных обществ и организаций, ни одна из них не занимается страхованием или правовой защитой своих членов. «Медицинские сотрудники, которые получают травмы или заболевания на производстве, обычно не поддерживаются своими же организациями», – говорит президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский. Такой защитой могло бы стать государственное страхование врачей, но ничего подобного не происходит. «Медперсонал в муниципальных больницах сейчас не страхуют вообще», – говорят в Центре социальной политики Института экономики

РАН. А даже если у лечебно-профилактического учреждения есть ресурсы, оно не может потратить их на страховку врачей, так как это будет считаться нецелевым использованием средств.

«Для расследования очередных нападений на врачей в Минздраве создана специальная комиссия.»

(5 июня 2016 г., Первый канал)

Приравнять врачей к полицейским при исполнении обязанностей требует доктор Рошаль, а Минздрав создает спецкомиссию, пытаясь понять, как медиков защитить. Ведь на одной неделе - два нападения: в Иркутской области избита бригада «скорой помощи», помешавшая лихачу на дороге, в подмосковном Орехове-Зуеве - врачи, от которых «авторитетные» визитеры потребовали бросить больного и неотложно заняться их уважаемым родственником.

Сказать, что медицинское сообщество взбудоражено - не сказать ничего. Ведь проблему уже обсуждали год назад после нападений на врачей в Краснодаре и Симферополе, но ничего не решили, а легче не стало. Врачи даже писали в Госдуму - пусть хотя бы «скорой» охрану выдадут, на вызовы едем и не знаем, вернемся ли. Сейчас - снова. Кровь на белых халатах - от ножевых ранений.

«При каких обстоятельствах задержаны?» - спрашивают следователи.

«Не понимаю сам», - отвечает задержанный.

«Сегодня ночью где находились?» - звучит следующий вопрос.

«Дома спал», - отвечает человек перед камерой.

Вопрос в том, что было перед сном. Следователи считают, что этот человек участвовал в нападении на бригаду «скорой помощи» - медики, спешившие на вызов, оказались помехой на дороге.

«На этом месте нас обогнал и подрезал, остановил машину, впереди встал. Выскочил водитель и побежал сюда, врач у меня вышел. Они начали драться. Я начал выходить, с той стороны подъехал «Прадо», остановился сзади моей «газели», и выскочил мужчина в очках в черных», - рассказывает водитель «скорой».

Тот, что в очках, видимо, приехал помочь разобраться: врач «скорой» теперь лечится дома, санитар - в больнице. Нападавших нашли уже на следующий день - один сам явился с повинной и проходит по делу, как свидетель, второй задержан. Как выяснилось, проблемы с законом для молодого человека - не в новинку, ходил «по малолетке». Уголовное дело возбудили по статье «Хулиганство», максимальное наказание - до двух лет лишения свободы. И такие вот хулиганы на пути «скорой» встречаются все чаще.

«От всех этих случаев, я думаю, что никто не застрахован, то есть, у нас такая работа», - говорит фельдшер бригады «скорой помощи» Андрей Моисеенко.

Не застрахованы, как выяснилось, и коллеги иркутских медиков из Подмосковья. Избиение врача прямо в больнице в Орехово-Зуево попало в объектив камеры видеонаблюдения. Так родственники больного пытались поторопить докторов. Повадки мужчин крупного телосложения - явно из почти забытых 90-х, но эти «авторитетные граждане» и сейчас, похоже, не сомневаются, что очередь - не для них. Драка, как выяснилось, началась еще в рентген-кабинете, где в тот момент обследовали женщину, упавшую с большой высоты.

«Тот, который в белой майке, говорит - долго мы тут будем ждать? Ему в ответ сидящий со мной травматолог Гудков говорит - видите, стол еще занят, снимки делают больному. Диалога никакого не было. Человек в белой майке нанес несколько ударов Гудкову, он стал сползать со стула, потом я помню два удара мне по голове. После чего я потерял сознание», - рассказывает реаниматолог Олег Беляков.

Олег Беляков - в реанимации с сотрясением мозга. Всего пострадавших - трое. Буйного сопровождающего уже задержали. Здесь статья посерьезней - «Причинение вреда здоровью средней тяжести», до трех лет за решеткой. Вопросы у следователей есть и к сотрудникам ДПС, которые были рядом в том же коридоре и ничего не сделали.

«В отношении них назначено проведение служебной проверки, по результатам которой они будут привлечены к строгой дисциплинарной ответственности, вплоть до увольнения из органов внутренних дел», - сообщил сотрудник пресс-службы ГУ МВД России по Московской области Иван Красников.

Между двумя случаями в Иркутске и в Орехово-Зуево - всего несколько дней. Оба дела теперь на особом контроле в Следственном комитете, но таких историй десятки. У каждого медика по всей стране есть, что рассказать. Вячеславу Аршинову из Ярославля вроде бы удалось успокоить пьяного пациента и оказать помощь, но вот его жена оказалась куда агрессивней.

«У меня был перелом пястной кости. То есть, она нанесла удар каблуком. Я обратился в травмпункт, мне сделали снимок, посмотрели - у меня там перелом», - рассказывает врач «скорой».

В Череповце ситуация - почти под копирку: пьяная компания, угрозы и драка.

«Я вызвал полицию, и тут мне первая «плюха» прилетела в нос. Я развернулся к нему, очки успел снять, я опешил, я не ожидал такого. Ну, ладно там, матом выругались или еще чего-то... И все, и начал избивать меня. Бригада пыталась за меня вступить, но хорошо, что у меня

фельдшер не пострадала, девчонка, ее не тронули», - рассказывает врач выездной бригады «скорой помощи» Михаил Реутов.

На врачей «скорой» нападали даже с топором... Точной статистики не существует, но эксперты говорят, что число таких преступлений увеличилось за последние годы вдвое. Директор института детской травматологии Леонид Рошаль одну за другой перебирает истории из криминальной хроники. Он говорит - это уже становится системой, а значит, нужно что-то менять.

«Я внимательно прочитал закон «О полиции». И в законе «О полиции» есть конкретно пункт, что если кто-то нападает на полицейского, поднимает руку или угрожает, он карается за это. И, к очень большому сожалению, такого пункта, который касается врачей, нет. Я не знаю, в какой профессии еще есть столько негатива в этом плане, сколько по отношению к медицинским работникам у нас», - говорит Леонид Рошаль.

С идеей ужесточить наказание за нападение на медиков согласны и в Минздраве и обещали подготовить поправки в закон.

«Я дала задание своей службе Минздрава Российской Федерации проработать еще раз всю юридическую документацию и, возможно, разработать дополнительные подходы, которые оберегают медицинских работников, находящихся при исполнении своих служебных обязанностей», - сказала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Идея условно приравнять врачей к полицейским обсуждается не первый год - депутаты предлагали законопроект, но профильный комитет Госдумы его «завернул». Теперь медики надеются, что новая попытка их защитить все-таки окажется успешной, и тогда возможность жесткого наказания многих заставит задуматься.

«Подошел я к задней двери машины, чтобы вытащить носилки для возможной эвакуации, и в это время подбежал молодой человек в костюме жениха и с криками «Ты знаешь, кто я такой?!» нанес мне удар в голову», - рассказывает водитель «скорой помощи» Солнечногорска Михаил Цыганов.

Расследование уголовного дела, говорит Михаил Цыганов, за несколько месяцев не продвинулось, а тот вызов на свадьбу бригада солнечногорской «скорой» запомнит надолго. Врача и водителя избили за то, что, как казалась гостям, медики ехали слишком долго. На самом деле - 12 минут. Но даже если бы приехали через минуту, помочь отцу жениха было невозможно. Врачам лишь оставалось констатировать смерть. За 20 лет работы на «скорой» Михаил чего только не видел, и с угрозами сталкивается регулярно. Вот только жизнь в итоге расставляет все по местам.

«Подъехал мужчина на «джипе», начал оскорблять водителя «скорой помощи», что он тут живет, он тут стоит. Через пять минут спустил

ся с извинениями. Оказалось, что это к его матери приехала «скорая», забирать ее в больницу. Поэтому люди, вы, прежде чем «наезжать» на «скорую», подумайте, может, «скорая» едет к вашим родственникам; стоит у дома - может за вашим родственником приехала», - говорит Михаил.

«Тревожная кнопка» для белых халатов. Что спасет врачей от буйных пациентов и дебоширов?» (16 июня 2016 г., zakon1a.ru)

Максимальное наказание за нападение на врачей, педагогов, социальных работников до 10 лет лишения свободы предлагает установить депутат Госдумы РФ Олег Михеев. Это законодательный ответ на серию «дерзких и немотивированных» нападений на сотрудников «Скорой помощи», совершенных за последние два-три года.

В Иркутске хулиганы в ходе дорожного конфликта нанесли ножевые ранения сотрудникам бригады «неотложки». В Москве группа людей без объяснения причин яростно избивала медиков «Скорой». Двое подвыпивших полицейских на протяжении нескольких часов издевались над врачами «скорой помощи» в Новой Москве. Пьяные или одурманенные наркотиками негодяи тоже нападают на врачей. Так в Ноябрьске медиков, прибывших на вызов, насильно удерживали в квартире несколько человек, угрожая физической расправой и требуя отдать сильнодействующие и наркосодержащие препараты. Кстати, жертвами в результате таких происшествий могут оказаться не только сами медики, но и люди, которым вовремя не удалось оказать медицинскую помощь.

Поскольку, по мнению парламентария, врачи «Скорой» выполняют социальную функцию, «ничуть не менее ответственную и опасную, чем те же сотрудники полиции», врач должен быть «защищен не хуже полицейского...» Олег Михеев также предлагает отнести к категории лиц, которым при выполнении служебных обязанностей требуется законодательная защита, педагогов, фармацевтов и социальных работников.

Согласно поправкам в Уголовный кодекс, за угрозы или насильственные действия, не опасные для жизни и здоровья, может следовать наказание в виде лишения свободы на 5 лет, а если насилие признано опасным для жизни или здоровья – вплоть до десяти лет.

Ранее дополнить УК тремя новыми составами преступления: посягательство на жизнь медработника «Скорой помощи», применение насилия и оскорбление работников «неотложки» считали нужным депутаты законодательного собрания Вологодской области. За поднятую на работников «Скорой» руку предлагалось наказывать заключением на срок от двенадцати до двадцати лет либо пожизненно, а за оскорбление – штрафом до 40 тыс. руб.

Станет ли при ужесточении санкций безопаснее работа врачей «Скорой помощи»?

Или эффективнее приставить к ним, а также к педагогам, соцработникам, как и участковым терапевтам, совершающих обход пациентов на дому, полицейского для охраны, как предлагают блогеры?

Мнения экспертов

Рафаэль Марданшин, депутат Госдумы ФС РФ VI созыва («Единая Россия»), член комитета ГД по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству:

Наказание за нападение на медработников ужесточать уже некуда.

Позиция нашего профильного комитета состоит в том, что никаких дополнительных мер ответственности за нападения на врачей вводить не нужно. С учетом последних событий, когда происходили нападения на медицинских работников, наносили им побои, вред здоровью, конечно, мы понимаем, что это не простая ситуация, и из нее нужно как-то выходить, но те варианты, которые предлагались, не решают эту проблему. То, что предлагают, у нас в законодательстве уже есть. У нас уже предусмотрена ответственность за побои, за умышленное причинение вреда здоровью, и также законом предусмотрена ответственность за убийство. Кроме того, предусмотрена повышенная ответственность в случае, если медработникам причинен умышленный вред здоровью, побои, когда эти люди осуществляли служебную деятельность, выполняли общественный долг. В отношении таких категорий уже у нас в законодательстве предусмотрена повышенная уголовная ответственность. Когда человек осуществляет такие преступления против лиц, ведущих служебную деятельность, это является обстоятельствомотягчающим вину. И когда суд рассматривает такие дела, в таких случаях применяется повышенная мера ответственности для преступников.

В таких случаях очень важно, чтобы преступник был установлен. Во-вторых, важно, чтобы он был привлечен к ответственности по тем нормам закона, которые у нас уже есть. Очень важно, чтобы была необратимость наказания. Иногда бывает так, что преступник задерживается, привлекается к уголовной ответственности, но в процессе суда по какой-то причине или получает по минимуму или вообще уходит от ответственности. Вот это на самом деле более серьезная проблема. Преступник не должен уходить от ответственности. Должна быть необратимость наказания, чтобы все были равны перед законом. Вот этого должны все в первую очередь добиваться.

Куда уже больше увеличивать санкции за преступление, если за умышленное причинение вреда здоровью предусмотрено до 10 лет лишения свободы, за убийство до 15 лет, а если это произойдет, в том числе, в отношении медицинских работников, то там вообще предусмотрено до 20 лет лишения свободы. А кроме этого суд может присудить и пожизненную меру, и такую меру как смертная казнь. Дальше-то куда ужесточать?

Николай Марченко, член Ассоциации частных клиник Москвы, генеральный директор Клиник Доктор АННА:

Для защиты врача важно грамотно использовать все доступные средства

О проблеме безопасности врачей нужно говорить в комплексе. Защитить врачей было бы неплохо в целом. Прежде всего я бы воспользовался теми возможностями, которые уже существуют.

Во-первых, у многих врачей, в том числе, и учителей возникает такая ситуация, что даже если что-то случается, они не знают, куда обратиться. Поэтому неплохо было бы в принципе создать какой-нибудь комитет правовой юридической поддержки работников социальной сферы, куда люди могли бы обращаться и фиксировать случаи, чтобы была оказана правовая поддержка. Даже если произошло что-то не очень серьезное, неприятный инцидент, важно, чтобы человеку разъяснили и поддержали его. Многие люди просто могут отказываться работать из-за неуверенности в получении какой-то поддержки и защиты.

Также специалисты колл-центров могут опасные вызовы на этапе звонка отличать. Конечно, это не 100% защита, но нужно обучить специалистов колл-центров это дело дифференцировать.

Также есть технические возможности связывать звонок пациента с его прошлыми звонками, с историей болезни. Соответственно можно создавать черный список тех телефонов, с которых регистрировались некорректные обращения куда-либо. Это можно делать вообще на уровне государства или региона. Общую базу такую создать. Сейчас средства коммуникации - это уже позволяют.

Ранее обсуждался вариант снабжения медработников шоковыми баллончиками. Но тут вопрос такой – в чьих руках это все окажется. Если это женщина, то у нее баллончик можно отнять, и неизвестно, поможет он или наоборот.

Также мы усиливаем навигационный контроль, на всех автомобилях стоит ГЛОНАСС, смотрим, где они находятся, в ночные часы можно усилить этот контроль и четко понимать, в каком месте находится автомобиль. И также важно, чтобы там была тревожная кнопка, на которую мог бы незаметно нажать водитель, врач, подать сигнал. Также в маши-

нах есть регистраторы видеонаблюдения. Они могут напрямую транслировать изображение на центральный пульт. Это будет и контроль за поведением врачей, куда они едут, отклоняются ли от маршрута, если что-то происходит, сразу это будет видно. А когда вышли из автомобиля, видеонаблюдение в подъездах использовать. На это тоже можно полагаться. Важно, чтобы все работало. А если что-то случилось, то надо освещать это в прессе публично и оглашать, какое было наказание преступнику, чтобы все понимали, что ситуация не окажется безнаказанной.

Андрей Винк, юрист, частный детектив, офицер милиции в отставке:

Само приобретение предмета, железки, оружия, неважно чего, не делает человека вооруженным. Должны быть еще и некие навыки. Не думаю, что врачи в свободное от работы время сразу пойдут тренироваться, применять и использовать.

Как правило, спецсредство тяжело применить, если ты не обладаешь определенными навыками и опытом, ну и определенной подготовкой соответственно, в том числе и оружие ограниченного поражения. Чтобы выстрелить в кого-то, надо быть хорошо подготовленным психологически, быть тренированным человеком, чтобы у тебя не отобрали это оружие и не применили против тебя. Это касается и спецсредств, и баллончиков. Электрошокер еще большая проблема, им нужно попасть в открытые участки тела.

У нас уже были попытки, говорили, что надо вооружить священнослужителей, врачей, почтальонов, еще кого-то. Почему у нас такая дискриминация по профессиональной деятельности? Это ничем не закончится, посмотрите на украинский опыт. У них в свое время очень мощное оружие самообороны ограниченного поражения, оно гораздо более мощное, разрешалось приобретать дружинникам и журналистам. Вся Украина «на секундочку» стала журналистами и дружинниками. Все принесли справки, что они внештатные корреспонденты, все стали дружинниками непонятных дружин и т.д. Это может привести к тому, что у нас все начнут устраиваться в скорую помощь и вооружаться.

Применение в ограниченном пространстве будет очень неэффективно. Если применить тот же газовый баллончик в лифте, подъезде или машине скорой помощи, то дозу газа получают все, в том числе и применяющий. Электрошокер еще сложнее.

Есть альтернатива, но мне кажется, наше государство еще к ней не готово, - вооружить всех законопослушных граждан лицензионным оружием. Лицензионная система уже очень хорошо отработала эту ситуацию очень давно. Но на это никто никогда не пойдет в России. У нас

последний раз свободный оборот короткоствола был запрещен господином Хрущевым в 1963 г., до этого трофейные пистолеты офицеры носили.

Увеличение наказания за нападение на медработников, это дискриминация. Если я врач, мне нельзя пробить голову, а если не врач, то можно. Нелогично, недемократично и неправильно с точки зрения законотворчества.

Инна Святенко, депутат Мосгордумы, председатель Комиссии по безопасности (Фракция Партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ»):

По статистике, на врачей нападают большей частью психически больные люди

Действительно, ситуация с безопасностью врачей очень серьезная. К большому сожалению, участились случаи нападения на врачей скорой помощи. Если посмотреть статистику, то можно говорить о том, что сама профессия, если работает врач на психиатрической скорой помощи, опасна. Возможны различные случаи агрессии, и нужно иметь достаточную подготовку для того, чтобы работать врачом по такому профилю, и некоторые уходят из профессии по этой причине. Если мы говорим об обычной карете скорой помощи, то, я вас уверяю, врачи уходят по разным причинам. Это и не устраивающий график работы для семьи, и какие-то другие причины, и чаще всего они не связаны с тем, что они считают свою профессию опасной.

Если говорить о статистике наказаний, то чаще всего те люди, которые нападают, находятся на учете в наркологической клинике, либо в психиатрии. Понятно, что они подлежат лечению, а не наказанию, поэтому они и не отбывают свой срок. А те, кто нападает на врачей скорой помощи и признаны дееспособными и адекватными, несут ответственность по полной программе. Потому что именно эта категория лиц наказывается в рамках Уголовного кодекса, а там все четко прописано, в связи с тем, какой они причинили вред здоровью врача. Если мы говорим об определенном заболевании, то лечение неизбежно и оно достаточно серьезное, люди находятся в специализированных клиниках, где у них тоже нет возможности свободного передвижения.

Если мы говорим об отягчающих обстоятельствах, то неоднократно законодатели предлагали внести изменения, чтобы нападение на врача скорой помощи было равносильно нападению на полицейского. Тогда более жесткие меры для гражданина, который осуществил нападение.

Но я хочу отметить, что статистика преступлений по отношению к врачам скорой помощи как раз говорит о том, что нападают люди в основном неадекватные, которые больны. Врачи, которые работают на скорой помощи, особенно по психиатрическому профилю, подготовле-

ны, и медбратья там порой выглядят как Рембо. Они осознанно выбрали эту профессию и прекрасно понимают, что она очень серьезная.

Спасти врачей от насилия предлагают через изменение общественного сознания

«Мособлдума готова помочь подмосковным врачам, но пока не знает, как.» (31 Мая 2016 г., ИА REGNUM)

Эксперты предлагают с помощью работы с общественным самосознанием защитить врачей от нерадивых пациентов, применяющих грубую физическую силу, как в стенах медицинских учреждений, так и в ходе визитов специалистов скорой помощи на дом. По мнению директора Института экономики здравоохранения ВШЭ Ларисы Попович, если изменений не произойдет, страна рискует остаться без специалистов, сообщает корреспондент ИА REGNUM.

«Это — серьезная проблема, требующая формирования в обществе нетерпимости к такого рода действиям. Нам нужно защищать своих врачей, иначе мы останемся вообще без специалистов. Мне кажется, что нужно работать с обществом. Нужно серьезно заниматься профилактикой правонарушений. О рецидивистах, вышедших из заключения, о среде наркоманов должно быть все известно, чтобы вызовы, поступающие от этих людей сопровождалась большим вниманием со стороны руководства скорой помощи или медицинского учреждения», — пояснила Попович.

Собеседник агентства также отметила, что для решения проблемы требуется ужесточение административного кодекса, однако пока необходимых изменений не произошло.

«Врачей необходимо обеспечить средствами самозащиты: небольшими электрошокерами, которые помогут спасти медицинских работников, потому что два человека: женщина и фельдшер не в состоянии справиться с толпой наркоманов, которые вызывают их Бог знает куда, и где они оказываются абсолютно беззащитными. Сейчас некоторые территории обеспечили врачей защитой и даже отслеживают системой ГЛОНАСС положение и ситуацию», — заключила эксперт.

Как, в свою очередь, отметил член комитета Мособлдумы по вопросам государственной власти и региональной безопасности Владимир Алексеев, наличие у врачей средств самозащиты не сможет решить весь комплекс существующих проблем.

«Такая проблема существует, но в Московской области, где произошел инцидент, никогда этим не занимались, ведь это — не наш уровень. Нужно отметить, что оснащение врачей средствами защиты лежит слишком на поверхности, ведь нужно иметь соответствующие разрешения, знать очень сложные инструкции. Это может стать одним из вари-

антов помощи медицинским работникам, но проблему это не решает. В законодательном отношении на нашем уровне мы ничего не можем сделать», — заключил парламентарий.

Как ранее сообщало ИА REGNUM, 28 мая в приемном отделении ЦГБ № 1 города Орехово-Зуево в результате нападения неизвестных пострадали трое медицинских работников. По данным ряда СМИ, сотрудники больницы, считают, что нападавшие были участниками местной ореховской группировки.

2. Как планировались, готовились и осуществлялись убийства врачей на рабочих местах

Уважаемые коллеги! Вашего внимания заслуживают детали, проскальзывающие в материалах о подготовке убийств врачей в лечебно-профилактических организациях. Как замышлялись и готовились преступления, как пронеслось в больницу оружие, как убийцы «изолировали» жертву от внешней среды? Продумайте, как должен действовать работник, обеспечивающий охрану, для предотвращения таких опасных преступлений. Ответы на очень многие профессиональные вопросы дают положения приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 22 сентября 2011 г. №938 «Об утверждении единых норм и требований по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы».

«В Петербурге киллер расстрелял уролога и депутата-единоросса Бахтияра Адхамова.» (31 марта 2016 г., NEWSru.com)

Следователи Санкт-Петербурга завели уголовное дело по факту покушения на убийство политика и эскулапа Бахтияра Адхамова. В хирурга-уролога выпустили не менее шести пуль, когда он вечером вышел с работы.

Пострадавший депутат и член партии «Единая Россия» Бахтияр Адхамов был доставлен в военно-медицинскую академию. Там ему оказывается квалифицированная медицинская помощь, сообщает официальный сайт ГСУ СК РФ Петербурга.

По предварительным данным, преступники поджидали 44-летнего депутата возле 54-й поликлиники на улице Васенко, где работал Адхамов. Около 17:00 мужчина закончил прием пациентов и вышел на улицу. По пути к машине медик столкнулся с человеком, который достал пистолет и выпустил в него всю обойму.

Как пояснили в ГСУ СК РФ, «неизвестный преступник произвел не менее шести выстрелов из неустановленного оружия», а потом скрылся.

Раненого нашли прохожие, которые и вызвали скорую помощь. У депутата диагностированы множественные огнестрельные ранения го-

ловы, груди, живота, конечностей и таза. В тяжелом состоянии пострадавшего доставили в операционную.

По факту нападения и стрельбы возбуждено уголовное дело по ч. 3 ст. 30, ч. 1 ст. 105 УК РФ («Покушение на убийство»).

У оперативников есть описание киллера. Речь идет о мужчине ростом 190 сантиметров, в темно-серой куртке, с темно-синим шарфом в белую полоску, с наплечной сумкой.

«Заказать» Адхамова могли по разным причинам. Например, врач вел бизнес, который сильно зависел от госконтрактов. Нельзя исключать и версию о мести со стороны пациентов. Ранее в Петербурге уже убивали медиков по таким мотивам. Так, минувшей осенью в больнице РЖД был застрелен заместитель главврача по хирургии Александр Ремизов. Его убил бывший подводник, недовольный результатом пластической операции, связанной с удалением горбинки на носу.

Бахтияр Адхамов родился в Казахстане. В 1997 году он окончил факультет подготовки врачей для военно-воздушных сил ВМА. В 54-ю поликлинику Адхамов устроился в 1998 году. А спустя 11 лет врач пошел в политику, избравшись муниципальным депутатом Финляндского округа.

В 2011 году Адхамов окончил Северо-Западную академию госслужбы, получив второе образование юриста. С 2014 года он преподавал в ВМА.

До врачебной и политической карьеры Адхамов активно занимался строительным бизнесом и являлся учредителем нескольких фирм.

До 2013 года потерпевший был основным акционером компании «Этал», получавшей подряды районных администраций, поликлиник, школ, государственных учреждений на ремонт помещений. В том же году сумма заключенных контрактов составила 54 млн рублей.

«Стали известны подробности расстрела врача в Санкт-Петербурге.» (31 марта 2016г., REN.TV)

Злоумышленник выстрелил в медика более шести раз. Следственный комитет возбудил уголовное дело по факту расстрела врача-уролога на пороге поликлиники в Санкт-Петербурге. Дело возбуждено по статье «Покушение на убийство».

Как сообщили в пресс-службе регионального СК, по предварительным данным, злоумышленник выпустил в медика не менее шести пуль. С ранениями врача доставили в больницу.

Врач выжил, его жизни ничего не угрожает. Как оказалось, оружие, из которого его расстреляли, было травматическим.

Преступник с места происшествия скрылся.

В настоящий момент следователи устанавливают все обстоятельства произошедшего, ведется розыск злоумышленника.

«Суд Красноярского Края оставил на свободе пенсионерку, отомстившую врачу-урологу расстрелом из ракетницы»

(1 декабря 2009 г., NEWSru.com)

В Красноярском крае вынесен приговор престарелой женщине, которая пыталась убить уролога из мести. Осужденная считала его виновным в смерти своей сестры, а потому расстреляла медика из ракетницы.

Городской суд Минусинска приговорил 69-летнюю пенсионерку Розу Измайлову к трем годам лишения свободы условно, сообщает «Сибирское агентство новостей» со ссылкой на пресс-службу управления судебного департамента в Красноярском крае. Подсудимая признана виновной в покушении на убийство заведующего урологическим отделением Центральной районной больницы.

Как следует из материалов дела, в апреле 2009 года Измайлова выстрелила в потерпевшего из принадлежащего ей пистолета-ракетницы на почве личных неприязненных отношений.

«Она вошла в кабинет доктора и с расстояния 2 метра выстрелила в него из сигнального пистолета, - говорится в сообщении. - Горящая ракета обожгла лицо, шею мужчины и сломала ему ключицу».

Увидев, что первый выстрел не привел к смерти человека, Измайлова стала перезаряжать пистолет вторым патроном, но «в этот момент была обезоружена медицинской сестрой, вошедшей на шум в кабинет».

В суде мстительная пенсионерка рассказала, что причиной покушения на жизнь врача стала гибель ее сестры.

Еще в 2005 году сестра Измайловой заболела, после чего пенсионерка привела ее на прием к заведующему урологическим отделением. После осмотра врач отправил женщину домой, несмотря на боли в животе и повышенную температуру тела.

Через два дня сестру экстренно прооперировали от аппендицита. Затем последовали еще несколько операций, но у женщины развилось онкологическое заболевание, от которого она умерла в конце 2008 года.

Считая врача-уролога виновником всех несчастий, погубивших сестру, Роза Измайлова решила, что он непременно должен понести страшное наказание. Женщина нашла в кладовке пистолет-ракетницу и патроны к нему, которые она получала еще в то время, когда работала геодезистом-изыскателем. Вооружившись сигнальным пистолетом, она отправилась вершить возмездие.

На суде потерпевший доктор показал, что действительно в 2005 году к нему на прием приходила женщина с болями в области живота, но тогда он не установил признаков аппендицита.

Мужчина признал свою врачебную ошибку и отказался поддерживать гражданский иск о возмещении причиненного ему в результате выстрела физического ущерба.

Изучив материалы уголовного дела, суд квалифицировал действия Розы Измайловой по ч.3 ст.30 и ч.1 ст.105 УК РФ (покушение на убийство).

Назначая условное наказание, суд «учел характер и степень общественной опасности совершенного преступления, а также обстоятельства, послужившие мотивом преступления». Учтены были и личность виновной, мнение потерпевшего, состояние здоровья подсудимой, ее возраст и полное признание вины.

«86-летний Мисбах Сахабутдинов приговорен к 6 годам колонии строгого режима за убийство врача.»

(21 апреля 2016 г., temakazan.ru)

Набережночелнинский городской суд вынес приговор 86-летнему жителю поселка Новый Мусабай Мисбаху Сахабутдинову, обвиняемому в убийстве врача-травматолога. Судья оправдал старика по трем статьям из четырех предъявленных: покушение на убийство, незаконное изготовление, а также хранение и ношение огнестрельного оружия.

За умышленное убийство Мисбах бабай получил 6 лет и 3 месяца колонии строгого режима. Между тем, гособвинитель ранее просил лишить его свободы на 7 лет. Кроме того, Сахабутдинову предстоит выплатить 300 тыс. рублей потерпевшим в качестве возмещения морального вреда.

Установлено, что 8 июля 2008 года Сахабутдинов обратился в городскую поликлинику №4 с травмой пальца руки. Во время приема врач Андрей Железнов попросил мужчину снять тубетейку, так как пациент находился в кабинете, где для соблюдения санитарно-гигиенических норм необходимо снимать верхнюю одежду. Старик отказался выполнить просьбу врача, а также покинуть кабинет до оказания ему медицинской помощи. После этого пациента принудительно вывели из кабинета.

Затаив обиду, летом 2013 года старик изготовил пистолет, замаскированный под трость, и несколько патронов. В мае 2014 года он снова пришел к травматологу. Находясь в кабинете врача, Сахабутдинов положил на его рабочий стол замаскированное под трость оружие и нажал на спусковой курок, но благодаря неисправности выстрела не было.

Устранив неполадку, утром 11 декабря 2015 года Сахабутдинов приехал в больницу и стал ждать свою жертву возле входа. Увидев идущего на работу врача, старик выстрелил в него. От полученного ранения грудной клетки мужчина скончался.

Сегодня же было заслушано последнее слово Мисбаха Сахабутдинова. Бабай признал, что его поступок был ошибкой, и попросил прощения у семьи погибшего.

«Мой отец дожил до 96 лет, я тоже хотел дожить до 96 лет, но для этого мне надо еще 10 лет, но у меня уже не тот возраст, чтобы прожить 10 лет в тюрьме. И я еще борюсь со своими болезнями. Я прошу прощения у семьи Железнова, хотя знаю, что они меня не простят. Им тяжело, и мне тоже очень тяжело. У меня нет претензий к суду, к прокурору, к адвокату. Я признаю, что мой поступок был ошибкой».

«Врачебное сообщество автограда шокировано убийством коллеги: пенсионер свел счеты с врачом якобы из-за недолеченного пять лет назад пальца. Часть 1-я» (11 декабря 2015 г., Деловая электронная газета Татарстана «Бизнес Online»)

52-летний травматолог Андрей Железнов сегодня утром был застрелен в Набережных Челнах на пороге поликлиники №4. Убийцей врача, недавно открывшего собственную клинику, оказался обиженный 85-летний пенсионер Мисбах Сахабутдинов, который изготовил из трости одноразовое орудие мести. Как выяснилось, плохо говорящий порусски дед даже не скрывался — он спокойно дождался полицейских в фойе поликлиники и, когда дошла очередь, заявил: «Это я его убил».

«Подошел какой-то дед с тростью, прижал её к груди и выстрелил»

Известный в Челнах врач-травматолог-ортопед 52-летний Андрей Железнов был убит около 7:45 утра, когда шел на работу, на крыльце поликлиники №4. Как сообщает СК, подозреваемый и уже сознавшийся в убийстве 85-летний пенсионер Мисбах Сахабутдинов выстрелил из «самодельного огнестрельного гладкоствольного оружия в виде трости». По информации некоторых СМИ, трость была заряжена шурупами, однако, это была самодельная металлическая пуля, которая прошла Железнову через сердце. В настоящее время Сахабутдинов дает показания в следственном комитете, в отношении него возбуждено уголовное дело по ст. 105 УК РФ («Убийство»).

По первым итогам допроса помощник руководителя СУ СКР по РТ Эльвира Газизова сообщила, что зуб на травматолога у пенсионера из Тукаевского района появился еще пять лет назад. Подозреваемый тогда обратился к Железнову с травмой пальца и якобы не получил от врача необходимой помощи, из-за чего между ними и возник конфликт. Были ли после этого у пенсионера какие-либо еще обиды на врача, пока не известно.

Очевидцем сегодняшней трагедии стал дворник. По его словам, услышав выстрел, он подбежал к крыльцу, увидел врача, лежащего на снегу с кровью на куртке. Раненого на скорой увезли в реанимацию БСМП,

расположенную неподалеку, и срочно прооперировали. Однако спасти жизнь Железнова не удалось. По словам коллег, уже в скорой у него не прощупывался пульс. Заместитель главного врача БСМП по медицинской части Резеда Каримова рассказала, что в больнице он оказался уже в 8:20, но к тому времени находился фактически в состоянии клинической смерти — не дышал, не определялись ни пульс, ни давление. «Незамедлительно были начаты реанимационные мероприятия, через несколько минут он уже был на операционном столе, — сообщила Каримова. — Оперативное вмешательство оказалось безуспешным, в 8:55 врачам пришлось констатировать смерть — травма была несовместима с жизнью. Подобное огнестрельное ранение в сердце с гемотампонадой сердца, огромной кровопотерей, геморрагическим шоком четвертой стадии и большим кровоизлиянием в сердечную сумку не дало врачам шансов на спасение пациента».

На второй работе погибшего — в его собственном медцентре «Саулык+» — тоже слышали некоторые подробности от очевидцев. Заместитель Железнова Эльмира Минневалеева сообщила, что выстрел был произведен в упор. «Как мне рассказали, он в тот момент стоял возле 4-й поликлиники, разговаривал с кем-то из техперсонала. Девочки знакомые в окно его видели, у них окна как раз выходят туда, где он машину ставит. Одежда, говорят, была нараспашку. Девочки заметили, что он в хорошем настроении. Ждали, что он вот-вот придет, а его все нет. Как рассказывают, подошел к нему какой-то дед с тростью, прижал эту трость к груди врача и выстрелил. Прямо в сердце. Получается, тот человек его специально поджидал», — поделилась Минневалеева.

Пенсионера задержали сотрудники патрульно-постовой службы отдела «Комсомольский» полиции Набережных Челнов. Детали рассказал руководитель пресс-службы полиции автограда Артур Муллин. Как оказалось, дед никуда не скрывался. Когда полицейские приехали на место происшествия, они стали опрашивать очевидцев трагедии. Дед, выстреливший в Железнова, просто сидел в фойе поликлиники и, когда очередь в допросе дошла до него, прямо признался правоохранителям: «Это я его убил». Полицейские, глядя на дряхлого деда, сначала не поверили своим ушам. Да и сам убийца плохо говорил по-русски, так что допрос пришлось вести на татарском языке. Из чистосердечного признания подозреваемого они и узнали, что он сам изготовил самодельное орудие преступления, которое стреляет только один раз. Как сообщил Муллин, подозреваемый в убийстве активно сотрудничает со следствием. Кроме статьи «Убийство» к нему применяют и другие статьи Уголовного кодекса, касающиеся незаконного изготовления, хранения и перевозки оружия.

Отметим, что на происшествие незамедлительно отреагировал и минздрав РТ. Замминистра Ринат Залалдинов уже находится в На-

бережных Челнах по поручению министра здравоохранения РТ Аделя Вафина. Об этом сообщили в пресс-службе министерства. От других комментариев в ведомстве пока воздержались, объясняя это интересами следствия. Сам министр выразил соболезнования через «Татар-информ», заверив, что семье погибшего будет оказана помощь.

«Суд в Татарстане приговорил 85-летнего Мисбаху Сахабутдинова, обвиняемого в убийстве врача, который во время приема попросил его снять тубетейку, к шести годам и трем месяцам лишения свободы»

(21 апреля 2016 г., РИА Новости)

По материалам дела, 8 июля 2008 года Сахабутдинов с травмой пальца руки обратился за медпомощью в городскую поликлинику № 4 в Набережных Челнах. По информации следствия, во время приема врач-травматолог попросил мужчину снять тубетейку. Однако обвиняемый отказался выполнить просьбу врача, а также покинуть кабинет до оказания ему медицинской помощи. В результате пациента вывели из кабинета.

Пенсионер, по данным ведомства, затаив обиду, изготовил пистолет, замаскированный под трость. В мае 2014 года он снова пришел к травматологу и попытался его застрелить, но оружие оказалось неисправным. В декабре декабря 2015 года Сахабутдинов выстрелил в идущего на работу врача, который от полученного ранения скончался.

«Приговором Набережночелнинского городского суда Сахабутдинову назначено наказание в виде 6 лет и 3 месяцев лишения свободы», — говорится в сообщении.

«Брат и сестра решили убить врача из-за неудачного лечения алкоголизма.» (11 февраля 2016 г., saratovnews.ru)

В Саратове осуждена женщина, которая вместе со своим братом участвовала в убийстве медицинского работника. Дело вели сотрудники Следственного отдела по Октябрьскому району города СУ СКР по Саратовской области. 45-летнюю Елену Григорьеву обвиняли в пособничестве в убийстве, совершенном в связи с осуществлением потерпевшей служебной деятельности (ч. 5 ст. 33 УК РФ – п. «б» ч. 2 ст. 105 УК РФ), незаконное приобретение, хранение и ношение огнестрельного оружия и боеприпасов, совершенное группой лиц по предварительномуговору (ч. 2 ст. 222 УК РФ), незаконные приобретение, хранение и ношение взрывных устройств, совершенное группой лиц по предварительномуговору (ч. 2 ст. 222.1 УК РФ).

По версии следствия, в марте 2014 года 54-летний мужчина решил совершить убийство врача одного из специализированных медучрежде-

ний Саратова. Пациент был недоволен качеством лечения его от алкогольной зависимости.

Для совершения противоправных действий он привлек свою сестру Елену Григорьеву, которая была его сестрой. Для подготовки к совершению преступления, злоумышленница нашла в специализированной информационной базе адрес проживания врача, которого брат и сестра решили убить.

Действуя совместно и согласованно, 27 марта 2014 года в вечернее время Григорьева со своим братом прибыли по адресу проживания потерпевшей. Когда женщина открыла входную дверь, злоумышленник выстрелил в область ее головы. Затем вместе с сестрой он скрылся с места происшествия. От полученных ранений пострадавшая скончалась на месте.

По данным следствия, анкетные данные потерпевшей полностью совпадали с анкетными данными медицинского сотрудника, которого намеревались убить злоумышленники. Кроме того, потерпевшая также являлась сотрудником медицинского учреждения.

В сентябре 2015 года мужчина совершил суицид. Во время осмотра его квартиры были обнаружены боеприпасы, взрывчатые устройства, оружие, в том числе то, из которого были совершены выстрелы в потерпевшую. В связи со смертью 54-летнего мужчины, уголовное преследование в отношении него было прекращено.

Суд приговорил Григорьеву к 16 годам лишения свободы в колонии общего режима с ограничением свободы сроком на 2 года, сообщает пресс-служба СУ СКР по Саратовской области.

«Взрывной пациент»

(Российская газета - Федеральный выпуск №5919 (246))

Присяжные единодушно признали виновным больного, «заказавшего» заведующего отделением областной больницы

Больному стало хуже, и он... «заказал» врача - дикий, но совершенный реальный случай в Новосибирске. Инвалида, который чуть не отправил на тот свет заведующего отделением гемодиализа областной больницы Наталью Пикалову, судили присяжные. Вердикт вынесли быстро: единодушно признали пациента виновным и не заслуживающим снисхождения.

...Возможно, Владимир Панченко надеялся на то, что его пожалеют. Он вне всяких сомнений - несчастный больной человек. Хроническое заболевание почек в пятой стадии. Проходит лечение на аппарате «искусственная почка» - мучительная, но при этом - жизненно необходимая процедура. Говорят, гемодиализ, без которого почечным больным не выжить, переносится очень тяжело. Кроме всего прочего, больные стра-

дают от кожного зуда, от которого хочется лезть на стенку. Недаром в отделении гемодиализа есть психолог: пациенты этого отделения нуждаются в поддержке, каждый из них - в длительной психотравмирующей ситуации. Возможны любые срывы. Срыв Владимира Панченко едва не погубил несколько человеческих жизней.

Всего этого, возможно, не произошло, если бы Панченко в юности не отслужил в морской пехоте - воевать его научили. Или не будь у него друга-«афганца». Друг умер от туберкулеза, а в наследство от него осталась боевая граната. Владимир Панченко хранил ее, по собственному признанию, «на всякий случай».

Случай морпеху представился. Утром четвертого августа прошлого года эта самая осколочная РГД-5 взорвалась под машиной врача Натальи Пикаловой, едва она тронулась с места. Женщина осталась жива только благодаря счастливому стечению обстоятельств.

- Граната была укреплена в максимальной близости к бензобаку, - рассказал «РГ» гособвинитель Дмитрий Вдовин. - По мнению эксперта, допрошенного в суде, это 90-процентная гарантия того, что машина сдетонирует и сгорит, а человек в ней погибнет. Кроме того, автомобиль был оснащен газовым баллоном - если бы он взорвался, пострадала бы не только машина, но и дома рядом с парковкой. К счастью, взрывом не задело ни бензобак, ни газовое оборудование.

Еще одно счастливое совпадение - в то утро сын Натальи Пикаловой не сидел, как обычно, на заднем сиденье маминой машины; он накануне остался у бабушки.

Думал ли 24-летний работник СТО Игорь Прудников, который ночью по «заказу» Панченко устанавливал гранату под днищем иномарки врача, о возможных последствиях? По его словам, переживал. Но, видимо, не очень. Тем более что получил за это поручение 50 тысяч рублей. И купил себе «восьмерку» - вот это удача. «Провернул одну тему, с деньгами теперь проблем не будет», - хвастался подруге. «Тема» - уничтожить женщину и, возможно, ее ребенка... И гордо разъезжать потом на купленных «Жигулях».

Возможно, ни Игоря Прудникова (присяжные также сочли его виновным и не заслуживающим снисхождения), ни Владимира Панченко никогда не заподозрили бы в этом преступлении. Но у пациента была цель - «уволить» Наталью Пикалову, которая не связала покушение с собственной профессиональной деятельностью и продолжала ходить на работу. Поэтому спустя полтора месяца Игорь Прудников по просьбе Панченко начал ей звонить. «Из-за тебя у меня умер родственник». «Заказывай гробы себе и сыну». «Сейчас твоя хата загорится» ...

Граната была укреплена рядом с бензобаком, а это 90-процентная гарантия того, что машина сдетонирует и сгорит, а человек в ней погибнет

Эти звонки правоохранительные органы отследили, хотя Прудников каждый раз покупал телефон и сим-карту, оформленную на другого человека.

В конце концов Панченко своего добился - когда Наталья Пикалова узнала, кто организовал подрыв ее машины, ушла в другую больницу. Не смогла остаться в том отделении, где он лечится до сих пор. «Стало вам после этого лучше?» - спрашивали в суде у Владимира Панченко. «Нет», - отвечал пациент.

...Он лечится в отделении гемодиализа облбольницы с 2004 года. Наталья Пикалова заняла должность заведующей в 2010-м. Тогда же Панченко стало хуже - «ломало», по его признанию, после каждой процедуры. По его словам, Наталья Пикалова отказала ему, когда он просил поставить на аппарат гемофильтры, купленные им самим, - мол, не положено. Вот он якобы и хотел припугнуть ее, чтобы на ее место пришел «ответственный специалист».

Не исключено, что в этой истории с покушением не обошлось без чужого влияния. Больными с надломленной психикой легко манипулировать. Наталью Пикалову на руководящей должности сменила лечащий врач Владимира Панченко. Ее допрашивали в суде, и она первым делом заявила, что Наталья Пикалова «сама виновата».

«Они воюют, а я между ними», - обронил в последнем слове Владимир Панченко.

Но дело, конечно, не в маленькой войне за должность заведующего отделением. Покушение на врача, если отвлечься от деталей, - отвратительная изнанка ситуации, в которой существуют почечные больные в регионе. «Мы не хотим умирать тихо - мы будем умирать громко», - говорит Марина Лебедева, представитель межрегиональной общественной организации «Нефро-лига» в Новосибирской области.

Эта ее страшная фраза - конечно, не о Владимире Панченко. Это в целом. По словам Марины Лебедевой, Наталья Пикалова была скорее приятным исключением среди медиков - как могла, сопротивлялась тому, что в больницы поставляли некачественные и дешевые расходные материалы для диализа («Нефро-лига» боролась с этим явлением по всей стране, и Новосибирск не был исключением). «Но в целом врачи продолжают относиться к нам так - зачем тратить деньги на этих смертников?» - с горечью констатирует Марина Лебедева.

По ее словам, в Новосибирской области до сих пор не принята комплексная программа развития нефрологической службы - несмотря на обещания ее принять, которые власти дают из года в год. Больные стоят

в очереди на жизненно необходимый им гемодиализ. По официальным данным, в очереди 120 пациентов, по данным Марины Лебедевой, нуждающихся в разы больше. Оборудование буквально работает на износ, больных принимают в три смены. В области необходимо строить новые центры гемодиализа, решать вопрос с транспортировкой пациентов из отдаленных районов, но проблема, как утверждает Лебедева, «замыливается». И когда-нибудь выйдет из-под контроля, если не принимать грамотных управленческих решений.

Остается добавить, что о наказании, которое в итоге получит пациент- «заказчик», станет известно на заседании суда, назначенного на 12 ноября.

«В Новосибирске недовольный пациент «заказал» своего врача.» (25 декабря 2013 г., «Аргументы и факты»)

Вынесены приговоры по громкому делу: покушение на врача областного центра. Владимир Панченко получил 7 лет 11 месяцев условно, а непосредственный исполнитель Игорь Прудников приговорен к 10 годам строгого режима. Преступники пытались избавиться от врача, прикрыв гранату к его автомобилю.

Владимир Панченко с 2004 года проходит лечение на аппарате «искусственная почка» - это мучительная, но неизбежная процедура. Более того, больные хронической почечной недостаточностью (ХПН) вынуждены записываться в очередь и ждать, пока не освободится место на аппарате искусственной почки - то есть не умрет более тяжелый товарищ или кому-то сделают операцию по пересадке почки.

После процедуры гемодиализа больным, случается, становится значительно хуже - качество процедур зависит от качества фильтров, используемых в аппарате, а также от качества водоочистки. Больные нуждаются в поддержке, недаром в отделении с ними работает штатный психолог.

Состояние Владимира Панченко ухудшилось в 2010 году, когда должность заведующей отделением заняла Наталья Пикалова. Его «ломало» после каждой процедуры. Тогда он на свои средства купил фильтры для гемодиализа и предложил поставить их на аппарат. Заведующая ему в этом отказала.

По словам Марины Лебедевой, представителя межрегиональной общественной организации нефрологических пациентов «Нефро-лига» в Новосибирской области, она действительно не имела права этого делать:

- Ведь неизвестно происхождение этих фильтров, условия, в которых они хранились. А если бы пациенту стало из-за них хуже, кто бы был виноват? Врач!

Возможно, возникшая неприязнь пациента к заведующей отделением гемодиализа имела и внешнюю причину, ведь должность заведующего впоследствии занял лечащий врач Владимира Панченко. Впрочем, это решительно опровергает адвокат Панченко Денис Садовский: «Это все ерунда. Иначе бы этот врач тоже оказался на скамье подсудимых».

Граната для увольнения

Как бы то ни было, Владимир Панченко решил избавиться от заведующей. По словам Дениса Садовского, речь не шла об убийстве, но это противоречит выбранному способу расправы. Государственный обвинитель Дмитрий Вдовин рассказал, что граната РГД-5 была укреплена в максимальной близости от бензобака машины Натальи Пикаловой.

По мнению эксперта, допрошенного в суде, это 90-процентная гарантия того, что машина детонирует и сгорит, а водитель погибнет.

Граната Владимиру Панченко досталась от умершего друга - «афганца», а воевать его научили в морской пехоте, на срочной. В качестве исполнителя Панченко привлек 24-летнего Игоря Прудникова. Подробно объяснив, как закрепить гранату так, чтобы она взорвалась с началом движения автомобиля, заказчик передал ее исполнителю, отвез его во двор дома, где жила Пикалова, и показал машину жертвы. За «работу» Прудникову было заплачено 50 тысяч рублей.

Преступники не посчитались с тем, что от осколков гранаты могли пострадать люди, находящиеся во дворе (покушение произошло утром, когда женщина отправлялась на работу).

Более того, потенциальной жертвой был сын Натальи, который лишь по счастливой случайности накануне остался у бабушки. Автомобиль Nissan Bluebird был оборудован еще и газовым баллоном, а от его взрыва разрушилась бы не только машина.

Благодаря невероятной удаче Наталья Пикалова при взрыве не пострадала - бензобак не взорвался.

Так как она не связала покушение со своей профессиональной деятельностью, то продолжала спокойно работать. А поскольку Панченко хотел «уволить» жертву, то он продолжил ее преследование, но уже другим способом. Он трижды выдавал своему подельнику деньги на покупку телефона и сим-карты. Игорь Прудников звонил и угрожал: «Сейчас твоя хата загорится», «Заказывай гробы себе и сыну» ... Именно благодаря этим звонкам правоохранительным органам и удалось отследить и найти преступников. Если бы Панченко не продолжил преследование жертвы, то, возможно, не попал бы в круг подозреваемых.

Все-таки пациент своего добился: узнав о причине покушения и угроз, Наталья Пикалова уволилась и перешла работать в другую больницу. На вопрос, стало ли ему лучше после этого, Панченко на суде признался: «Нет». Кстати, по медицинским показаниям у него планирова-

лась операция в Москве, пока ее отложили. Будет ли обвинительный приговор препятствием?..

Приговор организатор покушения на убийство выслушал спокойно. Может быть потому, что знал: у нас есть зоны «туберкулезные» и «психиатрические», но нет «почечных», а может быть потому, что остrotу восприятия притупило все ухудшающееся здоровье. Назначив реальный срок наказания, суд бы обрек Владимира Панченко - пропуск 3–4 процедур диализа грозит ему смертью.

«В Магадане убит заведующий отделением областной больницы.» (12 августа 2015г., Первый канал)

Пожилый пациент застрелил врача из обреза, а затем - покончил с собой. Коллеги погибшего не сразу узнали о трагедии. Выстрелов из-за металлических дверей никто не слышал.

Коллеги хватились заведующего отделением урологии, потому что его долго не было видно. Пытались дозвониться - трубку Владимир Третьяков не взял. Но звук телефона слышали из его кабинета.

«Кабинет его оборудован двумя металлическими дверьми, которые оборудованы несколькими врезными замками. Были вызваны сотрудники МЧС, которые через окно проникли в кабинет и обнаружили фактически два тела», - сообщил заместителя руководителя следственного отдела СУ СК России по Магадану Вадим Лунёв.

Как произошло убийство, следователи уже выяснили. Некий пациент пришёл к доктору Третьякову. И выстрелил практически в упор, закрыл кабинет и застрелился сам. Ему как-то удалось пронести в больницу обрез и не менее десятка патронов. Была ли в здании охрана на тот момент, - пока неизвестно.

«На месте происшествия был найден пакет, в котором находился патронташ с не отстрелянными патронами. Несколько патронов находилось в карманах его куртки. Следствием опрошены очевидцы, которые наблюдали его незадолго до случившегося, в том числе медицинский персонал, который подтвердил, что мужчина находился в эмоционально нестабильном состоянии, на взводе», - сообщила исполняющая обязанности старшего помощника руководителя СУ СК России по Магаданской области Ольга Денисова.

По предварительной версии, у убийцы была доброкачественная опухоль - аденома простаты. Он настаивал на операции, но врачи отказались делать её немедленно. Пациенту почти семьдесят, проблемы с давлением. Отправлять на стол хирурга в таком состоянии опасно. Во время операции могут развиваться тяжёлое кровотечение либо нарушения кровообращения мозга. Возможно, сработала классическая схема:

когда пациент тянет с лечением до последнего, но ответственность по-
том перекладывает на врачей

«То, что пациенту дали какое-то время, то есть, отсрочили опера-
цию на период восстановления или какой-то компенсации проявлений
гипертонической болезни - это вполне естественно. И в практике это де-
лается», - отметил заслуженный врач РФ Сергей Готье.

Первичную помощь пациенту всё же оказали. Установили катетер.
Но якобы убийца врача страдал от невыносимой боли. Сами медики не-
доумевают - откуда острая боль, если речь идёт об аденоме.

«Боль накладывает отпечаток на все. На то, что человек не может
работать, на то, что человек не может нормально общаться с окружаю-
щими. Он ссорится с родственниками, плохо спит», - говорит президент
Международной ассоциации изучения боли Иван Портнягин. На во-
прос, может ли такой человек решиться на убийство, Иван Портнягин
ответил: «Если это тяжелая боль и есть тяжелое психологическая со-
ставляющая, я думаю, что может».

Сейчас следователи изучают и историю болезни, и другие обсто-
ятельства жизни пациента, которые могли толкнуть его на убийство и
самоубийство. Про Владимира Третьякова известно, что он считался
высококласным врачом, Возглавлял отделение урологии магаданской
областной больницы десять лет.

В профессиональном медицинском сообществе это убийство вызва-
ло новый всплеск возмущения. Врачи в который раз предлагают вклю-
чить свою профессию в перечень служб, для которых существует поня-
тие «находится при исполнении». Чтобы ужесточить ответственность за
нападение на людей в белых халатах.

«СК озвучил основную версию убийства врача больницы РЖД в Петербурге.» (8 сентября 2015 г., INTERFAX.RU)

СКР Петербурга переквалифицирует статью расследования дела
о нападении на заместителя главного врача больницы РЖД в связи со
смертью потерпевшего, сообщил СК РФ во вторник.

«Предполагаемый мотив убийства - недовольство мужчины не-
сколькими проведенными в этой больнице пластическими операция-
ми», - говорится в сообщении.

Уголовное дело, возбужденное накануне по статье «покушение на
убийство», переквалифицировано на более тяжкий состав преступления
- статью 105 УК РФ (убийство).

В убийстве заместителя главного врача по хирургической части
больницы Александра Ремизова подозревается 34-летний Юрий Лебе-
дев.

«По данным следствия, днем в больнице, расположенной по проспекту Мечникова, Лебедев произвел выстрел из огнестрельного оружия в заместителя главного врача данной больницы, после чего застрелился. Врач был госпитализирован, но впоследствии от полученных ранений скончался», - отмечается в сообщении.

В настоящее время следователями устанавливаются и допрашиваются свидетели и очевидцы, назначаются необходимые экспертизы, изъяты видеоматериалы с места происшествия, произведены обыски дома у застрелившегося мужчины, проводятся другие мероприятия, направленные на установление всех обстоятельств произошедшего.

Как сообщалось, накануне мужчина пронес через охрану в больницу РЖД замаскированную винтовку, после чего выстрелил в грудь заместителя главврача, который курирует направление пластической хирургии. После этого, как отмечали в городской прокуратуре, мужчина застрелился сам.

Во вторник утром в больнице РЖД сообщили, что Ремизов скончался после ранения, полученного в клинике накануне.

«Убийца врача кроме ружья взял в больницу наручники и средства для пыток. Metro прочитало последнее письмо-претензию Юрия Лебедева, убившего врача Александра Ремизова.» (9 сентября 2015 г., metronews.ru)

Спустя два дня после трагедии со стрельбой в больнице РЖД в Петербурге прошло совещание с участием представителей прокуратуры. Свободный вход закрыли – теперь, чтобы проникнуть внутрь клиники, врачу необходимо встретить своего посетителя.

Стали известны новые подробности убийства врача Александра Ремизова пациентом больницы. Как сообщил источник в правоохранительных органах, Лебедев принес с собой в больницу не только обрез. В сумке у него находились наручники, ножи, средства для пыток и патроны.

В распоряжении редакции оказались фото Юрия Лебедева, а также последняя его претензия к врачам больницы, написанная убийцей собственной рукой.

Лебедев обратился за медицинской помощью в больницу РЖД пять лет назад.

- Сначала он консультировался в Военно-Медицинской академии, и ему посоветовали познакомиться со мной, - рассказал пластический хирург Иван Крайник. – Парень рассказал, что нос ему сломали в драке сослуживцы. Если бы я знал, чем закончится эта история...

Операцию делали по медицинским показаниям. Была сломана перегородка. Все прошло успешно. А через два года пациент вернулся в клинику и сообщил, что неплохо было бы приподнять ему кончик носа.

- В этом не было необходимости, но желание клиента – закон, - говорит Иван Крайник. – Провели обычную пластическую операцию. Спустя год Лебедев снова пришел, на этот раз его беспокоило оттопыренное левое ухо. После очередной операции ухо перестало торчать.

Но Юрий Лебедев не успокаивался. Он стал прислушиваться к своему организму и методично писал жалобы в больницу. Беспокойный пациент обращался как к лечащему врачу, так и к руководству больницы. Претензии были странные, медики вежливо отвечали, что опасения пациента не имеют под собой никакой почвы.

- Недавно Лебедев заявил, что у него болит внутренний носовой клапан, - говорит доктор Крайник. – Он явно читал медицинскую литературу и искал в себе признаки разных болезней. Я терпеливо объяснял, что внутренний носовой клапан в принципе болеть не может... В очередной раз попросил все претензии изложить в письменном виде.

Последнюю жалобу пациент Юрий Лебедев написал 5 сентября, за два дня до трагедии. Письмо изложено в форме вопросов (Метро приводит жалобу без изменений):

«Почему было произведено две операции вместо одной для получения сомнительного результата.

Почему произведены ассиметричные действия с левым ухом (по сравнению с правым)

Болею. Болезнь связана с эмоциональным стрессом (субфебрилитет убрал, моноциты скачут, болезнь серьезная).»

- Это письмо явно нездорового человека, - комментирует Иван Крайник. – Но, к сожалению, мы не можем направить человека к психиатру...

Врач подготовил вежливый ответ. За ним Юрий Лебедев пришел 7 сентября. С лечащим доктором они общались в коридоре. Затем пациент направился к кабинетам дирекции больницы. Но секретарь не пустила Лебедева к главврачу больницы Николаю Ефимову и тем самым спасла его от гибели.

Тогда Юрий отправился в кабинет Александра Ремизова, выстрелил начмеду в грудь, а потом покончил с собой - одним выстрелом в шею.

Александр Ремизов был тяжело ранен, его пытались спасти. Смерть наступила в три часа ночи 8 сентября.

По факту убийства следователи СКУ возбудили уголовное дело по статье 105. Проводятся следственные действия.

«В городе Прокопьевске расследуется убийство врача травматологической больницы.» (6 октября 2003 г., REGIONS.RU)

В городе Прокопьевске Кемеровской области расследуется убийство заведующего ожоговым отделением областной травматологической больницы. Он был убит выстрелом из самодельного ружья непосредственно на своем рабочем месте.

Как сообщает газета «Фронт», поздним вечером 25-го сентября 50-летний Геннадий Найдов, врач с многолетним опытом работы, вместе со своими коллегами дежурил в приемном отделении больницы, находящейся в городе Прокопьевске. Найдов заполнял историю болезни пациента, когда неожиданно раздался звон разбитого стекла. Пуля попала в голову потерпевшего.

Врачу была оказана первая помощь, затем его доставили в операционное отделение. Однако спасти жизнь медика не удалось. По словам сослуживцев убитого, их коллега был абсолютно неконфликтным человеком, отличным специалистом, пользовался уважением в коллективе. Поэтому медики не могут назвать причин, по которым было совершено преступление. Геннадий Найдов много лет проработал в железнодорожной больнице города Новокузнецка, но в последние годы выбрал местом своей врачебной деятельности прокопьевскую травматологическую больницу.

Выяснением обстоятельств произошедшего занимаются следственные органы. Возбуждено уголовное дело по ст.111 ч.4 «Причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее смерть потерпевшего».

«Убийство медиков в Симферополе.»

(28 сентября 2015 г. БЕЗФОРМАТА.RU)

В Крыму, 26 сентября, произошла жуткая трагедия: мужчина расстрелял из охотничьего ружья за считанные минуты бригаду скорой помощи, в результате нападения два человека погибли, – сообщает Главное следственное управление по РК.

На данный момент, подозреваемого в убийстве разыскивают правоохранительные органы.

Из материалов дела известно, что нападавший подъехал к станции скорой помощи на машине, вышел и открыл стрельбу по людям.

Санитар бригады погиб сразу, еще трое медиков оказались ранеными в различной степени. Через некоторое время, несмотря на оказанную оперативно помощь, скончался от повреждения брюшной полости фельдшер скорой – его ранение оказалось слишком тяжелым. Второго фельдшера бригады, раненного в голову, также оперативно прооперировали. Он еще очень тяжелый, но состояние стабилизируется, раненый еще в реанимации.

Под Симферополем оцеплено село Чистенькое, в котором проживает подозреваемый в убийстве двух медиков скорой помощи, сообщает РИА Новости.

Все въезды в село Чистенькое заблокированы, машины только выпускают из села. Правоохранители проверяют въезжающие и выезжающие из села автомобили, ходят по квартирам, магазинам и улицам.

Сотрудники полиции ищут Бекира Небиева, подозреваемого в расстреле медиков «скорой» помощи, в селе Чистенькое под Симферополем. На въезде в село стоят блокпосты правоохранителей, они проверяют людей и автомобили, осматривают машины и багажники.

Местные жители сообщают, что с самого утра дома и квартиры Чистенького обходят правоохранители в бронезилетах и с оружием. Они спрашивают у жителей села Чистенького, когда она видели в последний раз подозреваемого Бекира, и спрашивают у соседей, куда он мог податься.

Также полиция проверяет окрестности села и прилегающую лесную зону. Накануне милиция распространила ориентировку на подозреваемого Бекира Небиева.

Предполагаемый убийца сотрудников скорой в Крыму оставил на месте преступления записку со словами: «Это – месть, она давила мне на грудь». Подозреваемый ранее перенес микроинсульт и после этого вызывал скорую несколько раз в день просто для того, чтобы проверить давление.

В одной из больниц Твери пациент зарезал врача.»

(22 октября 2013 г., TverNews.ru)

ЧП произошло сегодня во второй половине дня в поликлинике клинической больницы скорой медицинской помощи в Твери. Убили 60-летнего врача-невролога.

Как рассказала очевидец события, в 14:20 начался прием у доктора-невролога Сергея Пономарева. К нему на прием зашел мужчина, в кабинете начался какой-то шум, но зайти в кабинет было невозможно, так как дверь была закрыта изнутри. Спустя какое-то время мужчина вышел из кабинета, сообщил ожидающим в коридоре, что врачу плохо, и скрылся. Когда люди зашли в кабинет, то увидели, что у врача перерезано горло.

Мужчина скончался на месте.

Предполагаемый убийца врача-невролога Сергея Пономарёва пока не пойман. В настоящее время в поликлинике клинической больницы скорой медицинской помощи города Твери работают следователи и сотрудники полиции, опрашивают свидетелей ЧП. К работе Сергей Пономарев приступил сегодня в 14.00. Подозреваемый в убийстве стоял к

врачу в общей очереди, на прием к неврологу он прошел вторым. То, что произошло далее, описывают очевидцы:

- Все произошло очень быстро, этот мужчина зашел в кабинет. Практически сразу мы услышали грохот, дверь была закрыта изнутри. На шум выбежала заведующая, которая стала стучать в дверь кабинета. Потом этот мужчина открыл дверь, спокойно вышел, сказал, что врачу плохо и поспешил скрыться. Заведующая тут же закричала «убили, убили». Народ, который находился на этаже, попытался его задержать, ему ставили подножки и хватали за пальто, но он сильный, вырвался и убежал.

Напомним, трагедия произошла на втором этаже поликлиники клинической больницы скорой медицинской помощи города Твери на ул. Семёнова, в кабинете №1. По сообщениям очевидцев, предполагаемый убийца ожидал приёма с 12:00. В 14:20 у Сергея Пономарёва начал принимать пациентов, мужчина был в очереди вторым. Следственным отделом по городу Тверь следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Тверской области по факту обнаружения в одном из кабинетов терапевтического отделения поликлиники скорой медицинской помощи, расположенной по ул. Семенова д.38 города Твери, тела 61-летнего врача невропатолога с признаками криминальной смерти, возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч.1 ст.105 УК РФ (убийство).

По версии следствия, 22 октября текущего года неустановленное лицо, находясь в одном из кабинетов терапевтического отделения поликлиники скорой медицинской помощи, расположенной по ул. Семенова д.38 города Твери, причинило 61-летнему врачу невропатологу указанной поликлиники несколько ударов колюще-режущим предметом в область шеи. От полученных телесных повреждений врач скончался на месте происшествия.

В настоящее время устанавливаются все обстоятельства совершенного преступления, и лицо к нему причастное. Расследование уголовного дела продолжается, сообщает пресс-служба СУ СК России по Тверской области.

Ранее Сергей Александрович Пономарёв возглавлял поликлинику, коллеги и пациенты отзываются о нём как о хорошем человеке и прекрасном специалисте.

«Кто убил лучшего в Екатеринбурге врача-акушера?»

(31 января 2012 г., ural.kp.ru)

Екатеринбургские роженицы стояли в очередь к Илье Васильеву и «передавали» доктора друг другу. Сам он обожал женщин и сменил пять жен. Но кто-то захотел его смерти

...Вот уже три часа поздним январским вечером я сидел возле лифта 16-этажного дома в Екатеринбурге, в очередной раз перечитывая городские интернет-форумы об убийстве врача Ильи Васильева. Двери лифта открылись, и на площадку вышли двое. Свет из открывшейся двери прорезал темноту, и я разглядел молодую девушку и высокого крепкого мужчину средних лет. Его голова словно была покрыта стальной пылью – вся седая!

- Извините, я ищу Ксению Зайтулину! – я встал в дверном проеме, чтобы они не смогли закрыть дверь.

- Ну, чего надо? Говори быстрее! – мужик оскалился.

Он явно не был настроен на дружелюбный разговор. Я еще раз подумал о том, о чем не забывал весь вечер: этот человек – один из подозреваемых в убийстве врача. Возможно, самый главный подозреваемый. И мне стало страшно...

Убийство

39-летнего врача 20-го роддома Екатеринбурга Илью Васильева убили 31 октября прямо в больничном дворе. После суточного дежурства доктор в четвертом часу дня засобирался домой. Выехать с работы они собирались вместе с бывшей женой Татьяной Биюн (она работает в том же роддоме). Таня одевалась и о чем-то беседовала с заведующей гинекологическим отделением. Илья вышел на улицу, завел машину и стал очищать ее от снега. В этот момент к доктору подошли неизвестные – двое или трое.

- Илья даже успел обменяться с ними парой фраз! – утверждает одна из сотрудниц больницы. - Возможно, он их знал, раз не побоялся повернуться к ним спиной!

Один из парней со всей силы ударил врача по голове куском арматуры. Доктор упал, а парни быстрым шагом направились по тропинке к дырке в заборе. Через минуту Татьяна с заведующим отделением вышли на улицу и увидели Васильева, истекающего кровью. Его сразу же перенесли в реанимацию, бороться за жизнь коллеги бросились лучшие хирурги больницы. Но не приходя в сознание, Илья скончался во время операции.

Убийцы врача не взяли ничего: деньги, сотовый телефон – все осталось.

Убийцы екатеринбургского врача-акушера, которому мстили «за травму младенца», приговорены к 8 - 18 годам колонии

«В Свердловской области вынесен приговор по громкому делу об убийстве врача-акушера Ильи Васильева.»

(20 февраля 2014 г., NEWSru.com)

Преступление организовал молодой родитель, считавший медика виновником родовой травмы его сына, которого доставали на свет щипцами.

По решению суда обвиняемый Альберт Зинатуллин проведет за решеткой 18 лет, а его сообщники Максим Пешуков и Валерий Ким - 16 и восемь лет, соответственно. Отбывать наказание все трое будут в исправительной колонии строгого режима, сообщает официальный сайт СК РФ.

Также суд ограничил свободу передвижения осужденных на 1 - 1,5 года после того, как они выйдут из колонии.

По уголовному делу проходил еще и четвертый подозреваемый, но его личность за почти три года расследования установить не удалось. Собранные в отношении подозреваемого материалы выделены в отдельное производство.

Как установлено судом, днем 31 октября 2011 года подсудимые и их неустановленный сообщник приехали на автомобиле «ВАЗ-2110» к муниципальному бюджетному учреждению «Центральная городская больница № 20 города Екатеринбурга», которое расположено на Дагестанской улице.

Злоумышленники дождались, когда 38-летний врач-акушер Илья Васильев вышел из здания больницы после рабочей смены и пошел на стоянку, где был припаркован его автомобиль Mazda. Эскулап стал очищать иномарку от снега, когда на него набросились трое злоумышленников.

Медику нанесли многочисленные удары металлическими трубами. Один из фигурантов дела наблюдал за окружающей обстановкой, чтобы предупредить сообщников о появлении посторонних лиц или сотрудников полиции. Потом он увез их с места преступления на автомобиле.

Илья Васильев получил тяжелую черепно-мозговую травму и скончался в реанимационном отделении своей больницы.

Чтобы обеспечить себе алиби, убийцы уехали из Екатеринбурга, однако их версию следователям удалось опровергнуть.

В ходе следствия также выяснилось, что в целях конспирации злоумышленники использовали медицинские маски.

Оперативники пришли к выводу, что подстрекателем к убийству выступил 44-летний Альберт Зинатуллин, который устроил над акушером «самосуд». Мужчина считал Васильева виновным в причинении родовой травмы его сыну, который появился на свет в марте 2011 года.

Как рассказал один из сотрудников 20-й больницы, злополучные роды «проходили с наложением щипцов», которые травмировали голову младенца. Однако медик считает произошедшее случайностью или злым роком. «Скорее всего, ребеночек изначально был очень тяжелый. Так получилось, что он пострадал, оставшись инвалидом», - добавил эскулап.

После долгих сомнений родители отказались от малыша, и его отправили в детскую больницу. Младенец прожил полгода, а 30 октября скончался. И уже на следующий день Илью Васильева нашли с проломленным черепом.

По иронии судьбы уже после убийства Васильева у Зинатуллиных появился еще один ребенок. Он родился здоровым.

Как выяснили следователи, жертву преступники караулили на протяжении 9 часов. В 6:00 они приехали к больнице. При этом «линчеватели» не знали, что Васильев уже находится на дежурстве.

В рамках расследования было допрошено около 50 свидетелей, в том числе медицинский персонал больницы и роженицы.

Илья Васильев проработал в больнице №20 шесть лет. Он считался опытным и талантливым врачом, а бывшие роженицы отзывались о нем с благодарностью. «Это был акушер от Бога, - рассказала екатеринбурженка Наталья, у которой погибший принимал роды в 2008 году. - Такие руки, как у него, Бог дает только самым лучшим своим детям».

Также допрашивались родственники и знакомые как погибшего врача, так и обвиняемых. Был проведен ряд экспертиз, в том числе судебно-медицинская, генетическая, судебные психиатрические экспертизы в отношении подсудимых (все трое признаны вменяемыми).

Оперативное сопровождение по уголовному делу осуществляли сотрудники областного главка полиции, входившие в следственно-оперативную группу. В интернете в четверг опубликован фрагмент допроса одного из обвиняемых.

Подозреваемым после задержания инкриминировали п. «ж» ч.2 ст.105 (убийство, совершенное группой лиц по предварительномуговору) и ч.5 ст.33, п. «ж» ч.2 ст.105 (пособничество в убийстве, совершенное группой лиц по предварительномуговору) УК РФ.

Присяжные признали достойным снисхождения только Валерия Кима, который в момент убийства «дежурил» в машине.

Ранее сообщалось, что фигуранты дела причастны еще к одному избиению. Днем 16 февраля 2012 года они прибыли на территорию екатеринбургского авторынка. Зайдя в ангар, злоумышленники потребовали от шести работников одного из коммерческих предприятий, чтобы они признали вину в образовавшейся крупной материальной недостаче. При этом доморощенные «детективы» избили потерпевших руками, ногами

и металлическими трубами. Впрочем, в последнем официальном релизе этот эпизод уже не фигурирует.

«Трагедия в подмосковной больнице – пациент убил врача, а затем застрелился сам.» (8 июня 2010 г., itv.ru)

Шокирующий случай в больнице подмосковного Пущино. Пациент застрелил из охотничьего ружья заместителя главного врача Алексея Мамонова, а затем покончил с собой. Убийца готовился к преступлению более суток — из дома он ушел, оставив предсмертную записку.

Кадры, снятые камерой видеонаблюдения во дворе больницы, позволили поминутно восстановить картину произошедшего: в здание поликлиники проходит Алексей Мамонов. Его будущий убийца Александр Забродин в это время стоит неподалеку. Потом он берет спрятанное под скамейкой ружье в холщевом мешке и идет следом. Спустя минуту в кабинете заместителя главного врача прозвучат выстрелы, а еще через несколько мгновений сотрудники больницы найдут тела двоих погибших.

Цветы у дверей кабинета тоже поставят коллеги врача, ошеломленные тем, что история болезни пациента Александра Забродина закончилась гибелью двух человек.

Врачам пушинской больницы Александр Забродин был давно и хорошо знаком. Здесь он несколько раз проходил лечение в связи с онкологическим заболеванием. Последний раз его выписали из больницы всего 6 дней назад. Тогда никто не мог предположить, что несколько дней спустя он вернется сюда с оружием в руках.

Главный врач больницы сегодня вспоминает, как увидел этого человека впервые. 3 года назад Александр Забродин обратился в клинику после операции, проведенной в больнице города Обнинск. Там ему удалили опухоль желудка. Но желаемого выздоровления это не принесло.

Геннадий Кудинов, главный врач больницы Пущинского научного центра РАН: «Он 2-3 раза находился на лечении у нас в хирургическом отделении, в терапевтическом отделении. Направляли его в институт МОНИКИ, в другие институты на консультацию, потому что он предъявлял очень много жалоб в связи с тем, что его преследуют боли — не дают ему спать, пить, есть и так далее».

Но полностью избавить мужчину от страданий врачи не смогли. Все лечебные процедуры, даже проведенная в пушинской больнице операция, приносили лишь временное облегчение. Мучительная болезнь, по мнению врачей, серьезно повлияла на характер их пациента.

Геннадий Кудинов, главный врач больницы Пущинского научного центра РАН: «То, что его заболевание за эти 3 года нарушило его психическую сферу, это однозначно. Он в течение примерно года, может быть, даже больше, вынашивал мысль, что я не хочу жить и так далее. У него

это часто было, что он не хочет жить. Мы даже давали команду, чтобы его посмотрели психиатры. Но в связи с тем, что он не представлял опасности общественной, его в психиатрическую клинику не клали».

Представители следствия уже нашли предсмертную записку, которую Забродин оставил своим родным. В ней он просит прощения и пишет, что больше не может терпеть эту боль. Очевидно, что в своей болезни убийца винил медиков и персонально Алексея Мамонова — одного из его лечащих врачей. За годы посещения больницы Забродин досконально изучил распорядок и знал, что утром встретит Мамонова в кабинете — тот каждый день приходил на работу без двадцати восемь.

В небольшом Пушкино эхо этих выстрелов услышал весь город. Алексей Мамонов был одаренным хирургом и среди жителей у него было немало благодарных пациентов. Нина Чередник лечилась у него год назад и как раз сегодня собиралась еще раз прийти на прием — но не успела.

Нина Чередник: «Он настолько любил свою работу, он настолько любил делать хорошее больным, нам всем, что мы с такой горечью прощаемся с ним... Нет слов прямо, не могу».

Сразу после происшествия, когда весть о гибели хирурга облетела городок, к больнице пришли сотни людей — тех, кто когда-то лечился у Алексея Мамонова. В больнице говорят, что простаться с ним придут тысячи — за годы работы врачом он никому не отказывал в помощи.

«В Петербурге сняли охрану с психбольницы - рецидивист зарезал сотрудницу. (2 августа 2004 г., NEWSru.com)

В Санкт-Петербурге снята охрана психиатрической больницы специализированного типа, где содержатся больные, совершившие тяжкие и особо тяжкие преступления.

Пациентов в психиатрическую спецбольницу привозят вооруженные сотрудники ГУИНа в закахгонах (часто в сопровождении кинологов с собаками). Уже в больнице пациенты оказываются один на один с медперсоналом, 95 процентов которого составляют женщины.

Если кто-то из больных (к некоторым из которых вполне применимо просторечное выражение «маньяки») занедужит, его везут в обычный городской стационар, где кладут на койку рядом с обычными людьми, отмечает издание.

Проходя мимо дома 9 по Арсенальной улице в Петербурге, мало кто задумывается, что перед ним одно из самых жутких мест в городе. Здесь проходят лечение люди, в большинстве своем совершившие тяжкие и особо тяжкие преступления: убийства, изнасилования, причинение тяжкого и особо тяжкого вреда здоровью, грабежи, разбой. Казалось бы, охраняться это место должно с особой тщательностью. И безопасность

должна контролироваться как по периметру учреждения, так и во всех внутренних помещениях. Однако все это в прошлом.

До 1989 года психбольница специализированного типа находилась в ведении Министерства внутренних дел. Служба охраны этого закрытого учреждения входила в структуру больницы и подчинялась главному врачу, у которого было два заместителя - по медицинской части и по охране. Весь медицинский персонал в то время носил погоны внутренней службы. В общем, спецбольница представляла собой единую структуру, где действовали жесткие правила режимного объекта повышенной опасности.

В здании имелась специальная комната, где хранилось огнестрельное оружие. Однако ввиду того, что контингент клиники - больные люди, огнестрельное оружие могло быть применено только в случае нападения извне. Дежурившие на каждом отделении и во всех помещениях охранники были оснащены спецсредствами - газовыми баллончиками, щитами, бронежилетами и резиновыми дубинками. Кроме дежуривших повсюду охранников, системой безопасности предусматривались тревожные кнопки. В случае ЧП охранник либо медицинский работник нажимал эту кнопку, и на место прибывала дежурная группа.

В 1989 году в связи с демократизацией и либерализацией еще тогда советского общества психбольница специализированного типа была выведена из состава МВД и переподчинена Министерству здравоохранения. Служба охраны была выведена из состава больницы, оставшись в подчинении Управления исполнения наказаний (на тот момент УИН входило в состав МВД), и стала называться «Отдел охраны».

Всего таких заведений в России семь. Первым в жизнь это решение начал внедрять бывший тогда начальником УИН Калининградской области Валерий Заборовский.

По словам главного врача Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением Минздрава России Виктора Стяжкина, при Заборовском охрана была сокращена в два раза и оставлена только по периметру объекта.

Обеспечение безопасности в помещениях больше в ее функцию не входило. Плюс у охранников отобрали спецсредства. «Я не знаю, - говорит Виктор Стяжкин, - насколько изменения, коснувшиеся охраны, связаны лично с Заборовским. Но по времени эти события совпали полностью. Более того, сейчас из нашей и без того урезанной охраны постоянно забирают людей для усиления других подразделений».

Кроме сокращения числа охранников были сняты и кнопки тревожной сигнализации.

Прогнозируемый итог: больной внезапно напал на сотрудницу больницы и начал резать ее ножом

Ранее совершивший разбойное нападение, грабеж и в отдаленном прошлом нападение на персонал психиатрической больницы (но не спецучреждения на Арсенальной) 30-летний Сергей Насибуллин работал на продовольственном складе больницы около года. Вольнонаемные женщины, которым Насибуллин помогал переносить тяжести, относились к нему нормально. «Он был всегда корректен, - скажут впоследствии руководству больницы две работницы продсклада, - вежлив. Всегда делал то, что ему говорили».

Утром 19 мая Насибуллин, как обычно, прошел осмотр. Никаких отклонений у него врач не усмотрел. Что произошло с ним дальше, неизвестно. В районе 12 часов пополудни, находясь на продовольственном складе, мужчина внезапно напал на работавшую с ним кладовщицу Ираиду Сизикову (на остальных работниц склада он по какой-то причине внимания не обратил) и начал, как сказали знающие об инциденте люди, «методично» резать ее ножом.

Проходивший мимо склада охранник, прапорщик внутренней службы Олег Мунтян, увидел происходящее и, вопреки действующим распоряжениям (охрана отвечает за безопасность только по периметру больницы), бросился женщине на помощь. Насибуллин ударил его ножом. Истекающий кровью Мунтян смог добраться до дежурной части, сообщил о произошедшем и потерял сознание.

Тем временем крики женщины услышал другой охранник. На пару с подоспевшим санитаром он смог вытащить израненную женщину. Воспользовавшись заминкой, Насибуллин закрыл дверь на склад и забаррикадировал ее. Следующим шагом больного стал поджог.

Ситуация становилась все более серьезной, ведь над продовольственным складом расположены пять отделений, где находились порядка 150 пациентов. На место приехал ОМОН и гуиновский спецназ «Тайфун». «Повалил дым, - вспоминает Виктор Стяжкин, - я подошел к спецназовцам и сказал, что надо что-то предпринимать. Ведь мы не знали, что он там поджег, а наверху 150 больных... А если б все разгорелось, как бы их потом спасали? Омоновцы сказали, что устранение подобных ЧП в их функции не входит».

«Тайфун» говорит: «У нас тоже ничего подобного не прописано», - рассказывает Стяжкин. - Разрешилась ситуация только после вмешательства прокурора города. Я слышал, как Николай Винниченко сказал кому-то по телефону следующее: «Перед вами, вообще-то, происходит преступление, а вы не знаете, кто там есть. Почему вы не делаете того, что вам положено делать?» Только тогда в дело вступил «Тайфун».

При штурме продсклада Насибуллин оказал сопротивление. До того как мужчину обезвредили, он успел бросить в бойцов «Тайфуна»

нож и большим разделочным топором разрубить защитный чехол спецназовского щита.

Находившуюся в крайне тяжелом состоянии Ираиду Сизикову госпитализировали в Военно-медицинскую академию. Туда же карета «скорой помощи» отвезла потерявшего много крови Мунтяна. Сейчас они оба проходят реабилитационное лечение. Как сказал главному врачу супруг пострадавшей, увольняться женщина не собирается и по выздоровлении вернется на прежнее место работы.

Сергей Насибуллин арестован. На сегодня он уже прошел амбулаторную экспертизу на вменяемость, но врачи отказались выносить какое-либо заключение, заявив, что необходимо стационарное обследование, которое на данный момент еще не произведено.

Как говорят в спецбольнице, после случившегося охранники стали заходить в отделения, но в случае каких-то агрессивных действий со стороны пациентов не предпринимают никаких шагов, чтобы помочь медперсоналу.

Сейчас в психбольнице специализированного типа на лечении находятся порядка 680 пациентов. Численность охраны раньше составляла 148 человек. Сейчас она сокращена на бумаге до 90 человек, реальная же численность охранников - 75, среди них очень много женщин.

«На Смоленщине судят пациента психбольницы, который в день дурака расстрелял женщину-врача.»

(14 октября 2011 г., newsru.com)

В Смоленской области завершено предварительное расследование уголовного дела, возбужденного в отношении пациента психиатрической лечебницы. Его подозревают в покушении на убийство. По данным расследования, 1 апреля преступник выстрелил в женщину-медика из ружья прямо в больничном кабинете.

В жестокой расправе над эскулапом подозревается 52-летний житель Смоленской области. Скорее всего его ждет принудительное лечение, решение о котором примет суд. Материалы уголовного дела уже направлены в судебное ведомство, сообщает официальный сайт следственного управления Смоленской области.

По версии следователей, днем 1 апреля 2011 года, который в народе именуется как День смеха или День дурака, пациент Смоленской областной клинической психиатрической больницы зашел в один из служебных кабинетов с ружьем в руках. Там злоумышленник выстрелил в грудь женщины-психиатра, к которой испытывал неприязненные отношения. «С полученными телесными повреждениями потерпевшая в тяжелом состоянии госпитализирована», - говорится в пресс-релизе.

В ходе проведенного обыска по месту жительства злоумышленника следователи обнаружили и изъяли целый арсенал: изготовленный самодельным способом пистолет, десять дополнительных зарядов к минометным минам времен Второй мировой войны, пригодные для производства выстрелов и взрыва.

В ходе расследования уголовного дела была назначена судебно-психиатрическая экспертиза, которая обнаружила у мужчины психическое заболевание. Душевный недуг не давал злоумышленнику возможности «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий», решили эксперты.

Содеянное квалифицировано по ч.3 ст.30 через ч.1 ст.105 (покушение на убийство) и ч.1 ст.222 (незаконное хранение огнестрельного оружия, взрывчатых веществ) УК РФ.

Отметим, что в официальном сообщении не говорится о том, каким образом невменяемому пациенту психбольницы удалось пронести на территорию медучреждения ружье и кто должен отвечать за допущенную халатность.

3. Самосудные расправы с пациентами на стационарах, граничащие с массовыми беспорядками

Нападения на больницы, в которых участвуют по несколько десятков молодых мужчин спортивного телосложения, действующих слаженно и организовано, представляют не меньшую опасность нежели убийства врачей на рабочих местах. Насколько пагубно повлияют на состояние здоровья пациентов нарушения лечебно-охранительного режима такие, как убийство обездвиженного пациента на больничной койке, зрелище луж крови, выслушивание призывов о помощи, беспомощность удерживающихся злоумышленниками медицинских работников и охранников? Каждый больной начинает понимать: он в храме здоровья беззащитен. Подобные случаи приобретают значительный общественный резонанс, получают огласку, сопровождаются митингами, демонстрациями, вызовом «к народу» первых лиц местной власти. В целом, заметно страдает авторитет власти.

«В тюменской больнице родственники погибшего студента-азербайджанца линчевали его оппонента.»

(2 июня 2014 г., NEWSru.com)

Студенты, отдохавшие в кафе «Баку», подрались с персоналом из-за того, что у них не хватило денег на оплату чека. Кавказцы отвезли своего земляка в больницу и устроили там погром, поскольку врачи оказались бессильны его спасти. А когда туда же доставили сотрудника кафе, толпа зарезала его на глазах у эскулапов Следователи Тюменской области выясняют обстоятельства убийств двух мужчин, произошедших после ссоры посетителей кафе с сотрудниками заведения. Обоих пострадавших в драке доставили в одну и ту же больницу, где после смерти клиента кафе толпа его родственников учинила самосуд. Роковая ссора могла иметь межнациональную подоплеку. По факту случившегося возбуждено уголовное дело по ч.1 ст.105 (убийство) и п. «ж» ч.2 ст.105 (убийство, совершенное группой лиц) УК РФ, сообщает официальный сайт регионального управления СК РФ. По данным начатого расследования, 29 мая около 23:00 студенты азербайджанской национальности отдыхали в кафе «Баку» в Тюмени. Когда пришло время платить по счетам, у молодых людей не хватило денег, пишет 72.ru со ссылкой на очевидцев.

Причем подошедшему официанту, представителю другой национальности, один из посетителей заявил, что якобы недоволен качеством обслуживания. Начавшаяся ссора вылилась в потасовку на улице, в которой приняли участие коллеги официанта. Один из отказавшихся платить студентов-кавказцев получил тяжелое ранение. Знакомые потерпевшего доставили его на своем автомобиле в областную клиническую больницу №2. Вместе с ним в медучреждение прибыли около 20 его родственников и приятелей. Врачи боролись за жизнь молодого человека, но спасти его не смогли. «В приемном отделении внезапно наступила его смерть», - сообщили следователи. В это время в ту же ОКБ-2 на карете скорой медицинской помощи доставили второго пострадавшего в уличной драке. «Однако знакомые и родственники первого погибшего напали на раненого в фойе приемного отделения медицинского учреждения, переместили его на улицу, где жестоко избили», - говорится в пресс-релизе управления СК РФ. Линчеватели также причинили пострадавшему колото-резаные ранения, от которых он скончался на месте. В следственном ведомстве утверждают, что личности участников самосуда уже установлены. В настоящий момент ведется их розыск. В рамках расследования будет проведен комплекс экспертиз. Произошедшее вызвало широкий общественный резонанс. В социальных сетях активно обсуждают «национальную окраску» инцидента, но в правоохранительных органах этот факт не афишируют. очевидцы отмечают, что перед расправой над вторым пострадавшим толпа из 20 человек устроила погром в больнице. «Узнав о смерти товарища, его знакомые и друзья начали все крушить, побили окна, переворачивали каталки», - утверждают свидетели. В больнице есть опорный пункт полиции, но его сотрудники не контролировали ситуацию и вызвали на помощь наряд. Однако второго пострадавшего привезли в клинику до того, как прибыла подмога. По словам очевидцев, пациента стащили с носилок и начали избивать прямо на глазах у врачей. «Затем раненого вытащили на улицу (пандус приемного отделения) и зарезали, вогнав нож в основание черепа», - утверждает один из свидетелей. После этого участники расправы спокойно разошлись.

«В Минводах задержаны 26 фигурантов дела о массовой драке в больнице.» (15 октября 2014г., LIFE.RU)

Всего правоохранители установили 33 участника нападения, в ходе которого был убит человек. Семь скрывшихся участников происшествия объявлены в розыск.

Правоохранители сообщили о задержании еще пяти человек, которые могут быть причастны к нападению на медперсонал больницы Минеральных Вод и жестокому избиению пациента в ночь с 20 на 21 сентября.

бря. Это 28-летний Арам Акопян, 42-летний Камо Хангулян, 39-летний Вреж Мирзоян, 21-летний Вагиф Гамзатов и 25-летний Сурен Оганезов. По версии следствия, все они вместе с Андраником Цаканяном и другими лицами ворвались в больницу Минеральных Вод и учинили там хулиганство. Всего с момента начала расследования были задержаны 26 из 33 установленных фигурантов.

— В рамках расследования уголовного дела о массовой драке в больнице Минеральных Вод, возбужденного по признакам преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 213 УК РФ («Хулиганство») и п. «а» ч. 3 ст. 111 УК РФ («Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью»), продолжается работа по установлению обстоятельств совершенных преступлений, всех участников конфликта, роли и степени участия в нем каждого из них, — сообщили LifeNews в СК РФ. — Таким образом, на сегодняшний день установлены все 33 фигуранта массовой драки в кафе и больнице Минеральных Вод, из них 26 задержаны. Остальные семь человек скрылись, в связи с чем объявлены следствием в розыск.

Жестокому избиению мужчины в больнице Минеральных Вод предшествовал конфликт в кафе «Евгения». Во время ссоры двое подозреваемых — Андраник Цаканян и Евгений Смирнов — поочередно ударили одного из посетителей бутылкой по голове. Получивший травму головы Роман Савченко вместе со своими приятелями Анатолием Ларионовым и Русланом Абдулжалиловым направились в минераловодскую больницу за медицинской помощью. Через некоторое время туда же отправились и Цаканян примерно с 30 сообщниками.

— Злоумышленники ворвались в больницу и избили находившегося в коридоре Анатолия Ларионова, а также нанесли телесные повреждения Руслану Абдулжалилову и медицинской сестре Нине Станке, — сообщили в Следственном комитете РФ.

Несколько дней спустя Анатолий Ларионов скончался от полученных травм. Убийство, попавшее на камеры наблюдения, вызвало сильный общественный резонанс. В Минеральных Водах прошел митинг, на котором горожане потребовали наказать всех участников нападения на больницу. Из-за траура по Анатолию Ларионову в Минводах отменили празднование Дня города. Позже уволили и наряд патрульно-постовой службы отдела полиции, который выезжал в кафе «Евгения» и не принял мер к участникам драки. По мнению руководства краевого ГУ МВД, полицейские могли предотвратить жестокое избиение в больнице, но халатно отнеслись к исполнению своих служебных обязанностей. Отметим, что из ранее задержанных по делу о массовой драке обвинение по статье «Убийство» предъявлено двум фигурантам — Андранику Цаканяну и Самвэлу Манучаряну. В отношении еще четверых задержанных возбуждены уголовные дела по статье «Хулиганство».

«Обвиняемые в громком убийстве в Минводах обматерили судью» (21 ноября 2015 г., ridus.ru)

Подсудимые по делу об убийстве в больнице на Ставрополье предприняли дерзкую попытку сорвать заседание суда.

В Ставропольском краевом суде со скандалом проходят слушания по громкому делу об убийстве в больнице города Минеральные Воды, которое произошло в конце сентября 2014 года. Подсудимые и их родственники попытались сорвать судебное заседание. Судье пришлось удалить из зала заседаний троих подсудимых, однако после этого волнения только усилились.

«Большинство остальных встали с мест и начали громко кричать, при этом били ногами и руками в стеклянное ограждение скамьи. Подсудимые также были агрессивны настроены и выражались грубой бранью в адрес сотрудников конвойной службы и судебных приставов», — сообщает пресс-служба Ставропольского краевого суда.

Судье пришлось вызвать в зал заседания дополнительный наряд конвоя и ОМОН, после чего был объявлен перерыв.

«Во время удаления из зала посторонних продолжалось нарушение порядка, крики, оскорбления приставов, угрозы находившимся в здании свидетелям», — отмечается в пресс-релизе суда.

Демонстративное неуважение к суду продолжалось на протяжении всего заседания. После возобновления слушаний при входе председателя суда в зал большая часть подсудимых отвернулась лицом к стене и демонстративно отказалась встать.

В итоге суд принял решение перенести заседание по делу на следующий день. По факту происшествия будет проведена проверка, действия всех участников беспорядков получат соответствующую правовую оценку.

История, которая прогремела на всю страну, началась вечером 20 сентября 2014 года в Минводах в кафе «Евгения». Как позже выяснилось следствие, конфликт вспыхнул между двумя группами отдыхающих. В драке приняли участие местный казачий атаман Евгений Смирнов и предприниматель Андраник Цаканян с одной стороны, и Роман Савченко другой. В конфликт оказались вовлечены многие другие лица. В результате Савченко получил ранение головы и был доставлен в местную больницу, куда его сопровождал Анатолий Ларионов.

Вскоре после того как медсестра увела окровавленного Савченко и стала оказывать ему первую помощь, в медучреждение ворвался Андраник Цаканян, который проследовал за своими «обидчиками» от кафе. Его сопровождали около тридцати человек друзей и знакомых, которые не нашли Савченко, но набросились на Ларионова. Жестоко избитый

мужчина впал в кому и через несколько дней скончался. Также в результате инцидента пострадала медсестра.

Произошедшее вызвало бурю возмущение среди жителей Минеральных Вод и российской общественности. Недовольные вялой реакцией местных властей на происшествие горожане провели несколько несанкционированных народных сходов. Чтобы предотвратить массовые волнения, краевыми властями было принято решение об увольнении нескольких высших чинов МВД по региону, начальника больницы, где был убит Ларионов, мэра города и других чиновников. Затишье в городе наступило только после того, как были задержаны все причастные к делу подозреваемые, а чиновники, проявившие преступное бездействие, были наказаны. Всего перед судом предстали 27 обвиняемых. Помимо хулиганства, четверым из них инкриминируют убийство.

«Приговор зачинщикам массовой драки в Минводах вынесен.» (26.05.2016 г., СТАВРОПОЛЬЕ.TV)

Ставропольский краевой суд в четверг вынес обвинительный приговор зачинщикам массовой драки в кафе и больнице Минеральных Вод, в результате которой погиб человек.

Главный зачинщик Андроник Цаканян признан виновным в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью и хулиганстве. Суд приговорил его к 15 годам колонии строгого режима. Еще трое получили по 8 лет лишения свободы, двоих освободили сразу из зала суда, остальные участники нападения получили по два года за хулиганство. Никто свою вину не признал.

«В Карачаево-Черкесии брат погибшей в ДТП девушки зарезал в больнице водителя автомобиля.»

(30.01.2012 г., «Интерфакс»)

Черкесский следственный отдел СУ СК России по Карачаево-Черкесии возбудил уголовное дело в отношении местного жителя, подозреваемого в убийстве мужчины, виновного в гибели его сестры.

«Уголовное дело возбуждено по ч.1 ст.105 УК РФ (убийство) в отношении 26-летнего жителя Усть-Джегутинского района КЧР Мурадина Айбазова по факту убийства жителя КЧР 29-летнего Александра Щеглова», — сообщил агентству «Интерфакс» старший помощник руководителя СУ СКР по КЧР Сергей Шуваев.

Он пояснил, что 25 января на федеральной автодороге «Черкесск-Домбай» «водитель автомобиля «Лифан-Бриз» Щеглов не справился с управлением, выехал на полосу встречного движения и столкнулся с ВАЗ-2101», «в результате ДТП погибла молодая семейная пара Сарые-

вых, а сам виновник аварии и два его пассажира были госпитализированы».

29 января в республиканской клинической больнице, в отделении травматологии от проникающего колотого ранения скончался виновник ДТП Щеглов.

«По данным следствия Мурадин Айбазов — брат погибшей в результате ДТП Сарыевой, обманом проник в здание больницы, где в палате травматологического отделения нанес принесенным с собой ножом проникающее колото-резаное ранение в грудь Щеглову, от чего он скончался на месте», — сказал Шуваев.

В настоящее время Айбазов задержан по подозрению в совершении этого преступления, добавил представитель ведомства.

Шуваев отметил, что у четы Сарыевых, погибших в ДТП, остался малолетний ребенок.

«Дело о линчевании в больнице: мститель зарезал гаишника-лихача, задавившего его беременную сестру»

(1 февраля 2012 г.)

Трагедия в Черкесске, где мужчина прямо в больнице зарезал предполагаемого виновника аварии, в которой погибла его беременная сестра, обрастает новыми подробностями. Как оказалось, погибший «стритрейсер» служил в ГИБДД Карачаево-Черкесии. 29-летний Александр Щеглов был уволен из правоохранительных органов сразу после аварии, но лишь в порядке переаттестации - он «должен был быть принят в полицию в ближайшее время», рассказали Life News в городском УВД.

25 января 2012 года на 14-м километре автодороги Черкесск-Домбай гаишник Щеглов за рулем Lifan Breez на большой скорости не справился с управлением, выехал на встречную полосу и протаранил там «копейку». В машине ехали 27-летний Мурат Сарыев и его 23-летняя супруга Фатима, находившаяся на пятом месяце. Женщина погибла на месте, ее муж умер в реанимации. Щеглов и два его пассажира - также полицейские - были госпитализированы в республиканскую клиническую больницу.

Свидетели настаивают, что все трое стражей порядка были пьяны. «Виновники трагедии - полицейские, - уверенно заявил отец Мурата Сарыева Алхат. - Они погубили моего сына и невестку. Все, кто там был, говорят, что они были пьяные, еле на ногах держались». По некоторым данным, машина Щеглова участвовала в уличных гонках: для того, чтобы обогнать автомобиль другого стритрейсера, она якобы и выехала на встречную полосу.

Через несколько дней после похорон супругов Сарыевых водителю-лихачу отомстил брат погибшей, побоявшийся, что дело об аварии с участием сотрудников МВД замнут. 26-летний Мурадин Айбазов из аула Эльтаркач обманом проник в больничную палату, где Щеглов лежал с переломами. Когда линчеватель вошел в палату, рядом с раненым был отец. Айбазов представился следователем и попросил мужчину выйти. Когда тот закрыл дверь, мститель выхватил нож и убил Щеглова ударом в грудь, рассказал «Московскому комсомольцу» старший помощник руководителя СУ СКР по Карачаево-Черкесии Сергей Шуваев.

После этого Айбазов не стал ни убегать, ни прятаться, пишет «Комсомольская правда»: так его и застали его с окровавленным ножом в палате прибежавшие врачи и полицейские. «Я Мурадин Айбазов - брат погибшей Фатимы. Я отомстил за смерть сестры. Не верил, что правосудие воздаст по заслугам ее убийце», - объяснил он.

Мурадин после гибели сестры был сам не свой, признает его отец Алинжашар Айбазов: «Несколько раз видел, как он бился головой об стену в приступе ярости. Если бы кто-нибудь из виновников пособолезновал, извинился, его душа бы успокоилась. А теперь наша дочь на том свете, а сын - за решеткой».

«Сейчас он во всем раскаивается, говорит, что совершил все сгоряча, - добавил представитель СКР Шуваев. - Но говорить, что он мог действовать в состоянии аффекта, нельзя - ведь он признался, что специально для убийства купил нож. А кроме того, в палату он проник обманом. Значит, имел умысел на убийство». Сейчас Мурадин Айбазов задержан, ему грозит до 15 лет лишения свободы.

«Нападение на больницу в Аксае» (10 января 2013 г., vdnews.org)

Только после публикации в СМИ донская полиция признала нападение на больницу в Рассвете - до того хранила молчание, как и все региональные информационные ресурсы.

Итак, что же было?

РОСТОВ-НА-ДОНУ, 9 янв — РИА Новости. Шесть человек были госпитализированы после драки в кафе Аксайского района Ростовской области, сообщил РИА Новости в среду руководитель пресс-службы ГУМВД региона Константин Розин.

Он уточнил, что ЧП произошло рано утром во вторник в поселке Рассвет. Две компании гуляли всю ночь в одном кафе, конфликтующие были пьяны. Драка произошла из-за девушки. По словам представителя ГУМВД, некоторое время спустя ее участники попытались продолжить выяснение отношений уже у Аксайской больницы, куда были госпитализированы четверо пострадавших.

«К зданию подъехали более чем по десять человек с каждой из сторон», — рассказал Розин. Приехавшим на место полицейским удалось не допустить продолжения конфликта.

Руководитель пресс-службы уточнил, что три человека получили ножевые ранения, состояние одного из пострадавших медики оценивают, как тяжелое.

Сергей Резник: Ни в конфликте, ни в его освещении нами нет ни капли национализма.

Изначально, в злополучном кафе со знакомыми девушками отдыхал местный гражданин (азербайджанец). Трое проезжих, предположительно жители Ингушетии зашли в кафе и начали приставать к девушкам из отдыхающей компании.

В ходе возникшего конфликта, сидевший в компании девушек местный азербайджанец был сильно избит.

Подошедшие в кафе братья Гапоненко вступились за азербайджанца. Завязалась новая драка. У гостей из Ингушетии оказались в руках ножи, которые были отобраны (2 ножа) и применены в отношении из же владельцев...

У младшего из братьев - Владимира Гапоненко оказалась сломанной рука. У старшего брата Алексея - множественные порезы конечностей. Братья поехали в местную больницу фиксировать побои. Туда же подъехала бригада земляков «гостей донской земли».

Охрана больницы спряталась. Полиция, расположенная в 200 метрах от больницы ехала на вызов в течение 40 минут. Факт вызова ОМО-На зафиксирован. Есть пострадавшие среди персонала больницы. Внимание вопрос: почему не проводятся никакие следственные действия, связанные с нападением на больницу почти тридцати вооруженных боевиков? (Завтра, то есть уже сегодня, ждем многочисленных свидетельских показаний о численности боевиков и деталях происшествия).

Один из ножей нашли, остался вопрос - куда делся второй нож?

Аксайский суд избрал Алексею Гапоненко меру пресечения - ближайšie 2 месяца ему придется провести под стражей... И теперь, когда ещё и Леша Гапоненко сидит, я начинаю серьезно подумывать о том, что каждый равнодушный и порядочный человек, который к тому же ещё является патриотом своей страны, должен сидеть в тюрьме. Судебная и следственная практика все больше убеждают меня в этой мысли...

«Пьяный погром в больнице.»

(22 декабря 2015 г., Свободная Пресса-ЮГ ug.svpressa.ru)

Жизнь врачей и пациентов оказалась под угрозой

Проблема обеспечения безопасности медицинских учреждений и персонала становится в России все более актуальной. Мы уже писали о

нередких случаях нападения буйных пациентов на врачей, которые имели место на Юге России. И вот — новое происшествие. На этот раз — дебош в больнице скорой медицинской помощи № 2 (БСМП-2) в Ростове-на-Дону. БСМП-2 известна как одна из наиболее крупных городских больниц, куда по линии скорой помощи привозят пострадавших и больных людей, либо — они обращаются сами.

Дебош в больнице как месть жене?

В ночь с 20 на 21 декабря 2015 года, примерно в два часа ночи, в БСМП-2 обратился нетрезвый мужчина. Он сообщил медикам, что в результате семейной ссоры супруга ударила его сковородкой по голове. Однако осмотр гражданина не выявил у него никаких видимых повреждений. Но, пока врачи общались с мужчиной, он увидел, что в больнице находится и его супруга. Женщина также обратилась за помощью к медикам. Судя по всему, этот факт окончательно вывел мужчину из равновесия. Он стал с разбега биться головой о стены и окно приемного отделения. Медикам не оставалось ничего иного, как позвать на помощь сотрудников охраны. Но успокоить буйного гражданина не получилось и с помощью охранников. Тем более, что к нему присоединился сопровождавший его приятель, также находившийся в нетрезвом состоянии. Пьяные мужчины побили стекла витражей приемного отделения и поломали мебель.

В БСМП-2 вызвали группу быстрого реагирования частного охранного агентства и сотрудников отдела полиции № 1, обслуживающего территорию Ворошиловского района г. Ростова-на-Дону. Полицейские были вынуждены применить слезоточивый газ, чтобы остановить дебош. После успокоения мужчин, им оказали помощь и отправили на медосвидетельствование. Экспертиза выявила, что оба буйных гражданина находились в состоянии алкогольного опьянения. У одного концентрация алкоголя составляла 1,3 промилле, у второго — 1,7 промилле. Также в результате происшествия ушиб получила сотрудница больницы. Впрочем, ряд средств массовой информации сообщил о том, что в результате применения газа на территории больницы пострадали более 10 работников БСПМ-2.

Нападения на медиков происходят достаточно часто.

К сожалению, многие граждане под влиянием алкоголя, наркотиков, либо просто по врожденной агрессивности и вспыльчивости, забывают о том, что медицинское учреждение — не место для буйства и дебошей. Часто разборки, начавшиеся в питейном заведении, потом продолжаются уже на территории лечебного учреждения. Наиболее шумевшая история — погром в больнице Минеральных Вод, куда ворвалась толпа из 30 молодых людей и до смерти забила поступившего в больницу мужчину. Аналогичная ситуация имела место и в Ростовской

области — в Аксае, где в районную больницу также пытались прорваться агрессивно настроенные люди. В Ростове-на-Дону отец новорожденного ребенка, которого не смогли спасти врачи, избил акушера-гинеколога роддома № 5. Был и другой случай, когда мужчина избил фельдшера скорой помощи, приехавшую на вызов по одному из адресов в Первомайском районе Ростова-на-Дону. Работники медицинских учреждений жалуются на то, что асоциальные элементы и пьяные хулиганы регулярно нарушают общественный порядок на территории больницы, особенно — в ночное время. Ночью часто происходят драки между любителями ночных гулянок, некоторые из них заканчиваются серьезными травмами участников, после чего дебоширы перемещаются в больницу. А здесь они могут не только «качать права» по поводу «не так» оказываемой медицинской услуги, но и пытаться продолжать выяснение отношений, задирают врачей и медсестер, приставать к другим пациентам.

Необходимо улучшить охрану больницы.

Подобные случаи заставляют общество всерьез задуматься о безопасности наших медицинских учреждений. Во-первых, возникает вопрос по поводу боеспособности охраны больниц. Если несколько пьяных хулиганов способны поставить больницу «на уши», то чего ожидать от настоящих злоумышленников — преступников или террористов. Некоторые ростовчане предлагают установить в больницах посты полиции, другие настаивают на необходимости найма квалифицированных специалистов частных охранных предприятий, имеющих право на ношение оружия и владеющих приемами самообороны. Раздаются голоса и в поддержку привлечения к охране медицинских учреждений казачества. В любом случае, больницы должны находиться под надежной охраной, которая сможет дать отпор не только распоясавшимся хулиганам или пьяницам, но и более серьезной угрозе.

Во-вторых, очень спорным моментом является и доставка в больницы лиц, находящихся в алкогольном опьянении. Раньше всех пьяных доставляли в специально приспособленные для их содержания учреждения — медицинские вытрезвители, в которых кроме фельдшера несли службу кадровые сотрудники правоохранительных органов. Затем медицинские вытрезвители были отменены. И теперь нелегкие обязанности по «откачке» абсолютно пьяных людей лежат на обычных больницах. Но ведь медики не имеют оружия, не владеют приемами самообороны, да и не обязаны выполнять за полицейских функции по успокоению пьяных хулиганов. Легко сказать — «вызывайте полицию», но пока полиция приедет, хулиганы могут причинить немало вреда работникам и другим пациентам медицинского учреждения. А могут и вообще совершить страшное преступление — как это уже имело место в Минеральных Водах.

Впрочем, ввиду сокращения органов полиции, в том числе и подразделений вневедомственной охраны, о модернизации системы охраны общественного порядка, в том числе и посредством привлечения казачества, в последнее время говорят все чаще. В сентябре 2015 г. стало известно о передаче ряда школ и детских садов Ростовской области под охрану казаков. В Усть-Донецком районе Ростовской области был представлен пилотный проект по созданию казачьей охранной структуры. Как отметил коммерческий директор ассоциации охранных предприятий «Спецхран Юг» Виталий Воробьёв, пилотный проект реализуется на базе ассоциации. По словам директора охранного казачьего предприятия Всевеликого войска Донского «Бекет» Сергея Швецова, на службу по охране объектов социальной важности отбирают семейных непьющих казаков 25–45 лет, имеющих удостоверение охранника шестого разряда. Казаки вооружены дубинками и пистолетами. Думается, что этот проект может стать неплохим примером и для реорганизации системы охраны медицинских учреждений. Что касается властей, то им, в первую очередь, следует обеспокоиться и вопросами ужесточения ответственности за хулиганские выходки в больницах, поликлиниках, родильных домах.

«На Сахалине сыщики проверяют слухи об «адвокате с автоматом в больнице», взявшем в заложники роженицу из-за аборта у жены» (20 декабря 2012 г.)

Следственные органы Сахалина проводят проверку по факту захвата заложников в областной больнице. По предварительным данным, в клинику ворвался вооруженный автоматом юрист, который своим поступком мстил эскулапам за смерть неродившегося ребенка. Однако в гнев несостоявшийся отец даже направлял дуло оружия на роженицу.

Проверка начата по заявлению главврача Ногликской центральной районной больницы, передает «Интерфакс». Со слов высокопоставленного медика, некий адвокат угрожал убийством врачам гинекологического отделения больницы.

«К нам поступило заявление от главврача ЦРБ о том, что 12 декабря адвокат Сахалинской адвокатской палаты ворвался в гинекологическое отделение больницы с оружием и угрожал им медикам, обвинив их в гибели своего ребенка, который появился на свет мертвым», - пояснили в следственном ведомстве.

По словам сыщиков, пока им не удастся найти тех, кто бы смог подтвердить заявление главврача. «Пока свидетелей того, что адвокат угрожал убийством медикам и держал на прицеле беременных женщин гинекологического отделения, нет», - добавили в пресс-службе регионального СУ СКР.

Между тем журналисты оказались расторопнее следователей и уже нашли очевидцев нападения.

Со своей стороны, сотрудники СК РФ также опровергли информацию в прессе о том, что адвоката в больнице задержали и разоружили сотрудники вневедомственной охраны.

Оперативники уже опросили супругу подозреваемого, которая действительно потеряла ребенка на пятом месяце беременности. Причину аборта, сделанного по настоянию врачей, сейчас выясняет экспертиза.

«В настоящее время по данному факту проводится комплекс проверочных мероприятий, направленных на установление всех обстоятельств произошедшего, по результатам которых в установленный уголовно-процессуальным законодательством срок будет принято процессуальное решение», - подчеркнул представитель СУ.

Вооруженного адвоката никто не остановил на пути к роженицам

Некоторые подробности загадочного инцидента в сахалинской больнице приводит издание Life News. По его сведениям, адвокат Валерий К. беспрепятственно прошел в гинекологическое отделение ЦРБ Ногликского муниципального района с автоматическим оружием и боевыми патронами, так как в здании нет ни камер видеонаблюдения, ни охраны.

«Я как раз проводила уборку в палатах, когда увидела мужчину в обуви и куртке. Хотела попросить его срочно покинуть больницу, но вдруг увидела в руках оружие, - вспоминает санитарка гинекологического отделения Софья Северная. - Разговаривать он не стал, сразу потребовал позвать к нему главврача».

Полчаса злоумышленник держал рожениц на мушке.

Самого Валерия К. медики знали в лицо, так как недавно его супруга лежала на сохранении в этом отделении. Беременность протекала сложно, и когда состояние женщины стало критическим, гинекологи приняли решение отправить ее в городскую больницу.

Осмотрев новую пациентку, доктора констатировали внутриутробную смерть ребенка.

По словам врача Надежды Климанских, Валерий К. зашел с автоматом в отделение, где находятся беременные. Она считает такой поступок юриста-«линчевателя» просто бесчеловечным.

«Почему не спросить по-человечески, что случилось? Если он считает, что это наша ошибка, надо было идти к главврачу, а не пугать беременных оружием, - возмущается женщина-медик. - Вообще, частота невынашивания плода составляет от 10 до 20 процентов от общего числа. Это как естественный отбор. И что, теперь всех перестрелять?»

Она также считает, что еще рано делать выводы и чинить самосуд, так как нет заключения экспертов. «Нельзя точно говорить, когда умер

ребенок и кто в итоге виновен в его смерти», - добавила Надежда Климанских.

В целом врачи винят во всем «генетическую предрасположенность» супруги Валерия.

Между тем многие роженицы пережили серьезный стресс от встречи с вооруженным адвокатом. Врачи до сих пор отпаивают беременных пацанток успокоительным, пишет издание.

По сведениям журналистов, мать Валерия К. работает в той же больнице, где лежала его супруга.

«В Дагестане посетители районной больницы изрезали пациента охотничьими ножами» (22 марта 2012 г., NEWSru.com)

В республике Дагестан полиция ищет участников дерзкого нападения на пациента районной больницы. Преступники, вооруженные охотничьими ножами, нанесли мужчине множественные ранения, а потом скрылись.

Расправа над больным произошла около 21:00 среды в селе Уркарах Дахадаевского района, где находится центральная районная больница. Жертвой преступников стал житель соседнего села Калкни 1964 года рождения, передает ГТРКм Ставрополье».

По данным расследования, в больничную палату проникла группа мужчин, один из которых стал бить потерпевшего ножом.

После расправы над пациентом злоумышленники сбежали из больницы, но полицейским удалось установить личность главного подозреваемого. Им оказался 29-летний житель села Новый Параул Карабудахкентского района. Однако о его мотивах ничего не сообщается.

«Принимаются меры к задержанию соучастников. С места происшествия изъяты два охотничьих ножа со следами крови», - отметили в МВД.

За последние два месяца это уже второй случай с линчеванием пациента больнице на Северном Кавказе. Так, в конце января в Карачаево-Черкесии 26-летний Мурадин Айбазов проник в больничную палату и зарезал находившегося там на лечении полицейского. 29-летний сотрудник ГИБДД Александр Щеглов спровоцировал дорожную аварию, в которой погибла беременная сестра Айбазова. В итоге родственник решил отомстить за ее смерть лихачу-гаишнику.

4. Оставшиеся незамеченными «рядовые» погромы и насилия над медицинскими работниками

При изучении фактов избиения врачей и спонтанных нападений на медицинский персонал на рабочих местах с погромами больниц установлены следующие (встречающиеся в прилагаемых материалах) причины чрезвычайных происшествий:

- долгое ожидание в очереди;
- неправильно (по мнению пациента) поставленный диагноз;
- не давшие эффекта реанимационные мероприятия;
- хирургическая операция, проведенная непрофессионально и вызвавшая осложнение;
- неудачная (с точки зрения пациента) хирургическая операция;
- неправомерные (с точки зрения пациента) требования врача о выполнении правил внутреннего распорядка лечебно-профилактической организации;
- отсутствие улучшения самочувствия больного в результате лечения.

Убийства врачей, заведующих отделениями и других руководителей лечебно-профилактических организаций на рабочих местах наступали:

- в качестве проявлений недовольства при неудачно сложившихся родах;
- в качестве мести за смерть близких родственников в результате развития неподдающегося лечению заболевания;
- в качестве недовольства назначенной (проведенной) или не назначенной (но необходимой по мнению пациента) хирургической операцией.

Ниже публикуются размещенные в сети информационные сообщения о фактах нападений на медицинский персонал на рабочих местах.

Особую тревогу вызывают убийства и покушения на убийство врачей на рабочих местах. Выясняется, что чаще всего злоумышленники тщательно готовятся, устанавливают распорядок работы врача, маршруты и способы движения из больницы до места жительства, режим работы охраны (если она имеется) и учитывают возможное с её стороны противодействие. Из приведенных здесь описаний, заимствованных в

сети, около 80 % преступлений были раскрыты, некоторые даже спустя продолжительное время. И только около 20 % не раскрыты.

«В Удмуртии ухажер отомстил своей девушке за аборт, устроив резню прямо в операционной больницы: 7 раненых»
(24 августа 2010 г., NEWSru.com)

В республике Удмуртия милиционеры задержали молодого человека, который устроил резню в покоях больницы №1 города Глазова. Преступник напал на врачей с ножом прямо в операционной, когда медики делали его девушке аборт, передает РИА «Новости».

В настоящий момент пять человек находятся в реанимации больницы Глазова: это врачи клиники, а также их пациентка, которую они пытались защитить от ухажера с ножом. Всего же пострадало семь человек. В отношении 24-летнего мужчины, устроившего резню, возбуждено уголовное дело сразу по нескольким статьям. Ему грозит 15-летний срок лишения свободы, сообщает Life News.

По предварительной версии, Алексей П. решил убить свою девушку Наталью К., которая собиралась сделать аборт. До последнего момента молодой человек отговаривал ее, но переубедить так и не смог.

Тогда мстительный избранник взял в руки нож, переоделся в больничный халат и, притворившись врачом, проник в операционное отделение, где в этот момент его возлюбленную готовили к хирургическому вмешательству.

«Сначала он ударил девушку ножом, попал ей в живот, - рассказали в правоохранительных органах Ижевска. - На него бросился врач-хирург, попытался его остановить. Тогда парень ранил и его».

После этого Алексей нанес ранения еще пятерым эскулапам, которые попытались вмешаться и обезвредить преступника. Скрутили нападавшего лишь подоспевшие к месту трагедии охранники.

Впрочем, в пресс-службе МВД Удмуртии подтвердили лишь ранения одного врача и медсестры, причем они оказались несерьезными. Однако пациентка получила несколько ножевых ранений и находится в тяжелом состоянии.

По данным МВД, мужчина совершил преступление на почве ревности. Причем после задержания злоумышленника нарядом ППС у него изъяли целых пять ножей.

Добавим, что в ижевских СМИ появилась и вторая версия произошедшего. Нападавший, который является студентом медицинского колледжа, напал сначала на женщину-врача в должности акушера-гинеколога. Она не только является его преподавательницей, но и любовницей, сообщает iloveizhevsk.ru.

Возлюбленная студента получила более 10 ножевых ранений, и ей тут же в реанимации была сделана операция. В настоящий момент коллеги продолжают бороться за ее жизнь.

Кроме нее были ранены медсестра и две санитарки, причем медсестра получила тяжелое ранение, сообщает ижевский портал. По данным того же источника, у преступника изъят нож и кастет.

«В Переславле жестоко избит врач прямо на рабочем месте.» (12 мая 2014 г., Первый областной телеканал «Первый Ярославский» 1yar.tv)

В Переславле жестоко избит врач приемного отделения районной больницы. Более того, доктор пострадал прямо на рабочем месте.

Сегодня приемное отделение Переславской районной больницы работает в штатном режиме. История, которая случилась накануне, теперь передается из уст в уста. Вечером в приемный покой обратилась молодая девушка с многочисленными травмами головы и ушибами мягких тканей. Кавалер пострадавшей, не взирая на живую очередь, потребовал принять свою спутницу. Отказ доктора-травматолога едва не стоил ему жизни.

Александр Петерман, заведующий приемным отделением: «Тот внезапно ему нанес удар, удар хороший. Врач упал. Вот как раз в смотровой, там, где ширма стоит. Там лужа крови».

43-летнего врача пришлось госпитализировать. Причем, травмы оказались настолько тяжелыми, что мужчина был переправлен в Ярославль. Сегодня он в палате Соловьевской больницы. От съемки отказался, да и показывать такое видео скорее нельзя.

Со слов коллег пострадавшего, подобные случаи, увы, не редкость. Дежурные врачи зачастую становятся жертвами своих пациентов. Ситуация обостряется в период праздничных дней. После инцидента в Переславле, главный врач больницы Ольга Зотова не исключает возможности организовать круглосуточную охрану при отделении приемного покоя.

Ольга Зотова, главврач Переславской ЦРБ: «То есть получается так, что врач при оказании мед помощи остается беззащитен, может быть подвергнут любому воздействию, в том числе и физическому. Поэтому, как руководитель, я, конечно, приму все меры для того, чтобы защитить своих сотрудников от нападения таких вот неадекватных».

Подозреваемый с места пришествия скрылся. К слову, его спутница находится на лечение в больнице. По неофициальным данным, женщина пострадала именно от его рук. В настоящее время свою проверку ведут в полиции.

«В челябинской больнице агрессивный посетитель напал на врача.»
(20 февраля 2016 г., МК.RU)

В Челябинске в горбольнице №8 неизвестный мужчина ворвался в кабинет врача и начал его избивать. Охранник смог остановить дебошира и вызвать полицию.

Инцидент произошел 19 февраля с врачом-травматологом Владимиром Бусыгиным, сообщает Полит74 со ссылкой на пресс-службу управления здравоохранения. Охраннику больницы удалось задержать нападавшего и удерживать его до приезда полицейского наряда. У врача диагностированы травмы средней тяжести. Он находится в травматологическом отделении больницы. По некоторым данным, врача избил бывший пациент, который был недоволен лечением.

«Пациенты избили хирурга за некрасивый шрам.»

(1 февраля 2012 г., 24smi.org)

Прочитать хирургов (с помощью кулаков решили больные Томской медсанчасти. После нападения пострадавший доктор сам стал пациентом своего травмпункта.

Трое парней ворвались в медсанчасть, чтобы наказать врача за неправильно наложенные, по их мнению, швы.

Вместо цветов и подарков, недовольные работой медиков пациенты, избили врача ногами. Так как виновника их бед не оказалось на месте, приятели напали на другого эскулапа.

Парни кричали, что за такие швы доктора нужно «прирезать, как свинью». С этими словами они ворвались в кабинет 33-летнего травматолога Михаила Мартусевича и избили.

После выполненной «миссии» хулиганы ушли. Вызванные медсестрами охранники ЧОП появились спустя несколько минут после бойни. Вместе с ними вернулись и герои-мстители.

- У Михаила Мартусевич был порван костюм, вывихнута рука, сотрясение мозга, - сообщил врач-травматолог Олег Борисов. - Врач проработал у нас 2,5 года и к нему никогда не было никаких претензий. Высказать недовольство парни собирались мне, но меня не оказалось на посту. Вывих мы вправили и наложили гипс, пострадавший был госпитализирован, сейчас он находится на больничном и не может вести прием пациентов.

По словам того самого доктора, который накладывал швы одному из нападавших, Мартусевич просто сделал замечание по поводу шума и криков в медицинском учреждении, за это и поплатился.

- Сейчас ОВД Октябрьского района по факту происшествия проводит проверку, - пояснили в правоохранительных органах города Томска.
- Доктор не намерен прощать обиду буйным пациентам, тем более, что

пострадал ни за что. По результатам проверки будет принято решение о возбуждении уголовного дела.

«В Железногорске пациент с кувалдой напал на врача.»

2 декабря 2014 14:18 NEWSLAB.RU

В Железногорске пациент чуть не убил врача за назначенное дополнительное обследование, сообщили 2 декабря местные СМИ.

По информации газеты «Город и горожане», инцидент произошел вчера утром в помещении городской клинической больницы № 51 — пациент ударил врача тяжелой кувалдой в лицо. От повторных ударов, которые могли стоить врачу жизни, его удержали очевидцы происшествия и подоспевшая охрана.

В МУ МВД России по ЗАТО Железногорск подтвердили, что в настоящее время по ст. 112 УК РФ возбуждено уголовное дело в отношении 29-летнего жителя поселка Новый Путь, который проходил лечение в больнице. Он подозревается в том, что умышленно нанес врачу телесные повреждения, которые оцениваются как причинение вреда здоровью средней тяжести. Врач госпитализирован, а сотрудники полиции выясняют обстоятельства происшествия. Проводится опрос свидетелей и очевидцев происшествия.

При этом, по данным местных журналистов, молодой человек проходил лечение в стационаре, куда обратился с головными болями. Его принял нейрохирург и назначил дополнительное обследование в краевом центре в связи с подозрением на опухоль. В воскресенье больной украл у строителей кувалду и, подкараулив врача, нанес ему удар в лицо.

«Кандидат медицинских наук, врач-нейрохирург высшей категории, лауреат премии «Лучший хирург ФМБА» сейчас лежит в больнице. У него ушиб головного мозга тяжелой степени, перелом лицевых костей черепа, обширная ушибленная рана лица. Утром 2 декабря состояние оценивалось как стабильное», — приводит информацию о состоянии врача местная газета.

«Железногорского нейрохирурга пациент ударил кувалдой в лицо.» (12 декабря 2012 г., gig26.ru)

Утром 1 декабря в стационаре КБ-51 на нейрохирурга Алексея Кондратьева напал пациент. Мужчина нанес врачу удар в лицо кувалдой.

Как стало известно «ГиГ», один из пациентов неврологического отделения с подозрением на опухоль мозга обращался к Кондратьеву в прошлую пятницу и субботу по поводу сильных головных болей.

Врач принял больного и сказал, что тому нужно пройти дополнительное обследование в краевом центре. Взбешенный мужчина стал угрожать доктору расправой. В воскресенье он выкрал кувалду у строи-

телей, ведущих ремонтные работы на 12 этаже стационара. Утром в понедельник 1 декабря вооруженный злоумышленник спустился из неврологии на пятый этаж – ждал, когда Кондратьев пойдет в свой кабинет. Увидев врача, он внезапно выскочил из-за угла и ударил его кувалдой в лицо. Замахнулся для удара второй раз, но его остановили проходящие мимо свидетели. Преступника задержала охрана больницы.

По факту нападения на доктора возбуждено уголовное дело по статье 112 УК РФ («Умышленное причинение вреда здоровью средней тяжести»), сообщили в УМВД. Полицейские опрашивают свидетелей, устанавливая подробности происшествия.

Злоумышленник, 1985 года рождения, житель поселка Новый Путь в настоящее время находится в стационаре на 12 этаже. По другой версии, его уже перевели в психиатрическое отделение в Первомайском.

Алексей Кондратьев, кандидат медицинский наук, врач-нейрохирург высшей категории, лауреат премии «Лучший хирург ФМБА-2008» сейчас лежит в больнице. У него ушиб головного мозга тяжелой степени, перелом лицевых костей черепа, обширная ушибленная рана лица.

Утром 2 декабря состояние Кондратьева оценивалось как стабильное, сообщил ГиГ главный врач КБ-51 Александр Ломакин. По его словам, речи об операции пока не идет.

А у меня теперь вопрос: когда на медиков перестанут всякие уроды нападать?

Я этого человека знаю лично (врача). Грамотный специалист, очень добрый, порядочный человек. Мы с ним проработали ни один сезон в детском туристическом лагере «Юный спасатель». Желаю ему скорейшего выздоровления!

«Директор волгоградского кафе, расстрелявший посетителей и пытавшийся устроить погром в больнице, идет под суд.» (09 февраля 2016 г., rod-pravo.org)

Утверждено обвинительное заключение в отношении директора волгоградского кафе «Баритон» Артака Вирабяна, расстрелявшего посетителя и потом ворвавшегося в местную больницу с оружием в руках.

Преступление было совершено вечером 13 сентября. В кафе произошел конфликт между посетителями-азербайджанцами и директором, сыном экс-руководителя армянской диаспоры. Руководитель заведения потребовал, чтобы хулиганы покинули помещение, на улице гости его избили, а сам он произвел несколько выстрелов по машине, на которой уезжали посетители. Одним из выстрелов был ранен 22-летний аварец Гаджимурад Чириев, который позже скончался в госпитале. В конфликте участвовали более 10 человек.

Не удовлетворившись расстрелом машины обидчиков, Вирабян вместе со своими знакомыми устроил погоню, ворвался в городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи №25, куда привезли раненого его друзья и родственники, угрожал медперсоналу и своим обидчикам ружьем, а потом произвел несколько выстрелов по их машине.

Отметим, что охрана больницы не стала останавливать ворвавшихся в учреждение людей.

Происшествие вызвало большой резонанс в городе. Представители общественности отмечали, что инцидент должен стать поводом для пересмотра системы охраны социальных учреждений.

Вирабяну, который сам явился в полицию, были предъявлены обвинения в убийстве и умышленном повреждении имущества.

«Нетрезвый посетитель устроил погром в областной больнице.» (13 июля 2015г., ИА «Блокнот Вологодск»)

Сообщение о происшествии в областном туберкулезном диспансере на Пошехонском шоссе в Вологде поступило поздно вечером на пульт дежурного отдела вневедомственной охраны. Прибывшие на вызов полицейские обнаружили нетрезвого мужчину с палкой в руках, который пытался избить охранника.

Как выяснили служители закона, хулиган заявился в медицинское учреждение уже в состоянии сильного алкогольного опьянения.

«Поначалу посетитель вел себя спокойно. Он то сидел, то вставал и слонялся по фойе, разглядывая стенды. В общем, со стороны создавалось впечатление, что он просто кого-то очень долго ждет, - рассказала ИА «Вологда Регион» специалист по связям с общественностью УМВД России по Вологде Татьяна Платонова. – Через пару часов, когда время приема истекло, охранник попросил визитера покинуть помещение. Однако странный посетитель наотрез отказался выполнить просьбу. Вместо этого он раскричался, принялся носиться по вестибюлю, все крушить и переворачивать мебель».

36-летний сторож поспешил к себе в каморку, закрылся там и успел нажать «тревожную кнопку», прежде чем нарушитель вооружился какой-то палкой от разломанной мебели.

«После этого дебошир разбил стекло в двери комнаты охраны и попытался проникнуть внутрь, - добавила нашему информагентству Татьяна Платонова. – Сделать это ему не удалось, но он все же сумел дотянуться и несколько раз ударить охранника палкой».

Остановить бесчинства смогли вовремя подоспевшие стражи правопорядка. Они задержали злоумышленника и доставили его в отдел по-

лиции. Задержанным оказался 28-летний мужчина, который так и не смог объяснить причину свое неадекватного поведения.

По части 1 статьи 213 УК РФ («Хулиганство») и части 2 статьи 115 УК РФ («Умышленное причинение легкого вреда здоровью») полицейские возбудили в отношении вологжанина уголовные дела. Ему грозит до пяти лет лишения свободы, сообщает региональное ведом

«Врачей Дербентской больницы порезали ножами за неправильный диагноз.» (5 августа 2013 г., NTV.RU)

Несколько молодых людей прошли в больницу Дербента и устроили драку с медиками.

В результате происшествия один врач получил несколько ножевых ранений в область живота, второй — ушиб головного мозга, третий — множественные ушибы и синяки. Подозреваемых задержали. По словам одного из них, они пришли отомстить за приятеля, которому якобы неправильно поставили диагноз и вырезали аппендикс. В правоохранительных органах сообщают, что в отношении всех задержанных будет возбуждено уголовное дело. По предварительным данным, хулиганы — участники одной из местных преступных группировок.

Впрочем, подозреваемые сами собираются написать на врачей заявление в прокуратуру. А в руководстве больницы уже заявили, что они начали внутреннюю проверку. У них есть основания полагать, что врачами все же была допущена ошибка.

«На Кубани в больнице за «медленную работу» жестоко избиты два хирурга.» (12 апреля 2016 г., газета.ru)

В ночь на 10 апреля в районной больнице города Горячий Ключ (Краснодарский край) сопровождавший попавшего в ДТП пациента мужчина избил дежурных хирургов. Полиция проводит по данному факту проверку.

Как рассказала «Газете.Ru» и.о. заместителя главврача больницы по медицинской части Наталья Коробко, участник ДТП в тяжелом состоянии был доставлен в больницу.

После первоначального обследования сопровождавшие его лица забрали пациента, поэтому врачи обратились в полицию, опасаясь за его состояние. Мужчину вернули в медицинское учреждение с помощью полицейских. При назначении компьютерной томографии дежурные хирурги вышли в ординаторскую, куда вслед за ними ворвался сопровождавший пациента мужчина. Он принялся избивать медиков, в результате чего они получили перелом верхнечелюстной пазухи, ушиб мозга, черепно-мозговую травму, перелом отростка грудного позвонка и другие травмы.

Когда в ординаторскую прибежали сотрудники больницы, совершивший нападение мужчина скрылся. В настоящий момент один из врачей находится на круглосуточном стационарном лечении в травматологическом центре, а второй — на дневном стационаре.

По словам врачей, нападавшему показалось, что медики слишком медленно оказывают помощь его другу.

В ГУ МВД России по Краснодарскому краю прокомментировали данное происшествие.

«Из приемного покоя районной больницы в отдел МВД по Горячему Ключу поступило сообщение о гражданах 1978 и 1968 годов рождения о причинении им телесных повреждений неизвестным лицом. По данному факту проводится проверка», — сообщила «Газете.Ru» заместитель начальника пресс-службы ГУ МВД России по Краснодарскому краю Элеонора Зайкина.

«В Пушкино буйный пациент разгромил приемное отделение больницы.» (9 июня 2016 г., svopi.ru)

Врачи установили, что мужчина является наркозависимым и был госпитализирован в состоянии алкогольного опьянения.

Мужчина, устроивший драку в приёмном отделении больницы № 38 имени Семашко в Пушкине, был госпитализирован после попытки самоубийства.

Больной, поступивший ночью 9 июня с суицидной попыткой — ножевым ранением грудной клетки, находился на каталке в мужской смотровой. Ему была поставлена капельница. При осмотре выяснилось, что больной страдает наркозависимостью и, кроме того, был доставлен ещё и в алкогольном опьянении. Вдруг ни с того ни с сего мужчина вытащил капельницу и вскочил с койки, — рассказала Лайфу Надежда М., заведующая приёмным отделением больницы.

Размахивая штативом от капельницы, пациент ворвался из смотровой в приёмное отделение и бросился к посту, где в это время находились медсёстры. До того момента, как к посту прибежал охранник больницы, пациенту удалось разбить несколько стёкол. Но даже охраннику не удалось успокоить буяна — более того, ему пришлось защищаться от больного верхней частью от каталки.

— Медсёстры нажали тревожную кнопку, и только после приезда полиции удалось утихомирить пациента. В связи с тем что больному требовалась медицинская помощь из-за попытки суицида, он был доставлен в реанимацию, где его зафиксировали на каталке и поставили новую капельницу, — рассказала подробности происшествия заведующая приёмным отделением.

Также Надежда М. добавила, что, несмотря на поведение больного и причинённый им ущерб — два разбитых стекла, никто из персонала серьёзно не пострадал. Сам пациент находится сейчас в стабильном состоянии.

Напомним, около 06:00 9 июня в полицию поступило сообщение о происшествии в больнице № 38 им. Семашко. Из сообщения следовало, что в приёмном отделении медучреждения пациент начал крушить медицинский пост и угрожать врачам убийством.

«В Воскресенской больнице бойцы ОМОН избили врача.»

(22 декабря 2010 г., ВОСКРЕСЕНСК.РУ)

Ночью в больнице №2 спецназовцы избили дежурного хирурга Сергея Фролова. Трое бойцов ОМОН привезли в приемное отделение своего товарища, 27 летнего Алексея Бокова, с переломами обеих берцовых костей ног. Хирург Сергей Фролов осмотрел пациента. Так как на месте нет травматологии, дежурный хирург выписал направление в другую клинику и вызвал скорую помощь.

В ожидании неотложки спецназовцы стали ругаться, нецензурно выражаться и поддевать пациентов. Врач сделал посетителям замечание. В ответ сотрудники спецподразделения МВД показали служебные удостоверения. А затем начали избивать хирурга. Персонал больницы вызвал милицию.

Сергея Фролова госпитализировали с черепно-мозговой травмой. У него сотрясение мозга, перелом носа и многочисленные ушибы. Пациента Бокова переправили в другую больницу. Об этом сообщили коллеги врача.

Скандалный инцидент произошел в ночь на субботу. В милиции заявили, что по данному факту обязательно будет проведена проверка.

«У больницы №40 в Сестрорецке трое мужчин напали на врача.» (24 мая 2015г., БЕЗФОРМАТА.RU)

На 25-летнего мужчину, врача Сестрорецком больницы №40, в середине дня субботы, 23 мая 2015 года, напали трое выходцев из республики Дагестан. Как сообщает АН «Оперативное прикрытие», в 13:30 субботы в полицию Курортного района поступил звонок от одного из охранников Сестрорецком больницы. Мужчина сообщил, что на территории лечебного учреждения происходит драка.

Когда на место происшествия прибыли сотрудники правоохранительных органов, молодой врач рассказал им, что незнакомый мужчина повредил автомобиль Daewoo Matiz, принадлежащий доктору, а также угрожал ему предметом, похожим на пистолет.

Задержать на месте злоумышленников не удалось: они скрылись на автомобиле марки «Лада». Однако потерпевший запомнил номер машины и её приметы. Поэтому правохранителям вскоре удалось обнаружить объявленную в розыск машину.

Автомобиль нашли у дома №10 по набережной Строителей. А в автомобиле обнаружили и предполагаемые злоумышленники – трое уроженцев Дагестана 21-го года, 22-х и 24-х лет соответственно. В салоне автомобиля был найден и изъят газовый пистолет «Удар». Трех подозреваемых доставили в отделение полиции.

«В Москве неизвестные со стрельбой похитили пациентку психбольницы.» (12 февраля 2013г., Российская газета RG.RU)

На востоке столицы трое неизвестных, вооружившись пистолетами и газовыми баллончиками, со стрельбой забрали пациентку психоневрологической больницы. Об этом РИА Новости сообщили в пресс-службе столичного главка МВД.

Инцидент произошел в 17:50 в одной из психоневрологических больниц, расположенной по адресу: улица Потешная, дом 3.

«При выходе из корпуса им преградили дорогу сотрудники охраны, после этого злоумышленники несколько раз выстрелили из пистолета вверх и брызнули в охранников из газового баллончика», - сказал собеседник агентства.

По словам очевидцев, похитители скрылись с женщиной на автомобиле Nissan, уточняет ИТАР-ТАСС.

В Москве объявлен план «Перехват». Полиция принимает меры для розыска и задержания злоумышленников.

«Пьяный пациент больницы избил санитарку и выпрыгнул в окно.» (11 мая 2016г, Saratovnews.RU)

В Саратове проходит проверка по факту нападения в больнице Саратова: пьяный пациент избил санитарку. Об этом Saratovnews рассказали в пресс-службе регионального ГУ МВД России.

Вечером 7 мая в одну из городских больниц поступил 30-летний безработный. Он был пьян и буянил. В ночь на 8 мая он разошелся не на шутку и напал на санитарку, свою ровесницу. После нападения женщину госпитализировали с закрытой черепной травмой и сотрясением мозга. Избив женщину, пьяный выбил оконное стекло и выпрыгнул из него. Это случилось на втором этаже, поэтому мужчина практически не пострадал при падении и сумел скрыться, но его впоследствии все же задержали сотрудники вневедомственной охраны.

О дебошире известно, что он был трижды судим в 2009 - 2020 годы за кражу и незаконное проникновение в жилище.

Как подчеркивают в пресс-службе силового ведомства, к сожалению, подобные истории - не редкость, так как сейчас в области отсутствуют медицинские вытрезвители. Людей, находящихся в сильной степени алкогольного опьянения, зачастую доставляют в больницу, где те имеют возможность совершать противоправные деяния, например - нападать на медперсонал.

«Буйного пациента помогли госпитализировать полицейские» (27 апреля 2016 г., по материалам ГУ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области)

Нападение пациента на медперсонал больницы поселка Дружноселье Гатчинского района предотвращено сотрудниками вневедомственной охраны.

25 апреля около пяти часов вечера в полицию поступила информация от дежурного врача Дружносельской психиатрической больницы. Сообщалось о том, что житель города Коммунар (68 лет), которого доставила «скорая помощь», находясь в приемном отделении достал из кармана верхней одежды предмет, похожий на пистолет, и угрожает медперсоналу. Диагноз, с которым поступил пациент - «шизофрения-обострение».

На место происшествия прибыли сотрудники правоохранительных органов. Они увидели, что мужчина ведет себя неадекватно, размахивает предметом, похожим на пистолет, выкрикивает угрозы в адрес медперсонала больницы.

Представители власти попросили мужчину успокоиться, однако он не отреагировал. Пришлось полицейским применить физическую силу и спецсредства - наручники. Таким образом агрессивный пациент был госпитализирован.

Изъятый у мужчины предмет, который по конструкции был похож на пистолет, направлен на экспертизу.

«Массовая драка в Находке закончилась стрельбой и погромом в больнице.» (15 июня 16г., РИА «Новый День»)

В приморской Находке возбуждено уголовное дело по факту убийства мужчины. Как сообщили в пресс-службе СУ СКР по Приморью, в реанимационное отделение Находкинской городской больницы 13 июня поступил 31-летний мужчина с огнестрельным ранением грудной клетки. Несмотря на усилия медиков он скончался. По данному факту следователи возбудили уголовное дело по статье «убийство» (ч.1 ст.105 УК РФ).

Следователи установили, что ночью 13 июня около дома на улице Добролюбова в Находке между двумя группами мужчин произошла со-

ра на бытовой почве, которая переросла в драку. Один из ее участников – 27-летний мужчина – произвел из ружья не менее одного прицельного выстрела в грудь потерпевшего. Установлено, что со стороны потерпевшего в драке участвовало не менее 5 человек, со стороны оппонента – не менее 3. Кроме того, после произошедшего еще один человек получил ранение в ногу. Стрелок задержан.

Как сообщают местные СМИ, история на том не закончилась. После уличной драки ее участники направились в Находкинскую городскую больницу, чтобы «проконтролировать», как врачи оказывают помощь пострадавшим товарищам. На территорию больницы ворвалась группа мужчин, которые учинили настоящий погром, пишет «Восток-Медиа».

По словам сотрудников медучреждения, молодые люди привезли своих товарищей, которым требовалась помощь врачей. Они сначала направились в приёмное отделение, где вспыхнул скандал – дебоширы угрожали сотрудникам больницы и в грубой форме указывали, как следует оказывать помощь больным. Затем они ворвались в отделение реанимации и интенсивной терапии, где также пытались контролировать действия врачей, нарушая правила внутреннего распорядка и покой больных. В итоге переполох поднялся в травматологическом и хирургическом отделениях, а также в палате интенсивной терапии. Мужчины выбили несколько оконных стёкол и дверей. Персоналу пришлось вызвать наряд полиции и спецподразделение УВД. После этого дебоширы, оставив своих товарищей в больнице, разбежались.

«Это было похоже на фильм ужасов. Когда мы им открыли, их было много, они нас оскорбляли. Полиция приняла у нас заявления. Виновики происшедшего уже подходили извиняться. Сегодня в больнице только и разговоров о происшествии, все в шоке», – рассказала медсестра приёмного отделения. Местные журналисты отмечают, что это далеко не первый случай угроз со стороны знакомых и родственников пациентов в адрес медицинских работников Находкинской городской больницы. Для исключения подобных инцидентов в учреждении введён антитеррористический режим, ограничивающий въезд личного автотранспорта на территорию больничного городка.

В настоящее время выясняются все обстоятельства произошедшего, допрашиваются свидетели, назначены судебные экспертизы. Оперативное сопровождение по уголовному делу осуществляют сотрудники полиции.

Послесловие

Уважаемые коллеги!

Можно бесконечно находить и приводить в пример материалы СМИ. Предложения со стороны объединения работодателей о нормализации положения мы сделали в самом начале пособия. Если бы всеми руководителями медицинских организаций России и работниками, обеспечивающими охрану, выполнялись требования, изложенные в Приказе Департамента здравоохранения г. Москвы от 22 сентября 2011 г. №938 «Об утверждении единых норм и требований по обеспечению антитеррористической защищенности и БЕЗОПАСНОСТИ учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы», большинства изложенных здесь трагедий удалось бы избежать. Приводим текст Приказа.

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 22 сентября 2011 г. № 938 «Об утверждении единых норм и требований по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы»

Во исполнение пункта 1.1.3 решения Антитеррористической комиссии (АТК) города Москвы от 5 августа 2010 г. № 21-34-3/0 Департаментом здравоохранения города Москвы совместно с Департаментом региональной безопасности города Москвы, ГУВД по г. Москве, ГУ МЧС России по г. Москве, УФСБ России по г. Москве и Московской области разработаны единые нормы и требования по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности государственных учреждений здравоохранения города Москвы в соответствии с их категорией, с учетом действующей нормативно-правовой базы Российской Федерации.

В целях усиления безопасности и антитеррористической защищенности государственных учреждений здравоохранения города Москвы, медицинских и фармацевтического училищ и колледжей Департамента здравоохранения города Москвы, предприятий и организаций Департамента здравоохранения города Москвы приказываю:

1. Утвердить единые нормы и требования по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности государственных учреждений здравоохранения города Москвы в соответствии с их категорией,

с учетом действующей нормативно-правовой базы Российской Федерации (приложение).

2. Руководителям государственных учреждений управлений здравоохранения административных округов, руководителям государственных учреждений здравоохранения города Москвы, директорам медицинских и фармацевтического училищ и колледжей Департамента здравоохранения города Москвы, руководителям государственных университетных и казенных предприятий:

2.1. В срок до 28 октября 2011 года разработать паспорта безопасности учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, согласно единым нормам и требованиям по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности учреждений (приложение).

2.2. В срок до 30 ноября 2011 года представить в отдел строительства и капитального ремонта Департамента здравоохранения (г. Москва, 2-й Щемилковский пер., д. 4а, комн. 210) копию паспорта безопасности учреждения.

3. Начальнику отдела строительства и капитального ремонта Департамента здравоохранения города Москвы В.В. Семенову:

3.1. В срок до 15.12.2011 провести анализ представленных паспортов безопасности государственных учреждений здравоохранения города Москвы.

3.2. В срок до 27.12.2011 на основе анализа провести внеплановые (выборочные) проверки комплексной безопасности государственных учреждений здравоохранения города Москвы.

3.3. Обобщенные материалы проведения проверок комплексной безопасности учреждений в срок до 28 декабря 2011 года представить на рассмотрение заместителю руководителя Департамента здравоохранения И.Г. Третьяковой.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения И.Г. Третьякову.

Руководитель Департамента здравоохранения Л.М. Печатников

Приложение к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 22 сентября 2011 г. № 938 «Об утверждении единых норм и требований по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы»

Единые нормы и требования по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы

I. Общие положения

1. Единые нормы и требования по обеспечению антитеррористической защищенности и безопасности учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (далее - Единые нормы), разработаны в соответствии с решением Антитеррористической комиссии города Москвы от 5 августа 2010 года.

2. В Департаменте здравоохранения города Москвы создана и организована работа Антитеррористической комиссии для анализа и оценки состояния безопасности подведомственных объектов. Силами комиссии проведено категорирование учреждений здравоохранения в зависимости от их уязвимости и потенциальной опасности для пациентов и персонала при вероятном совершении террористических актов и возникновении чрезвычайных и кризисных ситуаций. Определены категории по следующим параметрам:

- по функциональному назначению учреждений (категория «А»);
- по посещаемости учреждений (категория «Б»);
- по штатному количеству коек в учреждениях с круглосуточным пребыванием людей (категория «В»).

Из 833 учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, к категории «А» относится 66 объектов, к категории «Б» - 567 объектов, к категории «В» - 206 объектов.

3. Единые нормы распространяются на все учреждения, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы.

4. Единые нормы разработаны на основе действующего законодательства Российской Федерации, утвержденной Концепции комплексной безопасности города Москвы, распоряжения Правительства Москвы от 16 апреля 2010 года № 707-РП и иных нормативно-правовых актов Российской Федерации и города Москвы, а также руководящих документов МЧС, МВД и ФСБ России, касающихся вопросов защиты населения и территорий от чрезвычайных и кризисных ситуаций террористического, природного, техногенного, экологического и криминального характера.

II. Базовые требования, предъявляемые к системам безопасности объектов здравоохранения

1. Требования, предъявляемые по линии антитеррористической защищенности, обеспечения общественного порядка и безопасности

В соответствии с Концепцией комплексной безопасности города Москвы террористическими угрозами, характерными для учреждений здравоохранения, являются:

- террористические акты в местах массового скопления людей, проведения культурно-массовых и общественно-политических мероприятий;
- диверсионно-террористические акты в отношении объектов здравоохранения;
- вывод из строя объектов жизнеобеспечения;
- вывод из строя государственной системы управления, силовых линий электроснабжения, средств связи, компьютерных сетей, техники и других электронных приборов (электронный терроризм);
- применение химических и радиоактивных веществ в местах с массовым пребыванием людей;
- отравление (заражение) систем водоснабжения, продуктов питания;
- искусственное распространение возбудителей инфекционных болезней.

1.1. Перечень документов, регламентирующих порядок безопасности и антитеррористической защищенности учреждений здравоохранения

В каждом учреждении здравоохранения должны быть в наличии следующие документы:

- акт государственной комиссии о приемке помещений учреждения здравоохранения в эксплуатацию;
- акт технического обследования учреждения здравоохранения в части эксплуатационной надежности и устойчивости строительных конструкций, обеспечения необходимой степени безопасности людей;
- паспорт безопасности учреждения здравоохранения;
- план охраны учреждения и обеспечения безопасности при проведении амбулаторного приема;
- инструкция по пожарной безопасности;
- инструкция о медицинском обеспечении;
- инструкция о внутриобъектовом и пропускных режимах;
- должностные инструкции сотрудников учреждения, включая сотрудников инженерных служб и служб безопасности, о действиях при возникновении и локализации чрезвычайных и кризисных ситуаций, и чрезвычайных обстоятельств, а также при проведении амбулаторного приема пациентов;

- схемы организации движения посетителей по территории учреждения здравоохранения, путей наполнения лечебных корпусов и эвакуации пациентов, и медицинского персонала, расположения указателей эвакуации, мест размещения противопожарного инвентаря и оборудования;

- правила поведения посетителей в учреждении здравоохранения;

- акт готовности учреждения здравоохранения к проведению амбулаторного приема;

- тексты для службы информации учреждения здравоохранения на случай возникновения чрезвычайной и кризисной ситуации.

План охраны и обеспечения безопасности при проведении амбулаторного приема в соответствии с Методическими рекомендациями рабочей группы Межведомственной антитеррористической комиссии города Москвы от 29.09.2003 № 4-19-13087/3 должен содержать следующие разделы:

- общая концепция обеспечения охраны учреждения и безопасности при проведении амбулаторного приема (разграничения действий медицинского персонала, службы безопасности (сотрудников охраны), противопожарной службы);

- создание оперативного штаба, который является органом непосредственного управления силами и средствами, привлекаемыми для проведения антитеррористических операций и ликвидации последствий акций терроризма на территории учреждений здравоохранения.

Основными задачами оперативного штаба являются:

- формирование группировки сил и средств, подразделений учреждений здравоохранения для осуществления антитеррористических мероприятий;

- разработка планов проведения антитеррористических операций;

- руководство оперативными штабами организаций и учреждений здравоохранения при проведении антитеррористических операций;

- координация деятельности оперативных штабов организаций и учреждений здравоохранения при проведении антитеррористических мероприятий и ликвидации последствий террористической деятельности;

- организация непрерывного сбора информации при угрозе или совершении террористического акта, ее анализ и прогнозирование развития обстановки, предоставление информации об угрозе или совершении террористического акта, результатов ее анализа и прогнозирования развития обстановки членам антитеррористической комиссии города Москвы в части, их касающейся;

- своевременное информирование председателей антитеррористических комиссий Российской Федерации и города Москвы о ходе и результатах антитеррористических операций;

- поддержание контактов со средствами массовой информации при проведении антитеррористических операций и ликвидации последствий террористической деятельности;

- организация и проведение совместных учений сил и средств, привлекаемых к осуществлению антитеррористических мероприятий.

Оперативный штаб имеет право:

- принимать в пределах своей компетенции решения, необходимые для оперативного и планомерного осуществления антитеррористических мероприятий;

- запрашивать у подразделений, учреждений и организаций здравоохранения информацию, необходимую для реализации полномочий;

- привлекать для проведения антитеррористических операций и ликвидации последствий террористической деятельности все необходимые силы и средства;

- запрашивать у федеральных органов исполнительной власти выделение дополнительных сил и средств в целях пресечения террористических актов и ликвидации их последствий;

- привлекать к своей работе специалистов и экспертов министерств, ведомств, предприятий, учреждений и организаций (по согласованию с руководителями);

- направлять в места совершения террористических актов выездные оперативные группы в составе членов штаба и привлекаемых специалистов, и экспертов для организации работы на местах чрезвычайных происшествий и оказания практической помощи оперативным штабам учреждений здравоохранения;

- комплекс мер, направленных на обеспечение охраны учреждения в период подготовки и проведения амбулаторного приема, который должен включать в себя создание и функционирование контрольно-пропускного режима, внутриобъектового режима, режима обеспечения проведения амбулаторного приема и противопожарных мероприятий;

- обязанности персонала (руководителя учреждения и его заместителей, сотрудников охраны и членов штаба комиссии по чрезвычайным и кризисным ситуациям) в части, касающейся охраны и противодействия терроризму, предотвращения нарушения общественного порядка и безопасности учреждения, их действия при угрозах совершения акта терроризма, нарушения общественного порядка, пожара (включая обязанности осуществления данной деятельности сотрудниками охраны и работниками КЧС);

- силы и средства, привлекаемые для охраны учреждения, задействованных въездов, входов на территорию учреждения, парковок и т.д. при повседневном режиме и режиме проведения амбулаторного приема, их расчет, резервы, количество и место дислокации. При расчете сил и средств привлекаемых сил охраны должно быть достаточно для проведения мероприятия при «спокойном» развитии его сценария;

- список инженерно-технических средств, применяемых в охране, средств дистанционного наблюдения, обнаружения оружия и боеприпасов и др. запрещенных предметов;

- описание действующих пропусков, печатей, образцы подписей сотрудников, имеющих право подписи пропусков, в том числе материальных;

- схема связи и оповещения при выполнении повседневных задач, осложнении обстановки и при возникновении критических ситуаций;

- перспективный план на 3-5 лет в части оборудования комплекса инженерно-техническими средствами и приборами, системой охранного видеонаблюдения.

В комплекс средств обеспечения безопасности учреждений здравоохранения должны входить:

1.2. Система физической охраны

Для физической охраны учреждений здравоохранения должны допускаться только лицензированные охранные организации.

Система охраны должна функционировать в трех режимах:

а) в повседневном режиме;

б) при проведении амбулаторного приема;

в) при ограниченном посещении.

Для этого необходимо разработать планы по усилению охраны в критических ситуациях собственными силами и ситуационные планы действий сотрудников охраны при возникновении нештатных ситуаций.

Должен быть определен примерный расчет численности персонала (сотрудников охраны, контрольно-распорядительных служб), привлекаемого при амбулаторном приеме.

На физическую охрану учреждений здравоохранения возлагается решение следующих основных задач:

- обеспечение санкционированного (контролируемого) прохода (проезда) лиц (транспортных средств) на территорию и в помещения учреждения;

- предотвращение силового прорыва нарушителей и транспортных средств на территорию учреждения;

- предотвращение несанкционированного (скрытного) проникновения нарушителей в различные контролируемые зоны общего и ограни-

ченного доступа (отдельные блоки здания, этажи, помещения, к критически важным точкам и т.п.);

- предотвращение проноса на территорию и в помещения учреждений запрещенных и опасных предметов (оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и т.п.);

- осуществление мониторинга обстановки в контролируемых зонах и на прилегающей к учреждениям территории;

- обеспечение безопасности передвижения материальных ценностей в пределах здания (сооружения) учреждения и прилегающей территории, предупреждение несанкционированного выноса имущества;

- входной контроль продуктов (при наличии пищеблока);

- обеспечение выявления и задержания (блокирования) нарушителей;

- осуществление контроля состояния и работоспособности средств и систем комплексного обеспечения безопасности, и инженерных систем объекта;

- осуществление взаимодействия с экстренными службами и органами обеспечения безопасности на районном, окружном и городском уровнях;

- обеспечение оповещения людей и городских органов обеспечения безопасности о возникновении в учреждении чрезвычайной и кризисной ситуаций;

- обеспечение безопасной, беспрепятственной и своевременной эвакуации людей из учреждения при возникновении чрезвычайных и кризисных ситуаций;

- обеспечение спасения людей при возникновении чрезвычайных и кризисных ситуаций;

- локализация возникших чрезвычайных и кризисных ситуаций в пределах ранее отработанных сценариев;

- исключение возможности использования нарушителями чрезвычайной и кризисной ситуаций для проникновения на территорию учреждения.

Деятельность по обеспечению комплексной безопасности и антитеррористической защищенности учреждения силами физической охраны может быть реализована в различных вариантах:

- заключение договоров на охрану силами частных охранных предприятий;

- заключение договоров на охрану силами Управления вневедомственной охраны при ГУВД по г. Москве.

При этом частные охранные предприятия обязаны руководствоваться в своей деятельности Законом РФ от 11 марта 1992 г. № 2487-1

«О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации».

В ходе проведения торгов на оказание услуг по охране руководство учреждений использует Реестр частных охранных предприятий, прошедших соответствующую паспортизацию Комиссии по проведению паспортизации негосударственных предприятий безопасности (частных охранных предприятий), утвержденной распоряжением заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы от 25 октября 2005 года № 282-РЗМ, а также распоряжением Правительства Российской Федерации от 2 ноября 2009 г. № 1629-р.

Государственным заказчиком при привлечении негосударственных (частных) структур безопасности к проведению амбулаторного приема руководствоваться постановлением Правительства РФ от 16.10.2007 г. № 911-ПП «Об утверждении базовых требований к охране объектов города Москвы, оплачиваемых за счет бюджета города Москвы», где указаны требования, предъявляемые к негосударственным (частным) охранным структурам безопасности, осуществляющим охрану учреждений рассматриваемой категории.

1.3. Система видеонаблюдения и контроля (система ВНиК)

Система видеонаблюдения и контроля (система ВНиК) предназначена для визуального контроля обстановки в выделенных зонах, анализа нештатных ситуаций, проверки поступающих сигналов тревоги, оказания помощи в принятии оперативных решений, документирования данных видеонаблюдения. Система ВНиК должна создаваться в соответствии с ГОСТ Р 51558-2008 «Системы охранные телевизионные общие технические требования и методы испытаний» и с учетом требований РД 78.36.003-2002 «Инженерно-техническая укрепленность. Технические средства охраны. Требования и нормы проектирования по защите объектов от преступных посягательств» и Р78.36.002-99 «Выбор и применение телевизионных схем видеоконтроля. Рекомендации», ГОСТ Р МЭК 60950-2002 «Безопасность оборудования информационных технологий», ГОСТ Р 51318.22-99 «Совместимость технических средств электромагнитная. Радиопомехи промышленные от оборудования информационных технологий», ГОСТ Р 51318.24-99 «Совместимость технических средств электромагнитная. Устойчивость оборудования информационных технологий к электромагнитным помехам», ГОСТ Р 51317.3.2-99 «Совместимость технических средств электромагнитная. Устойчивость к электростатическим разрядам», ГОСТ Р 51317.3.3-99 «Совместимость технических средств электромагнитная. Колебания на-

пряжения и фликер, вызываемые техническими средствами, подключаемыми к низковольтным системам электроснабжения».

Специальные требования к системе видеонаблюдения и контроля.

1. Общие требования:

- установка коммутационного оборудования;
- обеспечение гарантийного и постгарантийного обслуживания установленного оборудования;

- функционирование видеокамер в цветном режиме;
- наличие видеоархива за пределами учреждения со сроком хранения видеоинформации не менее 6 месяцев на электронных носителях. Место хранения видеоархива обеспечивается руководством учреждения.

2. Обеспечение визуального просмотра следующих зон обзора:

- на запретных, режимных зонах и по всей площади и протяженности границ на внешнем периметре (с отсутствием «слепых зон» видеонаблюдения по периметру);

- внешнюю часть учреждений здравоохранения: прилегающую территорию в районе расположения учреждения, все входы и выходы, смотровые площадки, кассы, отведенные стоянки для автотранспорта, в особо важных помещениях, в местах возможного проникновения посторонних лиц через системы подземных коммуникаций.

3. Возможность управления видеокамерами из помещения видеомониторинга.

4. Возможность поочередного, выборочного или одновременного (в режиме мультикартинки) просмотра изображений на экране монитора любой из установленных на объекте видеокамеры.

5. Возможность видеозаписи изображений любой ТВК в циклическом режиме, как выборочно, так и по заданной программе.

6. Возможность обеспечения круглосуточной записи видеоинформации со всех телевизионных камер и ее хранение не менее 3 месяцев.

7. Возможность печати цветного изображения от видеокамер.

8. Наличие мониторов на количество видеокамер: 1 монитор на 9 камер; 1 монитор с местами расположения камер на схеме объекта. Размер мониторов не менее 24 дюймов.

9. Видеотракт подсистемы должен обеспечивать следующие показатели качества изображения:

- четкость цветного изображения не хуже 480 ТВЛ;
- размер оцифрованного кадра: не менее 720 точек по горизонтали и не менее 576 строк по вертикали;
- структура дискретизации цифрового сигнала цветного изображения - YUV (4:2:2);

- разрядность кодирования динамического диапазона интенсивности изображения (цветовой насыщенности цветного изображения) - не менее 8 бит;

- сжатие видеoinформации - пок кадровое;

- передача видеoinформации осуществляется в реальном масштабе времени, скорость передачи - не менее 25 кадров в секунду (по каждому каналу при максимальном качестве видеоданных);

- допускается использование как аналоговых, так и цифровых (сетевых) видеокамер;

- использование комбинированных видеокамер «день-ночь» и тепловизионных камер оговаривается особо;

- видеоматериалы, полученные с использованием подсистемы, должны быть пригодны для проведения идентификационных исследований.

10. В целях обеспечения преемственности необходимо предусмотреть возможность замены отдельных компонентов или группы компонентов и аппаратно-программных средств на новые. Подсистема должна допускать использование оборудования различных производителей.

11. Архитектура подсистемы должна обеспечить возможность ее масштабирования.

12. Полномочиями по доступу к видеоархиву в согласованном объеме наделяются территориальные подразделения: ГУВД по городу Москве (УВД по АО г. Москвы и ОВД по районам г. Москвы), УФСБ РФ по городу Москве и Московской области, ГУ МЧС России по городу Москве.

13. Эксплуатационные требования к видеокамерам.

Видеокамера с поворотным устройством должна представлять собой функционально и конструктивно законченный модуль.

Максимальный угол поворота по горизонтали - не менее 300 град.

Максимальный угол поворота по вертикали - не менее 120 град.

Скорость поворота - не менее 30 град./с.

Точность позиционирования - не хуже 3 град.

Интерфейсы управления поворотными устройствами: RS422, RS232, RS485.

Скорость реакции системы должна обеспечивать включение видеокамеры до появления объекта в охраняемой зоне (например, при подаче сигнала тревоги от охранного датчика).

Средства защиты видеокамер от внешних воздействий (осадков, перепадов температуры, повышенной влажности, а также проявлений вандализма), требования к которым определяются характеристиками места установки:

- для уличного исполнения средства защиты должны соответствовать требованиям класса не ниже IP66 в соответствии с ГОСТ 14254-96;

- рабочий диапазон температур для уличного исполнения средства защиты от -40 до +50 градусов.

Видеокамеры устанавливаются максимально близко к горизонтальной визирной линии по отношению к месту нахождения предполагаемого фиксируемого объекта наблюдения (отклонение ПВН от горизонтальной визирной линии должно составлять 15 град.).

Для подсистем, предназначенных для фиксации видеоизображения, в соответствии с ГОСТ Р ИСО/МЭК 19794-5-2006 минимально допустимый размер объекта в кадре должен составлять не менее 240 пикселей по горизонтали. Расстояние до объекта и параметры объектива видеокамеры должны удовлетворять указанному условию.

При монтаже системы для организации освещения контролируемой зоны и наблюдаемых объектов недопустимы как недостаточная, так и избыточная (блики, тени) освещенность объекта, делающая невозможным выявление на изображении индивидуализирующих объект признаков.

При монтаже системы и установке режимов работы необходимо учитывать скорости перемещения объектов, находящихся в зоне видимости видеокамеры, с тем, чтобы исключить появление нерезких изображений и «смазов» на записанных видеокадрах.

14. Эксплуатационные требования к видеосерверу.

Видеосервер должен иметь не менее одного интерфейса RS232/422/485.

Видеосервер должен иметь релейные входы и выходы управления.

Должна быть обеспечена возможность старта видеосервера, при которой внутренние схемы обогрева (теплоотвода) должны включиться при появлении питания и привести внутреннюю температуру в рабочий диапазон, а затем запустить остальные узлы видеосервера.

15. Эксплуатационные требования к безопасности оборудования.

Для уличного исполнения источники электропитания должны соответствовать требованиям класса не ниже IP66 в соответствии с ГОСТ 14254-96.

Рабочий диапазон температур для уличного исполнения источников электропитания от -40 до +50 градусов.

При проектировании и создании ПВН должно быть обеспечено выполнение требований по безопасности при монтаже, наладке, эксплуатации, обслуживании и ремонте аппаратно-технических средств системы, включая защиту от воздействия электрического тока, электромагнитных полей, акустических шумов и др., а также требования по допустимым уровням освещенности, вибрационных и шумовых нагрузок.

16. Требования к стандартизации и унификации.

При создании системы должны соблюдаться требования действующих в Российской Федерации стандартов, а также отраслевых стандартов МВД России.

В технических средствах, используемых при создании системы, должны использоваться стандартные электрические стыки, интерфейсы, технологии и протоколы передачи данных.

17. Требования к эксплуатационным характеристикам оборудования.

Гарантийный срок - не менее 12 месяцев.

Минимальное время наработки на отказ в необслуживаемом режиме - не менее 10000 часов.

Система должна обеспечивать возможность долгосрочного хранения зафиксированной видеoinформации.

В месте расположения центрального пункта видеомониторинга время хранения видеoinформации на сервере - не менее 3 месяцев.

18. Требования к электропитанию.

Электропитание оборудования осуществляется от сети переменного тока напряжением 220 В, частотой 50 Гц. Видеокамеры должны питаться от источника постоянного тока напряжением 24 В.

Количество электророзеток определяется на стадии выбора конфигурации системы видеонаблюдения.

Обеспечение всей системы видеонаблюдения бесперебойным (дублирующим) электропитанием.

19. Требования к монтажу системы.

Видеокамеры необходимо устанавливать по возможности максимально близко к горизонтальной визирной линии по отношению к фиксируемому объекту наблюдения.

При монтаже системы и установке режимов работы необходимо учитывать скорости перемещения объектов, находящихся в зоне видимости видеокамер, с тем, чтобы исключить появление нерезких изображений на записанных видеокдрах.

Системы видеонаблюдения учреждений здравоохранения (при целевом финансировании) в обязательном порядке должны быть включены в Комплексную автоматизированную систему обеспечения безопасности населения (КАСОБН), обеспечивающую доставку видеoinформации от камер охранного видеонаблюдения непосредственно в Дежурную часть ГУВД по городу Москве и позволяющую правоохранительным органам немедленно реагировать на все тревожные ситуации и принимать меры по их локализации и разрешению в интересах обеспечения безопасности жителей города.

При организации видеонаблюдения в учреждениях здравоохранения среди прочих условий и критериев для размещения видеокамер

необходимо особо учитывать, что системы видеонаблюдения и многоканальной цифровой видеозаписи должны обеспечивать максимально возможное перекрытие зон в местах массового пребывания людей.

Видеокамерами системы видеонаблюдения и контроля должны быть оснащены:

- ограждение территории, а при его отсутствии - прилегающая территория в радиусе не менее 100 метров от учреждения (камеры поворотные);

- въездные ворота (с возможностью фиксации государственных номерных знаков въезжающего автотранспорта);

- периметр здания или строения (камеры должны быть установлены таким образом, чтобы обеспечить отсутствие «слепых» зон по периметру, а также возможность поворота и наведения камеры на конкретный объект с оптическим приближением не менее 30 крат);

- главный вход (вход на территорию учреждения через стационарное ограждение или входы непосредственно в учреждение (служебные и иные входы должны быть оборудованы цветными видеокамерами, позволяющими зафиксировать с хорошим фотографическим качеством лица каждого из входящих посетителей в анфас с записью на цифровой носитель (в архив));

- эвакуационные выходы;

- эвакуационные лестницы;

- запасные входы и выходы;

- входы в помещения, где расположено оборудование инженерных систем здания;

- помещения расчетных касс, мест хранения денежных средств и иных ценностей;

- подвальные помещения;

- помещения учреждений (технические проходы, места расположения общедоступных зон для посетителей, лестницы и спуски между этажами в зрительской зоне и так далее) - видеокамеры, контролирующие данное пространство, не должны оставлять «слепых зон» в просматриваемых местах. На объекте в зонах допуска посетителей не должно быть «мертвых» зон;

- чердачные помещения и крыша;

- воздухозаборные решетки системы вентиляции;

- входы в помещения раздевалок;

- вход в помещения администрации (в случае наличия отдельно стоящего здания);

- пищеблок, столовая;

- территория автостоянки (поворотные камеры).

1.4. Система контроля и управления доступом

Система контроля и управления доступом (СКУД) предназначена для:

- обеспечения санкционированного входа в здание и в зоны ограниченного доступа и выхода из них путем идентификации личности по комбинации различных признаков: вещественный код (визит-карточка, ключи touch-методу и другие устройства), запоминаемый код (клавиатуры, кодонаборные панели и другие устройства), биометрические признаки (отпечатки пальцев, сетчатка глаз и другие признаки);

- предотвращения несанкционированного прохода в помещения и зоны ограниченного доступа.

Система контроля и управления доступом на вновь введенных и проектируемых крупных зданиях, и сооружениях должна соответствовать требованиям РД 78.36.003-2002 «Инженерно-техническая укрепленность. Технические средства охраны. Требования и нормы проектирования по защите объектов от преступных посягательств», ГОСТ Р 51241-98 «Средства и системы контроля и управления доступом. Классификация. Общие технические требования. Методы испытаний».

При установке СКУД на входах в здания учреждений здравоохранения или в вестибюлях оборудуются контроллеры, по возможности считывающие с карточек их код и информацию о правах доступа владельца карты и разрешении или запрещении его прохода, с возможностью записи данного события.

Требования по оснащению объекта техническими средствами системы контроля и управления доступом:

1. Количество проходов в учреждения, оборудованных СКУД, должно определяться их пропускной способностью и вместимостью учреждения:

- для вновь строящихся учреждений - 450-500 человек/на вход;
- для уже функционирующих учреждений - 700-800 человек/на вход;

- каждый вход в учреждение по возможности должен быть оборудован считывающим устройством, подключенным к СКУД, вне зависимости от количества проходящих там людей.

2. СКУД должна позволять в режиме реального времени получать информацию о наполняемости корпусов, количестве лиц в учреждении по документам с выводом этой информации на монитор со схемой объекта.

3. СКУД должна быть оборудована такими турникетами, которые позволяют в полной мере предотвратить неучтенный и несанкционированный проход граждан. При этом запрещается устраивать на путях эвакуации раздвижные подъемно-опускные двери и ворота, вращающи-

еся двери и турникеты, а также устройства, препятствующие свободной эвакуации людей, в случае отсутствия необходимого количества других рассредоточенных эвакуационных выходов с этажа здания.

В учреждениях здравоохранения устройствами системы контроля и управления доступом должны быть оснащены:

- въездные ворота;
- входы на объект вне зависимости от их категории;
- эвакуационные выходы;
- выходы на эвакуационные лестницы;
- входы в помещения, где расположено оборудование инженерных систем здания;
- подвальные помещения;
- чердачные помещения и крыша;
- входы в помещения раздевалок.

1.5. Система охранной сигнализации

Система охранной сигнализации предназначена для своевременного обнаружения факта несанкционированного проникновения в охраняемые помещения (площадки, зоны) с точным определением места и документированием информации. Главной задачей подсистемы охранной сигнализации является оперативное и гарантированное извещение лиц, ответственных за охраняемые помещения, и/или правоохранительных служб о несанкционированном проникновении в охраняемые помещения.

Источниками информации служат датчики (инфракрасные и радиоволновые датчики движения, магнитные датчики открытия дверей и окон, акустические датчики разбития стекла, датчики удара и т.д.), а базовым блоком - контрольные панели, на которые сводится информация от всех типов датчиков. Охранная сигнализация может быть автономной (цель такой сигнализации - отпугнуть злоумышленников с применением мощных сирен) либо подключенной на соответствующий мониторинговый пульт и являющейся элементом комплексной системы безопасности учреждения. Возможна передача тревожных сообщений на мобильные телефоны лиц, ответственных за охраняемый объект.

В охранную сигнализацию могут входить следующие узлы: контрольная панель; коммуникационная панель; пульт управления; набор датчиков (в соответствии с типом здания).

Система охранной сигнализации должна соответствовать требованиям РД 78.36.003-2002 «Инженерно-техническая укрепленность. Технические средства охраны. Требования и нормы проектирования по защите объектов от преступных посягательств», РД 78.36.006-2005 «Выбор и применение технических средств охранной, тревожной сигнала».

лизации и средств инженерно-технической укреплённости для оборудования объектов. Рекомендации» и Р 78.36.007-99 «Выбор и применение средств охранно-пожарной сигнализации и средств технической укреплённости для оборудования объектов. Рекомендации».

Техническими средствами системы охранной сигнализации в учреждениях здравоохранения обязательно должны быть оснащены:

- ограждение территории;
- въездные ворота;
- периметр здания;
- главный вход;
- служебные входы;
- эвакуационные выходы;
- эвакуационные лестницы;
- запасные входы и выходы;
- входы в помещения, где расположено оборудование инженерных систем здания;
- подвальные помещения;
- чердачные помещения и крыша;
- входы в помещения раздевалок;
- вход в помещения администрации;
- помещения расчетных касс, мест хранения денежных средств и иных ценностей;
- вход в помещения службы охраны.

1.6. Комплекс технических средств обнаружения и противодействия применению оружия и взрывных устройств

В каждом учреждении здравоохранения должны быть в наличии следующие технические средства обеспечения безопасности:

- металлодетекторы (стационарные, не менее 1 на каждый служебный вход, и ручные).

Количество стационарных металлодетекторов определяется в зависимости от вместимости учреждения и количества входов:

- для вновь строящихся учреждений - 1 рамка на 500 человек;
- для уже функционирующих учреждений - 1 рамка на 750 человек;
- каждый вход в учреждении должен быть оборудован стационарным металлодетектором вне зависимости от количества проходящих там людей;
- интроскопы (рентгенотелевизионные установки).

Каждая входная зона должна быть оборудована интроскопом.

Индивидуальные проходы, вроде входов для сотрудников, служебных входов, входов для арендаторов и так далее, должны быть также

оборудованы интроскопами вне зависимости от количества проходящих там людей;

- средства защиты от взрывов (взрывогасящие устройства, взрывозащитные контейнеры).

Количество и тип средств защиты от взрыва необходимо определять при строительстве учреждения, а в уже действующих учреждениях здравоохранения - согласовывать с ГУВД по городу Москве.

2. Требования, предъявляемые по линии пожарной безопасности, предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера

2.1. Интегрирование систем безопасности в учреждениях здравоохранения

Непременным и обязательным условием функционирования вышеперечисленных систем безопасности учреждений здравоохранения является непрерывность этого процесса, комплексность и взаимосвязанность всех систем, сил и средств обеспечения безопасности.

Комплексность процесса обеспечения безопасности учреждения достигается путем концентрации тревожных выходов всех охранных и аварийных систем на едином посту охраны (контроля) учреждения, а также обеспечения бесперебойной непрерывной связи этого поста с соответствующими службами быстрого реагирования на все возможные тревожные сигналы.

В каждом учреждении здравоохранения должны быть установлены интегрированные системы безопасности, представляющие собой совокупность технических средств охраны и обеспечения безопасности объекта, объединенных на основе единого программного комплекса в общую информационную среду с единой базой данных.

Состав каждой конкретной интегрированной системы безопасности зависит от категории опасности, особенностей конкретного учреждения здравоохранения и круга задач, решение которых должно быть обеспечено системой и службой безопасности учреждения.

Базовый набор подсистем, входящих в интегрированную систему безопасности учреждений, должен содержать в себе:

- систему охранной сигнализации;
- систему пожарной сигнализации;
- систему контроля и управления доступом - СКУД;
- систему видеонаблюдения - СВНиК;
- систему тревожной сигнализации;
- систему управления инженерными коммуникациями зданий и сооружений (лифты, вентиляция, кондиционирование и пр.);

- систему контроля и анализа воздуха на наличие отравляющих веществ (ОВ) и аварийно-химических опасных веществ (АХОВ) в системах приточной вентиляции и кондиционирования;

- систему обнаружения радиоактивного заражения территории учреждения (РЗ);

- систему контроля исправности систем жизнеобеспечения (теплоснабжение, водоснабжение и канализация, электроснабжение, газоснабжение).

Должны находиться в полной исправности и постоянной готовности:

- система связи (телефонная, УАТС, микросотовая, кабельная, приёма телевидения, радиотрансляции);

- система связи и управления в кризисных ситуациях;

- исполнительные элементы системы контроля и управления доступом;

- система оповещения, информирования и управления эвакуацией.

Все системы безопасности должны обеспечивать фиксацию факта и времени нарушения рубежей охраны всех зон защиты от криминальных и террористических действий.

Сигналы всех автоматизированных диспетчерских систем управления инженерными системами и систем связи, сигнализации и безопасности должны поступать в центральную систему мониторинга и управления инженерными системами объекта (СМИС).

СМИС в автоматическом режиме по специальным алгоритмам должна обрабатывать входную информацию от всех систем, документировать информацию и при необходимости формировать и передавать формализованные сообщения о выходе контролируемых параметров за рамки нормативных уровней или о чрезвычайных ситуациях, в том числе и вызванных террористическими актами, в единую дежурно-диспетчерскую службу города Москвы (ЕДДС) и в службу эксплуатации учреждения.

Учреждения здравоохранения в обязательном порядке должны оборудоваться основным комплексом средств противопожарной защиты, в состав которого входят:

2.2. Система автоматической пожарной сигнализации

Пожарная сигнализация - совокупность технических средств, предназначенных для обнаружения пожара, обработки, передачи в заданном виде извещения о пожаре, специальной информации и (или) выдачи команд на включение автоматических установок пожаротушения и включение исполнительных установок систем противоподымной защиты, технологического и инженерного оборудования, а также других

устройств противопожарной защиты. В последующем она должна соответствовать требованиям НПБ 110-03 «Перечень зданий, сооружений и оборудования, подлежащих защите автоматическими установками пожаротушения и автоматической пожарной сигнализацией», НПБ 88-01 «Установки пожаротушения и сигнализации. Нормы и правила проектирования», СП 3.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Система оповещения и управления эвакуацией людей при пожаре», СП 5.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Установки пожарной сигнализации и пожаротушения автоматические. Нормы и правила проектирования».

Для противопожарной защиты учреждений здравоохранения в обязательном порядке должны использоваться системы пожарной сигнализации, отличительной чертой которых является возможность точно определить месторасположение датчика, вызвавшего сигнал тревоги.

Подобные системы, кроме того, предоставляют дополнительные возможности для управления различными техническими системами здания (вентиляцией, люками для вытяжки дыма). Центральное устройство системы сигнализирует о тревоге с указанием места и времени события. Такая особенность позволяет персоналу учреждения выявить причины срабатывания и своевременно принять меры по ликвидации чрезвычайной ситуации. В данной системе используются датчики следующих типов:

- оптические дымовые датчики, которые реагируют на видимый дым;
- датчики с фиксированной температурой срабатывания при превышении установленного порога температуры в помещении;
- дифференциально-температурные датчики, которые чувствительны к скорости изменения температуры (применяются в помещениях, где может присутствовать дым или постоянно высокая температура);
- газовые датчики;
- оптические лучевые датчики.

Система пожарной сигнализации, кроме оповещения единого поста контроля учреждения, должна автоматически осуществлять оповещение поста подразделения городской противопожарной службы, формирование сигналов на включение систем дымоудаления, пожарных насосов, оповещение о пожаре, отключение приточно-вытяжной вентиляции, опускание лифтов (в случае их наличия) на 1-й этаж с последующим открытием дверей, разблокировку электромагнитных замков СКУД и билетно-пропускной системы на путях эвакуации.

В составе системы должны быть предусмотрены ручные кнопки тревоги, звуковые и световые оповещатели (табло), которые устанавлива-

ются на выходах из зданий и путях эвакуации посетителей и персонала учреждения.

2.3. Первичные средства пожаротушения

Учреждения здравоохранения в обязательном порядке должны быть оборудованы первичными средствами пожаротушения (огнетушители, брезентовые полотна и др.). Первичные средства пожаротушения предназначены для тушения пожаров и загораний на ранних стадиях возникновения и развития. Она должна базироваться на системе противопожарного водопровода в соответствии с пп. 6.2-6.12 СНИП 2.04.01-85 «Внутренний водопровод и канализация зданий» и соответствовать требованиям СП 10.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Внутренний противопожарный водопровод. Требования пожарной безопасности», СП 9.13130.2009 «Техника пожарная. Огнетушители. Требования к эксплуатации», приложения № 3 к ППБ 01-03 (Правила пожарной безопасности в Российской Федерации), приложения 10 к МГСН 4.04-94 «Многофункциональные здания и комплексы».

Размещение первичных средств пожаротушения в коридорах, проходах не должно препятствовать безопасной эвакуации людей. Их следует располагать на видных местах вблизи от выходов из помещений на высоте не более 1,5 м. Огнетушители должны всегда содержаться в технически исправном состоянии, периодически осматриваться, проверяться и своевременно перезаряжаться.

2.4. Система оповещения и управления эвакуацией

Подсистема оповещения предназначена для своевременного предупреждения о возникновении пожара, угроз экологического и техногенного характера, противоправных действий, применения оружия массового поражения и др. В составе подсистемы необходимо предусматривать возможность голосового оповещения и оповещения с использованием других технических средств, которые должны обеспечивать возможность трансляции объявлений в режиме реального времени.

Подсистема позволяет сообщить всем, кто находится в здании или сооружении:

- информацию о наличии и о характере опасности;
- инструкции о дальнейших действиях;
- информацию о порядке эвакуации (если это необходимо).

Информация об эвакуации, правила поведения в учреждении здравоохранения и другая информация должны дублироваться не только голосом через систему оповещения, но и с применением иных возможных средств - информационных табло, видеоэкранов с возможностью их управления в ручном или автоматическом режиме.

Система оповещения и управления эвакуацией должна соответствовать требованиям НПБ 104-03 «Системы оповещения и управления эвакуацией людей при пожарах в зданиях и сооружениях», РД 78.36.003-2002 «Инженерно-техническая укрепленность. Технические средства охраны. Требования и нормы проектирования по защите объектов от преступных посягательств» и СП 3.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Система оповещения и управления эвакуацией людей при пожаре», СП 1.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Эвакуационные пути и выходы».

Двери на путях эвакуации должны открываться свободно и по направлению выхода из здания, за исключением дверей, открывание которых не нормируется требованиями нормативных документов по пожарной безопасности.

Запирающее устройство на дверях эвакуационных выходов должно обеспечивать людям, находящимся внутри здания (сооружения), возможность свободного открывания запирающего устройства изнутри без ключа.

При эксплуатации эвакуационных путей и выходов запрещается:

- устраивать на путях эвакуации пороги (за исключением порогов в дверных проемах), раздвижные и подъемно-опускные двери и ворота, вращающиеся двери и турникеты, а также другие устройства, препятствующие свободной эвакуации людей;

- фиксировать самозакрывающиеся двери лестничных клеток, коридоров, холлов и тамбуров в открытом положении (если для этих целей не используются автоматические устройства, срабатывающие при пожаре), а также снимать их;

- загромождать эвакуационные пути и выходы (в том числе проходы, коридоры, тамбуры, галереи, лифтовые холлы, лестничные площадки, марши лестниц, двери, эвакуационные люки) различными материалами, изделиями, оборудованием, производственными отходами, мусором и другими предметами, а также забивать двери эвакуационных выходов;

- устраивать в тамбурах выходов сушилки и вешалки для одежды, гардеробы, а также хранить (в том числе временно) инвентарь и материалы;

- применять горючие материалы для отделки, облицовки и окраски стен и потолков, а также ступеней и лестничных площадок на путях эвакуации (кроме зданий V степени огнестойкости);

- остеклять и задымлять жалюзи воздушных зон в незадымляемых лестничных клетках;

- заменять армированное стекло обычным в остеклении дверей и фрамуг.

Для обеспечения безопасной эвакуации людей должно быть обеспечено беспрепятственное движение людей по эвакуационным путям и через эвакуационные выходы, организованы оповещение и управление движением людей по эвакуационным путям (в том числе с использованием световых указателей, звукового и речевого оповещения).

При установке распашных металлических решеток на окна должно быть обеспечено хранение ключей от замков на видном месте вблизи оконных проемов, где установлены распашные металлические решетки, и определено лицо, ответственное за хранение дубликатов ключей от указанных замков. В установленные сроки руководителями организаций следует обеспечить проведение проверки работоспособности замков.

Безопасная эвакуация людей из зданий, сооружений и строений при пожаре считается обеспеченной, если интервал времени от момента обнаружения пожара до завершения процесса эвакуации людей в безопасную зону не превышает необходимого времени эвакуации людей при пожаре.

2.5. Система аварийного и эвакуационного освещения

Система аварийного и эвакуационного освещения предназначена для обеспечения нормальной жизнедеятельности при аварийном отключении рабочего освещения и для обеспечения эвакуации людей в чрезвычайных ситуациях. Она должна соответствовать требованиям пунктов 6.1.21-6.1.29 ПУЭ (7-е издание), СП 3.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Система оповещения и управления эвакуацией людей при пожаре», НПБ 104-03 «Системы оповещения и управления эвакуацией людей при пожарах в зданиях и сооружениях».

Учреждения здравоохранения вне зависимости от категории опасности должны оборудоваться следующим комплексом средств противопожарной защиты и иными средствами безопасности, в состав которого входят:

2.6. Система противодымной защиты и подпора воздуха

Система противодымной защиты предназначена для обеспечения безопасной эвакуации людей из здания при пожаре, возникшем в одном из помещений. Противодымная защита должна выполняться в соответствии с требованиями пункта 8 (Противодымная защита при пожаре) СНиП 41.01.2003 «Отопление, вентиляция, кондиционирование» и пункта 7.2 СП 7.13130.2009 «Отопление, вентиляция, кондиционирование. Противопожарные требования».

2.7. Система автоматического пожаротушения

Автоматическая установка пожаротушения предназначена для автоматического тушения очага возгорания, предотвращения распространения пожара. Она должна соответствовать требованиям НПБ 110-03 «Перечень зданий, сооружений, помещений и оборудования, подлежащих защите автоматическими установками пожаротушения и автоматической пожарной сигнализацией», НПБ 88-01 «Установки пожаротушения и сигнализации. Нормы и правила проектирования» и СП 3.13130.2009 «Системы противопожарной защиты. Система оповещения и управления эвакуацией людей при пожаре», СП 5.13130.2009 «Системы противопожарной сигнализации и пожаротушения автоматические».

Современные системы автоматического пожаротушения в крупных учреждениях здравоохранения являются наиболее эффективными средствами пожарной защиты, позволяющими зафиксировать очаг возгорания, ликвидировать его и препятствовать распространению огня без участия человека.

Конструктивно установки автоматического пожаротушения состоят из резервуаров или других источников, наполненных необходимым количеством огнетушащего состава, устройств управления и контроля, системы трубопроводов и распылителей. Количество распылителей, длина и сечение трубопроводов, требуемое количество огнетушащего вещества определяются расчетным путем в зависимости от характеристик помещения.

В других типах помещений используются автоматические системы водяного или пенного пожаротушения. При их применении необходимо учитывать возможность косвенного ущерба при пожаре или ложном срабатывании, который наносит вода (пена).

2.8. Система тревожной сигнализации

Система тревожной сигнализации предназначена для автоматической или ручной передачи сигналов тревоги на пульт территориального подразделения ГУ МЧС России по г. Москве и дежурной части территориального отдела внутренних дел при возникновении на объекте чрезвычайной ситуации экологического, техногенного или криминального характера. В целях обеспечения экстренного реагирования нарядов милиции и пресечения противоправных действий данная система также подключается на пультах централизованного наблюдения (ПЦН) УВО при ГУВД по г. Москве.

Система тревожной сигнализации должна соответствовать требованиям РД 78.36.003-2002 «Инженерно-техническая укрепленность. Технические средства охраны. Требования и нормы проектирования по

защите объектов от преступных посягательств» и пункта 6 РД 78.36.006-2005 «Выбор и применение технических средств охранной, тревожной сигнализации и средств инженерно-технической укреплённости для оборудования объектов: Рекомендации».

Информация от системы тревожной сигнализации должна быть выведена на пульт охраны учреждения и использоваться как при повседневной эксплуатации, так и в режиме амбулаторного приема.

2.9. Система связи и передачи данных

Система связи и передачи данных должна обеспечивать:

- возможность оперативной связи между сотрудниками инженерных служб и администрацией учреждения здравоохранения;
- возможность оперативной связи (проводной и беспроводной) с городскими службами обеспечения безопасности;
- возможность передачи данных в интересах городских служб обеспечения безопасности;
- обязательна функция фиксации (записи) телефонных разговоров, переговоров по радиоканалам связи для возможности последующего прослушивания в случае необходимости.

2.10. Система связи и управления в кризисных ситуациях

Система связи и управления в кризисных ситуациях (СУКС) предназначена для использования в случае возникновения кризисных ситуаций, связанных с выводом из строя систем обеспечения безопасности, и предусматривает создание автономной сети инженерных коммуникаций, сводимых в отдельное техническое помещение.

Состав технических условий для создания СУКС определяется ГУ МЧС России по городу Москве для каждого объекта конкретно в зависимости от его характерных особенностей (архитектура строения, местоположение и т.п.).

В учреждениях здравоохранения должны осуществляться следующие комплексы защитных мероприятий:

2.11. Комплекс инженерно-технической укреплённости

Комплекс инженерно-технической укреплённости - совокупность мероприятий, направленных на усиление конструктивных элементов зданий, помещений, охраняемых территорий и технических средств учреждений здравоохранения, обеспечивающих необходимое противодействие несанкционированному проникновению в охраняемую зону, взлому и другим преступным посягательствам. Он должен соответствовать требованиям РД 78.36.003-2002 «Инженерно-техническая укреплённость. Технические средства охраны. Требования и нормы про-

ектирования по защите объектов от преступных посягательств» и РД 78.148-94 «Защитное остекление. Классификация, методы испытаний, применение».

В состав комплекса инженерно-технической укрепленности объектов, имеющих купольные крыши и перекрытия, распределенные точечные опоры (столбы, арки) и т.п. нестандартные конструкции, в обязательном порядке должны входить системы заблаговременного оповещения о первых же признаках нарушений устойчивости, целостности и появлений усталостных деформаций несущих опор конструкций, и сооружений: соответствующие датчики и аппаратура контроля, тревоги и оповещения.

В учреждениях здравоохранения в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 06 мая 2008 г. № 375-ПП «О мерах по обеспечению инженерной безопасности зданий и сооружений и предупреждению чрезвычайных и кризисных ситуаций на территории города Москвы» мониторинг состояния инженерных конструкций должен осуществляться системой мониторинга инженерных конструкций, являющейся подсистемой структурированной системы мониторинга и управления инженерными системами объектов, в соответствии с требованиями ГОСТ Р 22.1.12-2005 «Структурированные системы мониторинга и управления инженерными системами зданий и сооружений».

2.12. Комплекс организационных мероприятий

Комплекс организационных мероприятий включает:

- создание в учреждении структурных подразделений (или назначение работников), ответственных и уполномоченных на решение задач в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных и кризисных ситуаций;

- разработка и регулярная корректировка (1 раз в полгода) планов действий по предупреждению и ликвидации чрезвычайных и кризисных ситуаций с целью обеспечения необходимого уровня безопасности при проведении антитеррористических мероприятий;

- разработка и регулярная корректировка инструкций о действиях служб и сотрудников службы безопасности, и инженерных служб при выявлении вызывающих опасность предметов, при возникновении и локализации чрезвычайных и кризисных ситуаций (на каждого сотрудника);

- разработка и реализация мероприятий по обучению персонала способам защиты и действиям в чрезвычайных и кризисных ситуациях (в том числе путем проведения объектовых тренировок по вопросам

противодействия терроризму и обеспечения безопасности согласно утвержденным графикам);

- разработка и изготовление схем эвакуации посетителей и персонала, информационных указателей эвакуации;
- разработка и регулярная корректировка Паспорта безопасности, включая план охраны учреждения в повседневном режиме и режиме амбулаторного приема, разработанный на основании Методических рекомендаций Постоянно действующей рабочей группы АТК г. Москвы.

2.13. Комплекс организационно-технических мероприятий по оснащению объекта спасательными средствами и индивидуальными средствами защиты, резервными источниками электропитания и водоснабжения

Учреждения здравоохранения должны быть оснащены средствами индивидуальной и коллективной защиты и спасения людей в соответствии с требованиями Приложения 13 к МГСН 4.04-94 «Многофункциональные здания и комплексы».

Объекты должны быть оснащены резервными источниками электропитания и водоснабжения в соответствии с требованиями МГСН 4.16-98.

2.14. Система контроля воздушно-газовой среды в системах вентиляции и кондиционирования

Система контроля воздушно-газовой среды в системах вентиляции и кондиционирования предназначена для обнаружения отравляющих и других опасных веществ и для остановки (автоматически или вручную) систем приточной вентиляции и кондиционирования для предотвращения дальнейшего распространения загрязненной воздушно-газовой среды.

Учреждения здравоохранения должны быть укомплектованы техническими средствами системы контроля воздушно-газовой среды в системах вентиляции и кондиционирования.

2.15. Система мониторинга состояния инженерных систем учреждения

Внедрение системы мониторинга состояния инженерных сетей обеспечивает:

- предотвращение аварийных ситуаций в учреждении здравоохранения на основе отслеживания в автоматизированном режиме данных о состоянии систем водоснабжения, теплоснабжения, энергообеспечения и в необходимых случаях конструкций здания;

- сокращение затрат и сроков устранения последствий технологических аварий за счет повышения оперативности получения данных о признаках неисправности оборудования сетей и автоматики здания;

- создание условий для внедрения ресурсов и энергосберегающих технологий, и режима экономии за счет передачи данных о потреблении ресурсов в организации, осуществляющие учет потребления.

Применение в инженерных сетях учреждений специальной запирающей арматуры, оснащенной датчиками и приборами, передающими сигналы об отказах оборудования, позволит предотвратить аварийные ситуации техногенного характера, своевременно локализовать аварийные участки и существенно снизить потери, связанные с последствиями технологических аварий. Существенно снижается вероятность таких проблем, как затопление помещений холодной или горячей водой, длительное отключение систем электроснабжения, отопления и водоснабжения, а также нерациональное расходование теплоносителя, горячей и холодной воды.

III. Порядок оформления и разработки Паспорта безопасности (антитеррористической защищенности) учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы

Паспорт безопасности (антитеррористической защищенности) учреждения подписывается членами комиссий (Антитеррористической, КЧСиПБ), согласовывается с соответствующим руководителем подразделения органа ФСБ России, соответствующим территориальным органом внутренних дел, соответствующим территориальным органом МЧС России и утверждается руководителем учреждения. Оформление и разработка Паспорта безопасности (антитеррористической защищенности) осуществляется применительно к требованиям совместного приказа Министров Минздравсоцразвития, МВД и ФСБ России от 18 августа 2010 г. № 693н/604/403 и Методических рекомендаций рабочей группы Межведомственной антитеррористической комиссии города Москвы от 29 сентября 2003 г. № 4-19-13087/3.

Паспорт безопасности (антитеррористической защищенности) является документом ограниченного пользования и имеет обязательную отметку «Для служебного пользования».

Паспорт безопасности (антитеррористической защищенности) учреждения составляется, как правило, в трех экземплярах:

- 1-й экземпляр хранится в учреждении;

- 2-й экземпляр направляется в соответствующее подразделение органа ФСБ России;

- 3-й экземпляр направляется в территориальное подразделение МВД.

Большее количество экземпляров составляется по согласованию с членами комиссий.

Департамент здравоохранения города Москвы ведет учет Паспортов безопасности (антитеррористической защищенности) учреждений.

Паспорт безопасности учреждения здравоохранения.

В Паспорт безопасности учреждения здравоохранения вносятся сведения, характеризующие техническое состояние здания (зданий) и прилегающей к нему территории, помещений медицинского заведения, количество находящихся в нем медицинского персонала/педагогов и воспитателей, больных/учащихся, обслуживающего персонала, наличие охраны с позиции обеспечения безопасности и антитеррористической защищенности.

Паспорт безопасности состоит из четырех разделов:

В первом разделе указаны правила хранения, ведения и сдачи Паспорта безопасности на учреждения здравоохранения.

Второй раздел отражает сведения, характеризующие техническое обеспечение объекта, данные о руководителях, численности медицинского персонала/педагогов и воспитателей, больных/учащихся и т.д.

Третий раздел указывает на меры, принимаемые в рамках антитеррористической защищенности и обеспечения безопасности.

В четвертом разделе отображается время, наименование организации, место проведения, краткий перечень и объем проведенных строительного-ремонтных работ.

К Паспорту безопасности прилагается:

1. План-схема расположения здания (зданий) и прилегающей территории.

2. поэтажные планы здания (зданий).

Требования к Паспорту безопасности на учреждения здравоохранения

I. Правила хранения, ведения и сдачи Паспорта безопасности на учреждения здравоохранения.

1. Паспорт на учреждения здравоохранения заводится для накопления и изучения информации об особенностях медицинских учреждений и иных сведений сроком на 5 лет.

2. Паспорт регистрируется в секретариате окружного департамента здравоохранения и выдается под расписку главному врачу (поликлиники, больницы), директору училища (колледжа) или его заместителю.

3. Паспорт хранится в металлическом шкафу (сейфе) в служебном кабинете заместителя главного врача/директора.

4. По окончании срока действия паспорта, его повреждения и невозможности дальнейшего ведения оформляется новый паспорт, в который из ранее заведенного паспорта переносится информация, не утратившая значения на момент переоформления паспорта; ранее заведенный паспорт сдается в окружной департамент здравоохранения/соцзащиты и уничтожается в установленном порядке.

5. Паспорта проверяются представителями окружного Департамента здравоохранения, о чем в нем производится соответствующая запись.

6. Паспорт может быть представлен при необходимости должностным лицам ОВД, ГО ЧС с соответствующей отметкой в нем.

II. Сведения, характеризующие медучреждение.

1. Наименование.

1.1. Адрес.

1.2. Номера телефонов:

- главного врача/директора, заместителя(ей);

- заведующих отделениями;

- заведующего хозяйственной частью, а также лиц или организаций, отвечающих за обслуживание коммуникаций охраны.

1.3. Фамилия, имя и отчество, домашний адрес и телефоны:

- главного врача/директора;

- заместителя(ей);

- заведующих отделениями;

- заведующего хозяйственной частью.

2. Площадь общая (кв. м).

2.1. Конструкция (кирпичный, железобетонный панельный, железобетонный монолитный).

2.2. Количество корпусов и этажей по каждому в отдельности.

2.2.1. Наличие чердачно-подвальных помещений.

2.2.2. Наличие запасных выходов.

2.2.3. Наличие ключей от них, и у кого они находятся на хранении.

2.3. Места расположения и хранения:

- взрывоопасных веществ;

- наркотических и психотропных веществ;

- вид сигнализации для обеспечения их хранения;

- столовой;

- гаража.

2.3.1. Место расположения реанимационного отделения.

2.4. Количество палат/кабинетов на этаже.

3. Сведения о количестве:

3.1. Медицинского персонала/педагогов и воспитателей.

3.2. Койко-мест (и их заполняемость) /учащихся.

3.3. Тяжелобольных.

III. Обеспечение безопасности.

1. Наличие ограждения территории больницы (поликлиники)/объекта соцзащиты.

2. Кто осуществляет охрану:

2.1. Милиция.

2.2. ЧОП или СБ.

2.3. Сторож(а).

Для пунктов 2.1, 2.2 указать название, юридический и фактический адрес, Ф.И.О. и контактные телефоны руководителей.

3. Количество постов охраны.

3.1. Численность.

3.2. Режим работы.

3.2.1. Обеспеченность оружием и спецсредствами.

3.3. Наличие тревожной кнопки.

3.3.1. Вывод на пульт ОВО.

3.3.2. Дежурная часть ОВД.

3.4. Имеются ли камеры видеонаблюдения.

3.5. Наличие противопожарной сигнализации.

4. Результаты обследования помещения медучреждения.

Указывается дата и время проверки, должность, Ф.И.О. проверяющего, с какой целью проводились, результаты и предложения и рекомендации по устранению нарушений и недостатков.

IV. Ремонтные работы.

1. Коммуникационные.

2. Строительные.

2.1. Капитальный ремонт.

2.2. Косметический ремонт.

Для пунктов 1, 2.1, 2.2 указывается время, наименование организации, место проведения, краткий перечень и их объем.

Приложение № 1 к Паспорту безопасности.

План-схема расположения здания (зданий) и прилегающей территории.

Указать наличие ограждения, близстоящих зданий, мест парковки автотранспорта на внутренней и прилегающей территории, расположение гаражей и тентов типа «ракушка». Отобразить расположение пожарных гидрантов (кранов) и место расположения коммуникационных люков, через которые возможен доступ в здание(я) и помещения учреждения здравоохранения.

Приложение № 2 к Паспорту безопасности

Поэтажные планы здания (зданий).

В данных поэтажных планах дополнительно указывается место расположения телефонной связи, схема эвакуации при возникновении чрезвычайных происшествий, наличие запасных выходов, размещение пожарных кранов и огнетушителей.

ТЕРРИТОРИЯ ВОЙНЫ

Издатель: Союз организаций, осуществляющих охрану
социальных объектов столицы.

Тираж 1000 экз. Формат 84x108/32.
Выпуск 3. Подписано в печать: 5.08.2016 г.
Заказ №_____.
Типография: ООО "Пилот"

За содержание информационных материалов редакция ответственности не несет.
Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Перепечатка материалов
только с письменного разрешения редакции.