

**АКАДЕМИЯ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ
ПРИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ ПРОКУРАТУРЕ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

НУРУШЕВА БОТАГОЗ СЕРИКОВНА

**«Проблемы уголовной ответственности за невыполнение или
ненадлежащее выполнение медицинским работником
профессиональных обязанностей»**

**Диссертация на соискание степени магистра
по специальности 6М030300 - правоохранительная деятельность**

Научный руководитель:

**старший преподаватель кафедры
общеюридических дисциплин
доктор философии А.С. Куатова**

Косши, 2020 г.

РЕЗЮМЕ

В диссертации рассматриваются уголовно-правовые аспекты генезиса, теории и практики применения законодательства Республики Казахстан в вопросах невыполнения или ненадлежащего выполнения медицинским работником профессиональных обязанностей. Исследование проведено на основе УК РК 2014 года, с учетом проекта нового медицинского кодекса и предложений профильного ведомства о декриминализации ответственности медицинских работников. Проанализирована судебная практика с установлением причин и условий, способствующих возникновению проблемных вопросов при юридической оценке доказательств, предложены изменения в структуру статьи 317 УК РК. Работа состоит из двух глав, пяти разделов, общим объемом в 84 листа.

ТҮЙІНДЕМЕ

Диссертацияда генезистің қылмыстық-құқықтық аспектілері, медицина қызметкерінің кәсіптік міндеттерін орындамау немесе тиісінше орындамау мәселелерінде Қазақстан Республикасының заңнамасын қолдану теориясы мен практикасы қарастырылады. Зерттеу жаңа медициналық Кодекс жобасын және медициналық қызметкерлердің жауапкершілігін декриминализациялау туралы бейінді ведомствоның ұсыныстарын ескере отырып, 2014 жылғы ҚР ҚК негізінде жүргізілді. Дәлелдемелерді заңдық бағалау кезінде проблемалық мәселелердің туындауына ықпал ететін себептер мен жағдайларды анықтаумен сот практикасы талданды, ҚР ҚК 317-бабының құрылымына өзгерістер енгізілді. Жұмыс екі тараудан, бес бөлімнен тұрады, жалпы көлемі 84 бет.

SUMMARY

The dissertation examines the criminal law aspects of the Genesis, theory and practice of applying the legislation of the Republic of Kazakhstan in matters of non-performance or improper performance of professional duties by a medical worker. The study was conducted on the basis of the criminal code of 2014, with the draft of a new health code and the specialized agencies on the decriminalization of responsibility of medical workers. The article analyzes judicial practice with the establishment of reasons and conditions that contribute to the emergence of problematic issues in the legal assessment of evidence, and proposes changes to the structure of article 317 of the criminal code of the Republic of Kazakhstan. The work consists of two chapters, five sections, with a total volume of 84 pages.

СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ГЕНЕЗИС УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ	
1.1 Ретроспективный анализ ответственности медицинских работников	10
1.2 Законодательное регулирование обеспечения надлежащей и качественной медицинской помощи в республике Казахстан	17
1.3 Международный опыт уголовно-правовой защиты жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг	25
Глава II. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОРМЫ УГОЛОВНОГО ЗАКОНА ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ	
2.1 Структура состава правонарушения, объект и объективная сторона правонарушения:	
2.1.1 Структура состава и объект правонарушения.	35
2.1.2 Объективная сторона правонарушения.	38
2.2 Субъект и субъективная сторона правонарушения:	
2.2.1 Субъект правонарушения.	57
2.2.2 Субъективная сторона правонарушения.	61
2.3. Проблемные вопросы понятия «врачебная ошибка» и согласия лица на медицинские услуги:	
2.3.1 Проблемные вопросы согласия лица на медицинские услуги	64
2.3.2 Проблемные вопросы понятия «врачебная ошибка».	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	78
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	81

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

УК РК	-Уголовный Кодекс Республики Казахстан
УК КазССР республики	-Уголовный Кодекс Казахской Советской социалистической
УК РСФСР	-Уголовный Кодекс Российской Советской Федеративной
	Социалистической Республики
УК РФ	-Уголовный Кодекс Российской Федерации
Медицинский Кодекс	- Кодекс "О здоровье народа и системе здравоохранения"
УКПСиСУ	-Управление Комитета по правовой статистике и
	специальным учетам Генеральной прокуратуры РК
ВОЗ	-Всемирная организация здравоохранения
ООН	-Организация объединенных наций
ВИЧ	-вирус иммунодефицита человека
СПИД	-синдром приобретенного иммунодефицита
Минздрав	-министерство здравоохранения Республики Казахстан
ОМЦ	-областной медицинский центр
ФОМС	-фонд социального медицинского страхования

ВВЕДЕНИЕ

Общая характеристика работы.

В диссертационном исследовании рассматриваются уголовно-правовые аспекты генезиса, теории и практики применения законодательства Республики Казахстан в вопросах противодействия невыполнению или ненадлежащему выполнению медицинским работником профессиональных обязанностей. Изложенные пути решения проблем направлены на совершенствование действующего законодательства и правоприменительной практики по анализируемой категории правонарушений.

Актуальность темы исследования.

Жизнь и здоровье человека являются основными конституционно охраняемыми ценностями, находящимися под защитой государства и права [1]. Достижение, поддержание уровня и качества системы здравоохранения относится к основным национальным интересам Республики Казахстан [2].

Медицина в Казахстане, как и в любой другой стране, призвана защищать здоровье и благополучие граждан, а система здравоохранения представляет собой значительную отрасль социальной сферы. Государством принимаются все усилия по совершенствованию мер, направленных на защиту здоровья казахстанского населения.

Так, 17 сентября 2009 года был принят Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», основной идеей которого является повышение статуса казахстанской медицины и соответствие уровню международных стандартов. Далее, в целях реализации Послания Первого Президента народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан 2050»-новый политический курс состоявшегося государства» была разработана Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, в которой повышение качества медицинских услуг являлось одним из основных направлений, наряду с модернизацией национальной системы здравоохранения в целом [3]. Указанная программа содержала ряд стратегических целей, одной из которых являлось обеспечение соблюдения норм медицинской этики и повышение ответственности медицинских работников за нарушение стандартов оказания медицинской помощи, включая развитие института участия общества в процесс управления качеством оказываемых медицинских услуг [4]. В настоящее время на рассмотрении в Мажилисе Парламента Республики Казахстан находится проект нового Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" [5].

Однако, несмотря на принимаемые меры по повышению эффективности регулирования правоотношений в области медицины, усилению

				я	ч.1 ст.35	ч.1 ст.35	
2015	539	37	15	2	22	685	337
2016	434	42	19	3	23	809	246
2017	255	36	12	-	24	742	144
2018	384	23	10	-	13	403	109

Между тем, направляется в суд менее 10% дел данной категории. Тем самым нарушаются права пациентов на справедливое судебное разбирательство и принятие окончательного процессуального решения в суде.

Одной из причин столь значительной разницы между количеством зарегистрированных уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК и направленных в суд может быть латентность данного вида правонарушений, а также трудность в доказывании, связанные со спецификой медицинской деятельности и отсутствием специалистов, имеющих одновременно юридическое и медицинское образование. Можно констатировать, что характерной особенностью медицинских правонарушений является высокая латентность [7].

Другим проблемным аспектом рассматриваемых правоотношений является несовершенство действующей нормы уголовного закона, которая содержит формулировки, вызывающие расширительное толкование либо трудности в установлении критериев правомерности действий медицинских работников. Также анализ судебной практики уголовных дел вышеуказанной категории свидетельствует о наличии вопросов, связанных с установлением объективной стороны преступления и доказыванием вины.

Кроме того, в настоящее время профильным ведомством предлагаются новые формулировки терминов, касающихся вопросов разграничения уголовной ответственности от некриминальных действий медицинских работников. Так, в средствах массовой информации все чаще озвучиваются предложения представителей медицины о введении понятий «медицинская ошибка», «медицинский инцидент», при отсутствии данных понятий в нормативных правовых актах РК, что также создает определенные вопросы при установлении объективной стороны правонарушения.

Указанные факторы негативно отражаются на правоприменительной практике и превентивной роли уголовного закона. Вышесказанное обуславливает выбор темы магистерского исследования.

Степень научной разработанности темы исследования.

Изучением вопросов противодействия правонарушениям в сфере медицинской деятельности занимались ряд казахстанских ученых: Рустемова Г.Р., Борчашвили И.Ш., Рахметов С.М., Жунусов Б.Ж., Рахимжанова Г.К., Мухамеджанов Э.Б., Еспергенова Е.В.

Отдельные аспекты рассматриваемого вопроса также нашли отражение в работе зарубежных ученых юристов: Понкина А., Татаркин В., Никитина И., Старостина Я., Огнерубов И., Малеин Н., Огарков И., Наумов А. и др.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является научная разработка теоретических основ и практических рекомендаций, направленных на дальнейшее совершенствование уголовно-правовой нормы, предусматривающей ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.

Для достижения указанных целей были поставлены следующие основные задачи:

1) изучить генезис уголовного законодательства в сфере оказания медицинской помощи, а также законодательные акты РК;

2) изучить опыт зарубежных стран, по вопросам юридической ответственности медицинских работников за правонарушения, с рассмотрением возможности применения передового опыта в сфере законодательства и правоприменительной деятельности;

3) проанализировать судебную практику применения ст.317 УК РК;

4) определить критерии для установления состава правонарушения по ст.317 УК;

3) рекомендовать меры по совершенствованию норм законодательства и определение оптимальных конструкций таких норм в Уголовном кодексе РК;

Объект и предмет исследования. Общественные отношения в сфере уголовно-правового регулирования правонарушений, совершенных медицинскими работниками вследствие неисполнения либо ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей (ст.317 УК РК).

Нормативную базу исследования составляют нормы казахстанского и международного законодательства, касающиеся ответственности медицинских работников и качества медицинских услуг.

Теоретическую базу исследования составляют научные труды казахстанских и зарубежных ученых, научные статьи, а также публикации в средствах массовой информации, содержащие интересующий материал.

Эмпирическая база основана на приговорах (постановлениях) судов, практическом материале правоохранительных органов РК (отчеты, обобщения): проведен анализ приговоров, вынесенных судами РК за период 2015-2018 годы; изучены статистические данные Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК; изучены обобщения Генеральной прокуратуры РК по анализируемой категории дел.

Методологическую основу исследования составляют общенаучный, диалектический, исторический, формально-юридический, сравнительно-правовой, социологический, статистический методы исследования.

Научная новизна заключается в том, что исследование проблем теории и практики применения законодательства, связанного с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей медицинскими работниками проведено на основе нового уголовного законодательства Республики Казахстан 2014 года, а также в разрезе предлагаемых профильным ведомством изменений в законодательство по вопросам уголовной ответственности медицинских работников.

Основные положения, выносимые на защиту:

По мнению автора, часть 5 статьи 317 УК РК нуждается в совершенствовании.

В связи с чем, на основании результатов исследования предлагается следующая редакция уголовно-правовой нормы:

- касательно субъекта правонарушения:

Статья 317 часть 5.

Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, а равно, любым лицом, осуществляющим бытовое или иное обслуживание населения при оказании услуг, предусмотренных устным или письменным договором с лицом, которому оказаны услуги вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекло заражение другого лица ВИЧ\СПИД, -

наказывается.....

- касательно субъективной стороны к последствиям правонарушения

Статья 317 часть 5.

Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, **а равно, любым лицом, осуществляющим бытовое или иное обслуживание населения при оказании услуг, предусмотренных устным или письменным договором с лицом, которому оказаны услуги вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекло по неосторожности** заражение другого лица ВИЧ\СПИД, -

наказывается.....

ГЛАВА 1. ГЕНЕЗИС И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

1.1 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Здравоохранение представляет собой одну из значимых сфер социальной жизни общества, а охрана жизни, здоровья человека и обеспечение их безопасности при получении медицинской помощи относится к числу важнейших задач государства. В зависимости от этапов развития государств и правовых систем, изменялся правовой статус и ответственность лиц, оказывающих медицинскую помощь. За тысячелетия истории изменялся и контроль деятельности врача и приравненных к ним лиц (лекари, костоправы и т.п.). Контроль социума за медицинской деятельностью существовал всегда, на всех этапах эволюции, при всех общественно-экономических формациях, за исключением разве что первобытной стаи человекоподобных [8]. Особенность медицинской профессии, которая непосредственно связана с сохранением жизни и здоровья человека, вызывает строгий подход со стороны общества к ошибкам в деятельности медицинского работника.

Ответственность врача за ненадлежащее врачевание была известна во все времена и зависела от следующих факторов: статуса пациента, статуса самого врача, тяжести вреда, религиозных верований общества, уровня развития науки и социально-экономического развития общества. Наказание варьировало от штрафа до смертной казни, в том числе, по принципу Талиона («глаз за глаз», «зуб за зуб»). Тем самым, повышенная ответственность врача и принятие на себя норм этического поведения врачей осталось неизменным на протяжении веков и тысячелетий.

В ранний период существования рабовладельческого общества лечение приравнивалось к действию сверхъестественной силы. Ответственность во многом определялась статусом пациента. Если за смерть или увечье раба обычно было достаточным компенсировать хозяину его стоимость, то неблагоприятный исход лечения знатного человека оканчивался наказанием, вплоть до изгнания или смертной казни [9].

В Древнем Вавилоне, согласно законам Хаммурапи (XVII в. до н.э.), была определена ответственность врачей за профессиональные преступления:

«218. Если врач сделает человеку тяжкий надрез бронзовым ножом и причинит смерть этому человеку или снимет бельмо человека бронзовым ножом и повредит глаз человека, то ему должно отрезать пальцы.

219.Если врач сделает тяжкий надрез бронзовым ножом рабу мушкенума и причинит ему смерть, то он должен возместить раба за раба» [10].

В Древнем Риме (период Империи 30г. до н. э. – 476 г. н. э.) впервые происходит установление правового статуса врача. В это время врачи получили освобождение от тягостных обязательств в обществе и определённые льготы, освобождались от общей воинской повинности, налогов. Наиболее ранним письменным свидетельством внимания граждан Рима к мероприятиям санитарного характера были “Законы XII таблиц”(451-450 гг. до н. э.), которые сочетали в себе принципы талиона и денежных штрафов и т. д. Так, например: Таблица VII - 2.Если причинит членовредительство и не помирится (с потерпевшим), то пусть и ему самому будет причинено то же самое. 3.Если рукой или палкой переломит кость, пусть заплатит штраф в 300 ассов, если рабу-150 ассов (ass- первоначально 1 фунт бронзы) [11].

Развитие медицинского дела в Древней Греции принято делить на 2 периоды: догиппократовский и Гиппократовский. Основными принципами догиппократовской медицины были: уважение личности врача в обществе; дифференцированное отношение врача к различным больным. Уважение к личности врача и к его искусству переходило в обожествление. Одним из первых был обожествлен древнегреческий врач Асклепий [12].

Морально-этические нормы врачевания (не подкрепленные, правовыми актами) были изложены в клятве Гиппократата-Hippocratis Jus-Jurandum(3 век до н.э.), согласно которым врач должен был быть образцом человеколюбия, быть терпимым по отношению к пациенту и делать все в его благо, не заботясь о личном обогащении. В частности, она содержит слова «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости; в какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного» [13].

Впоследствии, сформулированные в «Клятве» правила врачебной этики произносили доктора медицины при получении степени в европейских университетах.

Следует отметить, что согласно ст.177 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», выпускники организаций высшего образования, обучавшиеся по медицинским специальностям, принимают присягу врача Республики Казахстан следующего содержания: «Принимая высокое звание врача, перед лицом своих учителей и коллег торжественно клянусь честно и преданно служить великому делу врачевания, всецело посвятив себя охране здоровья граждан. В своей деятельности клянусь руководствоваться только интересами своих пациентов, здоровье которых является высшей ценностью.

Клянусь с равным усердием и терпением оказывать медицинскую помощь каждому, кто в ней нуждается, независимо от возраста, пола, национальности, вероисповедания, социального положения и гражданства. Клянусь хранить врачебную тайну, никогда не использовать ее в корыстных целях. Клянусь постоянно совершенствовать свои знания и навыки, быть требовательным к себе и своим ученикам, никогда не отказывать в бескорыстной помощи и самому обращаться за советом к коллегам, если того потребуют интересы пациента. Клянусь беречь и приумножать благородные традиции казахстанской медицины, хранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству» [14].

В Западной Европе, в эпоху Средневековья по вестготским законам предусматривалось, что за вред от кровопускания, причинённый дворянину врачом, полагался штраф, в случае же смерти его, врач выдавался головой его родным, которые имели право делать с ним что угодно [10].

В указанный период отношение к людям, занимающимся целительством, не было однозначным: от презрения к занятиям медициной, с одной стороны, и уважением к оказывающим помощь в исцелении – с другой. На протяжении эпохи оно менялось. Например, церковь от безоговорочного осуждения лекарей-язычников перешла к терпимости по отношению к ученой медицине. Церковь, преследовала врачей из-за того, что не могла допустить извращения воли Божией – излечения болезней, которые тот насылает. По этой причине костоправов сжигали чаще, чем шарлатанов. Другой из важных причин гонений на врачей в средневековье является тот факт, что большинство из них были странствующими чужестранцами, а чужестранец был главным отверженным в средневековом обществе. Шарлатанство многочисленных фокусников, публично удаляющих камни в органах, продающих чудесные снадобья, добавляло аргументы при формировании отрицательного авторитета всех занимающихся целительством. Кроме того, эпидемии чумы, перед которыми врачи оказались бессильны, привели к падению их авторитета и тому, что представители знатных богатых слоев населения ушли из медицины в более безопасные и уважаемые профессии. Вместе с тем статус врача на уровне государства в средневековом обществе был довольно высоким. Так, в средневековой Европе существовало несколько государственных врачебных должностей: доктор для бедных, лечащий бедняков бесплатно за постоянную зарплату от города; армейский доктор; тюремный доктор лечил заключенных, следил за санитарией, оказывал первую помощь преступникам, пострадавшим от пыток [15].

В странах Востока в Средние века врач ценился на государственном уровне и принимались меры к развитию медицины. К примеру, согласно Уложению Тимура (1336-1405 г.г.), «в каждом городе я приказал построить

мечеть, общественную школу, богадельню для бедных и убогих и больницу, при которой находился врач» [16]

Гениальный средневековый ученый, врач, философ Авиценна (Ибн-Сина) свою фундаментальную работу, энциклопедию по медицине в 5 томах — «Канон врачебной науки» создал в Западном Иране в Газневийском султанате [17].

В странах, где действует шариат-мусульманское право, врачи должны придерживаться не только норм мусульманского права, которое запрещает вредить человеку, но и общепризнанных этических норм. При этом, возможность потерпевшей стороны вместо наказания требовать возмещение (дийа) или простить его. Ислам придает медицине важное общественное значение. К примеру, хирургическая операция считалась божественным даром, поскольку первым прооперированным человеком был сам пророк Мухаммед, которому ангелы после вознесения на небеса вскрыли грудную клетку и, достав его сердце, очистили его от человеческой крови. Ангелы влили в сердце пророка божественный свет (эфир), так как считалось, что обычная кровь вызывает гордыню перед богом [18].

В книгах великих учёных, медиков-мусульман перечислены желательные адабы–этические нормы поведения врачей (всего семь адабов). Первый из адабов врача - вера в Аллаха и упование на Него. Потому что Он является Творцом всех болезней и также Творцом всех лекарств. Врач должен знать, что он является средством, к которому прибегают больные, и лекарства, которые он прописывает больным, являются лишь средствами лечения, которое создаёт Аллах или же ниспосылает. Следующий адаб - врач должен проявлять милосердие, мягкость к больному, успокаивать больного красивой речью, расспрашивать его о состоянии, а если прикасается, то делать это мягко. Ни в коем случае не проявлять высокомерие к больному человеку, не делать различия между богатым или бедным пациентом. Немаловажное значение имеет тайна, которую должен сохранять каждый врач, к врачу человек обращается в безвыходных ситуациях. Может быть так, что какая-то болезнь стала причиной совершения каких-либо грехов и разглашать грехи своих пациентов врач не имеет никакого права, это считается мерзким поступком. Большое значение имеет требование к врачу о необходимости изучения, совершенствования знаний (шестой адаб). Нельзя, чтобы врач допускал халатность, наносил вред пациенту из-за незнания. Насколько нанесен вред, настолько и высока ответственность перед Всевышним. Если по незнанию врача пациент умрёт, врач будет убийцей, и ответит перед Всевышним. Посланник, мир ему и благословение Аллаха, говорит о халатности врача: «Тот, кто лечит, не зная, как это делать, будет «замином». Замин – это тот человек, который убил или нанёс увечье, родственники или же сам пострадавший имеют

право требовать возмездие. За каждый орган есть в Шариате предписанный штраф и за это несёт ответственность врач, если он не знает своё дело. Этого должен бояться врач. [19].

Историческое исследование вопроса ответственности медицинских работников в Республике Казахстан показывает относительную новизну данной темы для нашего государства и тесную взаимосвязь с законодательством Российской Федерации предшествующего периода.

Распространенная на территорию современного Казахстана юрисдикция царской России предусматривала ответственность медицинского работника, как специального субъекта преступления, начиная со времени правления Петра I. В 1720 г. Петром I был утвержден Морской устав, десятая глава которого именовалась «О лекаре». В нем упоминалось и об ответственности врача за неблагоприятный исход лечения: «Ежели лекарь своим небрежением к больным поступит, от чего им бедство случится, «то оной яко злоторец наказан будет, яко бы своими руками его убил, или какой отсек». [9].

В действовавшем до 1917 года Уложении о наказаниях уголовных и исправительных «делам врачей» было посвящено Отделение седьмое «О нарушении уставов врачебных» и устанавливались санкции за профессиональные преступления медицинских работников. Так, ст.872 Уложения устанавливала уголовную ответственность за уклонение от оказания помощи больному, а ст.870 Уложения гласила: «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства, делают явные, более или менее важные, в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Умерщвление плода вне зависимости от субъекта преступления относилось к деяниям, примыкающим к убийству [20].

В Своде законов Жеті жарғы, действовавшем параллельно с законами царской России, не имеется упоминания за какую-либо ответственность при оказании медицинской помощи. В частности, не было ответственности повитух за действия при родах, ответственности различных лекарей, знахарей. Наказания отражали принцип кровной мести – смерть за смерть, увечье за увечье. Также от наказания можно было откупиться, уплатив «кун». Жеті жарғы не знал разграничений между уголовным и гражданским правом. Поэтому понятие «преступление» часто сливалось с понятием «дурной поступок», «грех». Согласно нормам уголовная ответственность распространялась на непосредственного виновника преступления. Однако, особо было оговорено, что если виновный не выплачивал назначенный штраф, он взыскивался со всей общины [21].

В законодательстве советского периода специальных разделов, посвященных ответственности медицинских работников за профессиональные преступления, не содержалось. По УК РСФСР 1922 и 1926 гг. в случае причинение вреда здоровью медицинские работники несли ответственность на общих основаниях за преступления против личности. В качестве специального субъекта преступления медицинские работники привлекались за незаконное производство аборта и отказ в оказании медицинской помощи.

Так, ст.146 УК РСФСР 1922г. предусматривала ответственность за совершение с согласия матери изгнания плода или искусственного прерывания беременности лицами, имеющими специальную медицинскую подготовку, но в ненадлежащих условиях. Отказ врача в оказании медицинской помощи, если он заведомо мог иметь опасные для больного последствия согласно ст.165 ч.2 УК РСФСР1922г. наказывался лишением свободы на срок до двух лет.

Аналогичный подход прослеживался и в УК КазССР в редакции 1959 года. В ней имелась только одна норма, где в качестве специального субъекта выступал медицинский работник - неоказание помощи больному без уважительных причин лицом медицинского персонала, обязанным ее оказывать по закону или специальному правилу (ст.111). Предусматривалось наказание в виде исправительных работ, общественного порицания до лишения свободы сроком до 2 лет в случае причинения тяжкого вреда здоровью. Случаи неосторожного причинения вреда здоровью охватывались нормой за преступления против личности (ст.98). Наряду с изложенным, предусматривалась уголовная ответственность за незаконное врачевание и незаконную фармацевтическую деятельность (ст.209, 209-1) [22].

Уголовный Кодекс Республики Казахстан 1997г. в главе «Преступления против здоровья населения и нравственности» содержал отдельную статью 114, предусматривающую ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками. Кроме того, медицинские работники рассматривались в качестве специального субъекта за незаконное производство аборта, неоказание помощи больному, разглашение врачебной тайны, незаконную выдачу рецептов, дающих право на получение наркотических и психотропных веществ [23].

В новом Уголовном Кодексе УК РК, вступившем в силу с 1 января 2015г., введена специальная глава о медицинских уголовных правонарушениях [24].

Этому факту предшествовало принятие отдельного медицинского кодекса РК в рамках Государственной Программы «Здоровье народа», определившего одним из основных долгосрочных приоритетов сохранение здоровья и обеспечение благополучия граждан. Одна из статей данной главы

(317) рассматривает ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками действия. При этом, в сравнении с аналогичной статьей 114 УК РК в редакции 1997г., в статье 317 УК РК усилена уголовная ответственность в случаях наступления последствий в виде причинения по неосторожности смерти человека: с 2 до 5 лет лишения свободы, а также предусмотрена ответственность за причинение смерти двух и более лиц с санкцией до 7 лет лишения свободы.

Тем самым, институт уголовной ответственности медицинских работников прошел определенные ступени развития в законодательстве Республики Казахстан и свидетельствует об его актуальности в условиях развития медицинских технологий и наличия вопросов к качеству оказания медицинской помощи.

Можно выразить согласие с мнением к.ю.н. Рустимова Г., которая указывала, что в нормах уголовного права задача государства по обеспечению качественной медицинской помощи реализуется путем установления уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья в сфере медицинского обслуживания населения. Также она высказывала идею о создании самостоятельной дисциплины и новой отрасли - медицинского права [25].

С правильностью выделения в Уголовном кодексе медицинских уголовных правонарушений в самостоятельную группу преступлений, а также о необходимости отдельной нормы регламентирующей уголовную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками выражают согласие некоторые российские ученые.

К примеру, д.ю.н. Антонова Е.Ю. высказывает идею, что эффективное функционирование органов и учреждений здравоохранения возможно только при соблюдении принципа оказания квалифицированной медицинской помощи и рекомендует принять меры, направленные на совершенствование российского законодательства путем принятия самостоятельно нормы, регламентирующей ответственность медицинских работников по аналогии со ст.317 УК РК [26].

Таким образом, возникновение и существование нынешней статьи 317 УК исторически закономерно и обусловлено социальной необходимостью, с целью обеспечения гарантий конституционных прав граждан Республики Казахстан. А имеющиеся вопросы по конструкции статьи и ее практическом применении разрешимы путем внесения изменений и принятия иных нормативных правовых актов.

1.2 ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Жизнь и здоровье человека относятся к основным, конституционно охраняемым ценностям, находящимся под защитой государства. Статьи 15 и 29 Конституции Республики Казахстан гарантируют «право гражданина на жизнь и охрану здоровья» [1]. Соответственно, все нормативные правовые акты в области медицины должны быть направлены на повышение гарантированности и защиты прав пациентов. Мы согласны с мнением российского ученого Понкиной А.А., которая указывала, что «конституционные гарантии являются необходимым условием права на безопасную медицинскую помощь; в то же время, исследование прав пациентов важно и для обеспечения защиты прав, законных интересов медицинских работников и медицинских организаций» [27]. Таким образом, права пациентов тесно взаимосвязаны с обязанностями медицинских работников, чьи права, в свою очередь, также должны быть гарантированы государством.

Все аспекты прав граждан на качественное медицинское обслуживание регламентированы многими международными правовыми актами, которым соответствует казахстанское законодательство.

Так, статья 25 Всеобщей Декларации прав и свобод человека провозглашает, что каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи [28].

Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения провозглашает в качестве принципов, что здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от сотрудничества отдельных лиц и государств; при этом, Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мероприятий социального характера в области здравоохранения [29]. Республика Казахстан вступила в ВОЗ 19 августа 1992 г., став 180 государством-членом этой организации. Географически наша страна относится в Европейский регион ВОЗ. В настоящее время членами ВОЗ являются 194 государства. В период 2015-2018г.г. Республика Казахстан входила в состав руководящего органа ВОЗ - Исполнительного комитета [30].

В Международном Кодексе медицинской этики, принятого Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации в 1949 году указано, что «Вне зависимости от профессиональной специализации, врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и

полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи». Данный Кодекс, состоящий всего из 14 пунктов, содержит общие обязанности врача, обязанности врача по отношению к больному, обязанности по отношению друг к другу [31].

Лиссабонская декларация о правах пациента, принятая 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в 1981 году, провозглашает, что «обеспечение качества медицинского обслуживания всегда должно являться неотъемлемой частью здравоохранения. Врачам следует принять на себя обязанности по обеспечению качества предоставляемых медицинских услуг. Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав (высококачественное медицинское обслуживание), врачи должны стремиться всеми доступными средствами восстановить их и обеспечить их соблюдение» [32]. Тем самым, основополагающий международный акт о правах пациента предусматривает «повышенную» ответственность медицинских организаций и работников за качество медицинского обслуживания и ставит во главу именно права пациента. Более того, как следует из данной декларации, врач должен обеспечить качественное медицинское обслуживание, даже, если это препятствуется национальным законодательством или действиями правительства. Указанная Декларация предусматривает следующие права пациента:

- на высококачественное медицинское обслуживание;

- на свободу выбора;

- на самоопределение;

- на получение информации;

- на конфиденциальность;

- на санитарное просвещение;

- на человеческое достоинство;

на религиозную поддержку. Кроме того, содержатся права пациентов, находящихся в бессознательном состоянии и неправоспособных.

Заслуживает отдельного внимания нижеследующий документ, который может свидетельствовать о том, что случаи некачественного оказания медицинской помощи имеют место во всех странах вне зависимости от уровня развития общества, экономической и политической формации. В медицине, как и в любой другой отрасли находятся работники, которые своими действиями или бездействиями допускают нарушение закона и дискредитируют профессию. В этой связи, в 1992 году Всемирной Медицинской Ассамблеей принято «Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям» (далее по тексту - Заявление) [33]. В нем отмечается на увеличение количества жалоб на халатное отношении врачей к своим

обязанностям. В качестве причин этого указывается ряд объективных и субъективных причин, среди которых: совершенствование медицинских технологий, позволяющие высокорисковые медицинские вмешательства; недостаточное финансирование оказания медицинской помощи; возбуждение в средствах массовой информации недоверия к врачам и противоположное этому «оборонительная позиция» врачей в связи с увеличением количества исков к ним.

Данный документ вменяет в обязанность национальных медицинских организаций разработку и реализацию программ, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи. В том числе, определение политики в отношении тех врачей, чья квалификация признана недостаточной, с рассмотрением вопроса о временном лишении их права практики и создание систем их переподготовки, страхование врачей от профессиональных рисков. Наряду с этим, предусматривается необходимость юридической защиты самих врачей в случае необоснованности исков пациентов, с внедрением внесудебной формы разрешения споров, просветительские программы, раскрывающие пределы медицинских возможностей и возможные риски при определенных методах лечения. Кроме того, в заявлении содержатся понятия «халатное отношение врача к своим обязанностям» и «неблагоприятных исход заболевания, наступивший в процессе оказания медицинской помощи». На наш взгляд, положения указанные в вышеуказанном заявлении необходимо учитывать при исследовании криминологических аспектов ответственности медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Тем самым, актуальность различных аспектов халатности (одного из видов ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей) врача затрагивается на уровне международных правовых актов, что может свидетельствовать о наличии проблемных вопросов при разграничении неправомερных действий от правомερных не только в Республике Казахстан, но и других странах, в особенности постсоветского пространства. Как указывала д.ю.н.Понкина А.А. «проблема врачебной ошибки входит в число наиболее актуальных и сложных проблем медицинского права и системы здравоохранения Российской Федерации. И эта проблема еще очень далека от её эффективного и социально одобряемого решения. Проблема врачебной ошибки требует самого пристального общественного и государственного внимания, поскольку врачам приходится иметь дело с «самым ценным подарком для человечества - с жизнью человека, с множеством функций жизненно важных органов, с достоинством личности человека и их значениями, очень ценными и в то же время очень личными для самих людей» [27].

Касательно Республики Казахстан, то в соответствии с законом «О национальной безопасности Республики Казахстан» достижение и поддержание уровня и качества системы здравоохранения и социального обеспечения, адекватного потребностям улучшения благосостояния граждан и общества относится к основным национальным интересам [2].

Основные принципы государственной политики в области здравоохранения в Республике Казахстан закреплены в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения», в котором указано о равенстве прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи, постоянного повышения качества медицинской помощи [14]. В соответствии с ним, медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, включающих лекарственную помощь, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, а также облегчение неизлечимых заболеваний. Также в Кодексе дано понятие качества медицинской помощи, под которой следует понимать уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня. Кодекс раскрывает понятие медицинской деятельности и медицинской услуги. Так, медицинская деятельность - это профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан. Медицинские услуги - действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку.

Немаловажным фактом является то, что Республика Казахстан первая на постсоветском пространстве приняла подобный специальный Кодекс, регулирующий правоотношения в медицинской сфере. В разделе «Охрана здоровья граждан» имеется отдельная Глава 16 под заглавием «Права и обязанности в области здравоохранения и гарантии их обеспечения», предусматривающие права и обязанности граждан. При этом, в отдельные статьи выделены права и обязанности пациентов, а также права детей.

Следует отметить, что с 2018 года Министерством здравоохранения рассматривается вопрос о разработке нового Медицинского Кодекса, а также о пересмотре составов уголовных и административных правонарушений. В апреле 2018 года директор департамента юридической службы Министерства здравоохранения РК Турмаганбет Т. озвучил в СМИ «Мы начали разработку новой редакции Кодекса "О здоровье народа и системе здравоохранения". Новый кодекс будет концептуально отличаться от действующего, как по структуре, так и по контенту. Он будет ориентирован на защиту прав

человека, затрагивать такие вопросы как цифровизация и искусственный интеллект. Значительный блок изменений и дополнений в действующий кодекс связан с декриминализацией врачебных ошибок, пересмотру составов уголовных и административных правонарушений. Ряд изменений направлен на совершенствование системы медицинского образования и повышение качества подготовки медицинских кадров» [34].

В конце 2018 года были внесены только лишь изменения и дополнения в действующий Медицинский кодекс. В основном они касались вопросов финансирования, формирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, порядка оборота лекарственных средств и медицинских изделий, лицензирования и аккредитации медицинских организаций и работников.

30 сентября 2019 года Правительством на рассмотрение Мажилиса Парламента Республики Казахстан внесен проект Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения". Он состоит из 7 разделов и 282 статей. Отдельные главы посвящены профилактике заболеваний, организации охраны общественного здоровья, включающую скрининговые исследования, школьную и дошкольную медицину, ведомственной медицине (сотрудникам правоохранительных органов, государственным служащим, спортсменам и тренерам), трансплантации, фармацевтической деятельности, кадровой политике в области медицины. В том числе, регламентированы особенности оказания дистанционной и высокотехнологической медицинской помощи, вопросы оценки технологии здравоохранения, объемов и форм медицинской помощи, социального медицинского страхования и др. С учетом изменений, внесенных в Уголовный кодекс РК, предусмотрена статья о химической кастрации [5].

В настоящее время данный проект кодекса находится на стадии общественных слушаний. При этом, ряд практикующих врачей и общественных организаций выступают с критикой положений проекта кодекса, касающихся вопросов вакцинации населения, донорства органов, первичной медико-санитарной помощи, страховой медицины, с внесением предложений по направлению кодекса на доработку [35].

Кроме того, на протяжении 2018 года в средствах массовой информации представителями медицинского сообщества неоднократно указывалась идея о необходимости декриминализации правонарушений, предусматривающих уголовную ответственность медицинских работников за нарушение стандартов при оказании медицинской помощи и врачебную ошибку.

Между тем, простое механическое исключение статьи из уголовного закона не является способом решения существующих проблем в правоприменительной практике, касающихся ст.317 УК РК.

Перефразированное народное высказывание «нет статьи - нет дела» в данном случае неприменимо и несправедливо по отношению к лицам, пострадавшим от ненадлежащей медицинской помощи.

Несомненно, имеются вопросы, требующие исследования и совершенствования действующего законодательства. Таким образом, на наш взгляд неприемлемы предложения представителей Министерства здравоохранения о декриминализации статьи 317 УК РК либо ее части. Тем более, в условиях отсутствия гласного рассмотрения результатов работы медицинских работников, «закрытости» и проявлении корпоративной солидарности при возникновении негативных результатов. Наличие уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья вследствие ненадлежащего выполнения медицинскими работниками своим профессиональных обязанностей является одной из гарантий соблюдения прав пациентов на качественную медицинскую помощь.

Более того, вышеуказанные международные акты указывают на приоритет прав пациентов и предусматривают «повышенную» ответственность медицинских организаций и работников за качество медицинского обслуживания. В этой связи, наличие в УК РК ст.317 вполне обоснованно и закономерно.

Требованиям мировой системы здравоохранения также отвечает государственная программа «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Главная цель программы состоит в увеличении к 2020 году ожидаемой средней продолжительности жизни населения Казахстана до 73 лет. Госпрограмма разделена на семь основных направлений:

1) Развитие системы общественного здравоохранения путем формирования службы общественного здоровья, деятельность которой будет направлена на достижение трех ключевых целей. Первая цель — проведение аналитической работы по широкомасштабному мониторингу и надзору, как за инфекционными болезнями, так и за неинфекционными болезнями. Вторая цель — реализация мер по укреплению здоровья. Третья цель заключается в развитии Службы общественного здоровья»;

2) Модернизация и приоритетное развития первичной медико-социальной помощи населению, в том числе, проведение работы по восстановлению педиатрических участков;

3) Функционирование Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг (ОКК);

4) Реализация Национальной политики лекарственного обеспечения;

5) Внедрение обязательного социального медицинского страхования;

6) Новые ГОСО подготовки медицинских кадров по всем специальностям, изменение программ обучения, расширение академической и управленческой самостоятельности ВУЗов, создание университетских клиник, переобучению профессорско-преподавательского состава;

7) Работа по развитию инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства [4].

Вышеуказанная программа принята в рамках Стратегии «Казахстан-2050», где указано, что для дальнейшего развития страны и вхождения в число 30-ти наиболее развитых стран мира к 2050 году следует преодолеть разрыв в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Казахстаном. В этой связи государство должно обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное использование имеющихся ресурсов [36].

Аспекты медицинского обслуживания населения были затронуты и в Послании первого Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана от 5 октября 2018 г. Так, согласно пункта 6 Послания, качество медицинских услуг является важнейшим компонентом социального самочувствия населения: «В первую очередь нужно повысить доступность первичной медико-санитарной помощи, особенно на селе. С 1 января 2019 года все поликлиники и больницы должны перейти на безбумажное, цифровое ведение медицинской документации. Это позволит к 2020 году сформировать электронные паспорта здоровья для всего населения, устранить очереди, бюрократию, повысить качество услуг» [3].

Во исполнение поручений, указанных в данном Послании, в 2019 году в Министерстве здравоохранения РК создан Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг. Комитет был наделен несколькими функциями: по контролю качества и безопасности товаров и услуг, оказывающих влияние на здоровье человека; качества медицинских услуг; в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, включая контроль над соблюдением предельных розничных цен в аптеках; в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В настоящее время Республика Казахстан, наряду с выработкой мер, направленных на соответствие международным стандартам о качестве медицинских услуг, принимает активное участие в проведении международных медицинских конференций, с принятием на них глобальных решений, касающихся качества здравоохранения.

Так, в 1978 году в г.Алма-Ате ВОЗ была принята Алма-Атинская декларация, названная ООН «Великой хартией мирового здравоохранения». Она касалась вопросов профилактики заболеваний и послужило ключевым ориентиром для развития здравоохранения всего мира. В 2018 году в Астане по случаю 40-й годовщины Алма-Атинской декларации прошла Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи. Организаторами мероприятия выступили Правительство Казахстана, Всемирная организация здравоохранения. Результатом стало принятие Декларации Астаны «Все правительственный подход к продвижению первичной медико-санитарной помощи в направлении всеобщего охвата услугами здравоохранения». В ней отражены обязательства государств, людей и сообществ, систем здравоохранения и партнеров в достижении здоровья для всех через устойчивую первичную медико-санитарную помощь, предусматривающий всеобщий охват медицинскими услугами и здоровье для всех [37].

Одним из значительных нормативных актов последних лет, существенно влияющих на уровень развития медицинской отрасли, является закон от 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании», согласно которого с 1 января 2020 года медицинская помощь будет предоставляться в рамках системы обязательного социального медицинского страхования и (или) гарантированного объема бесплатной медицинской помощи[38]. Экономическая целесообразность создания ФСМС заключается в снижении нагрузки на бюджет и повышении ответственности граждан за состояние своего здоровья. Между тем, данный закон вызвал немало дискуссий при его принятии, поскольку имелся негативный опыт функционирования ФОМС РК в период 1995-1998г.г. Тогда система так и не заработала в полной мере. Причиной стали как раз проблемы в деятельности самого Фонда обязательного медицинского страхования [39]. Положения нового закона от 2015 года планировалось реализовывать с начала 2017 года, далее сроки были изменены на 2018 и в последующем на 2020 год. Предполагается, что новая система медицинского страхования будет соответствовать международным стандартам, что должно позитивно сказаться на качестве оказания медицинских услуг.

Тем самым, в Республике Казахстан имеется законодательное регулирование правовых отношений между медицинскими организациями, их работниками и пациентами, законодательно гарантировано право на охрану здоровья и качество медицинской помощи. Другой вопрос заключается в реализации данных прав и надлежащей их защите.

Как указывает Рустимова Г., законодательное обеспечение охраны здоровья послужит толчком для поднятия уровня и статуса отечественного

здравоохранения и медицины до международного. Немаловажное значение имеют и экономические гарантии [7].

Соглашаясь с данным мнением, хотелось бы отметить, что при возникновении спорных вопросов в правоприменительной практике необходимо совместными усилиями юристов-правоведов и представителей медицинского сообщества искать пути их решения. Специфика медицинского права такова, что юристам-правоведам невозможно обойтись без знаний представителей медицины в вопросах, касающихся терминологии, методологии и т.д. В большей степени это касается норм уголовного права, поскольку в случае бланкетной нормы, необходима строгая регламентация и нормативное регулирование узкоспециализированных медицинских вопросов.

Целью данных действий должна стать гарантия прав граждан Республики Казахстан на качественное медицинское обслуживание, защита добросовестных медицинских работников от необоснованного уголовного преследования и неотвратимость наказания для действительно виновных лиц.

1.3. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В целях обеспечения интересов пациентов, а также повышения правовой защищенности лиц, оказывающих медицинские услуги от необоснованной уголовной репрессии, бесспорно необходимо изучение законодательства зарубежных развитых стран, в которых качество медицинских услуг признается высоким. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения составлен аналитиками агентства Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка. В основе рейтинга три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения той или иной страны: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения. Последняя версия рейтинга BloombergHealthCareEfficiency вышла в 2018 году, согласно которой 10 стран с высокими показателями являются *(по степени убывания)*: Гонконг, Сингапур, Испания, Италия, Южная Корея, Израиль, Япония, Австралия, Тайвань, ОАЭ. 17 позицию в рейтинге занимает Франция, Великобритания-35, Германия-45, США-55. При этом, Казахстан на 44 позиции, Беларусь - 49, Россия – 53 [40].

Изучение зарубежного опыта имеет актуальное значение с научной и практической точек зрения и способствует выработке предложений по совершенствованию действующего законодательства, профилактики правонарушений, а также исключению ошибок, уже допущенных в других странах. Анализ зарубежного законодательства ввиду наличия различных систем права свидетельствует о существовании различных подходов в регламентации ответственности при некачественном оказании медицинских услуг. К примеру, во Франции уголовную ответственность за медицинские правонарушения могут нести и юридические лица, в Англии - к гражданской ответственности может быть привлечена администрация медицинского учреждения в случае, когда оно не обеспечило надлежащую работу медицинского работника, допустившего медицинскую ошибку. Аналогично, в Израиле гражданско-правовую ответственность несет учреждение, в котором осуществлял деятельность медицинский работник, в США - страховые компании наряду с медицинским учреждением, в Германии с 2013 года введен институт обязательного медицинского страхования ответственности врача за совершенную ошибку при лечении.

В европейском союзе придается концептуальное значение вопросам защиты прав пациентов. О чем может свидетельствовать тот факт, что в рамках концепции системы медицинской помощи, ориентированной на пациента (Patient-Centered-Healthcare) во всех странах Европы 18 апреля проводится День защиты прав пациентов. В каждой стране созданы общественные объединения, ассоциации, занимающиеся вопросами качества медицинской помощи и медицинских ошибок. Так, Французская Федерация ассоциаций помощи жертвам врачебных ошибок, обеспечивает реализацию положений национального законодательства в части компенсаций за ущерб здоровью, причиненный в результате врачебных ошибок и несчастных случаев. Нидерландская федерация пациентов и потребителей (NPCF) представляет интересы различных пациентских организаций на национальном уровне. Она работает по четырем основным направлениям: мониторингу доступности медицинской помощи, созданию и развитию информационных систем для пациентов, обеспечению прав пациентов и развитию подхода, ориентированного на удовлетворение потребностей пациентов, работе по усилению позиций потребителя в его диалоге со страхователями и поставщиками медицинских услуг [41].

Кроме того, в Англии медицинская ошибка, совершенная по неосмотрительности, неосторожности, недосмотру, есть лишь частное проявление общего гражданского правонарушения, которое по-английски именуется *tort of negligence*. На русский язык это переводится как халатность. Пострадавший или его семья должны предъявить иск о возмещении ущерба. Суд необходимо убедить, что эта ошибка была проявлением халатности. Истец должен доказать наличие трех составляющих: во-первых, что у врача перед истцом лично имеется профессиональный долг; во-вторых, что врач своей деятельностью или бездействием нарушил этот долг и не исполнил его должным образом; в-третьих, что в результате этого истцу был причинен вред. Гражданский суд в Англии не ставит перед собой задачу узнать правду или самостоятельно решить вопрос о компетентности врача. Задача суда – изучить все обстоятельства дела, доказательства и доводы сторон и, взвесив их, принять решение в пользу той стороны, чьи доводы и доказательства представляются суду более убедительными [42].

В части вопроса о процессуальной стороне дел данной категории, в США, в Великобритании существует особый вид юристов - коронеры («coroners»), которые чаще всего имеют два высших образования - медицинское и юридическое, и расследуют дела о насильственной и скоропостижной смерти. Именно специальные познания в сфере медицины позволяют на наш взгляд

правильно квалифицировать деяние и более эффективному расследованию, тем самым улучшая правоприменительную практику.

Следует отметить, что законодательство зарубежных стран в области уголовно-правовой защиты жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг основано на разграничении умысла медицинского работника и медицинской ошибки. Современное законодательство зарубежных стран (Австрия, Германия, Франция) наказуемой считает только грубую врачебную ошибку, поскольку отношения между врачом и больным признаются частными. Зарубежное законодательство содержит специальные нормы об уголовной ответственности «за неправильное лечение по незнанию медицинского искусства и за неумело, неловко проведенную операцию» [43].

Норма о фактической ошибке содержится в Уголовном кодексе Германии, в котором параграф 16 называется «Ошибка в фактических обстоятельствах деяния». В соответствии с п. 1 данного параграфа «кто, совершая деяние, не знает об обстоятельстве, которое относится к составу деяния, предусмотренному законом, тот действует непреднамеренно. Наказуемость за деяние, совершенное по небрежности, при этом остается без изменений». К примеру, параграф 218 предусматривает уголовную ответственность за нарушение врачебного долга при прерывании беременности. При этом, действия могут быть совершены непреднамеренно вследствие небрежности или умышленно. К примеру, п. «с» данного параграфа предусматривает факты, когда врач не убедился в результатах исследования, не проконсультировал о рисках и последствиях и даже не выяснил причины, по которым она требует прервать беременность (лишение свободы до 1 года либо штраф). Пункт «в» предусматривает умысел - «кто, будучи врачом, намеренно делает неверное медицинское заключение о предпосылках необходимости прерывания беременности, наказывается лишением свободы до 2 лет или денежным штрафом» [44].

Согласно ст.122-3 УК Франции не подлежит уголовной ответственности лицо, представившее доказательства того, что в силу ошибки относительно права, которой оно не могло избежать, оно полагало, что имеет законное основание совершить действие. Тем самым, ошибка связана с субъективной стороной состава преступления. Сущностью ошибки является добросовестное заблуждение лица о юридических или фактических признаках деяния. Особенностью французского законодательства в части наиболее сложного в доказывании причинной связи является необходимость решения вопроса о прямой или косвенной причинной связи в связи с вопросом о виде вины. Так, если пациент находился в опасном для жизни состоянии и врач не предпринял необходимых мер, налицо косвенная причинная связь. Прямая причинная связь признается в случаях, когда жизни пациента ничего не угрожало и только

действия медицинских работников привели к смерти или причинению вреда здоровью [45].

Согласно американской доктрине и судебной практике, причина не может рассматриваться как таковая в уголовно-правовом смысле, если она внесла лишь минимальный вклад в наступление преступного результата. Суд вправе не признать наличие причинной связи в тех случаях, когда пациент поступил в лечебное учреждение в крайне тяжелом состоянии, а дефекты диагностики или лечения не представляли собой существенного нарушения признанных правил их проведения. Согласно Типовому уголовному кодексу США (Model Penal Code) медицинский персонал совершает преступления с двумя формами вины - неосторожно (recklessly), «небрежно» (negligently). Так, американский комментарий к Уголовному кодексу и руководство по уголовному праву определяют преступную небрежность («negligence») как ситуацию игнорирования существенного и непропорционального риска, о котором субъект не знал, хотя должен был знать. Эти же источники толкуют преступную неосторожность («recklessness») как ситуацию игнорирования существенного и непропорционального риска, о котором субъект знал, игнорировал его сознательно и продолжал опасное поведение. Легко сделать вывод, что в отечественной юридической литературе эта форма вины носит название «преступное легкомыслие» [46].

Относительно стран СНГ, то нормы о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником предусмотрены в Уголовных Кодексах Украины (ст.140), Белоруссии (ст.162). Наряду с Казахстаном, самостоятельная глава о медицинских правонарушениях имеется только в Уголовном Кодексе Кыргызстана.

В России уголовный закон не содержит специальной нормы за указанные преступления и, в целом, за медицинские преступления. В главе о преступлениях против личности предусмотрена ответственность за деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Тем самым, медицинские работники выступают в качестве специального субъекта в квалифицированных составах: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей (статья 109 часть 2 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей (статья 118 часть 2 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией (статья 122 часть 4 УК РФ). Причинение легкого и средней тяжести вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих

профессиональных обязанностей медицинским работников не является уголовно наказуемым деянием.

Кроме того, в РФ медицинские работники за профессиональные преступления могут привлекаться к уголовной ответственности за должностные преступления, за преступления против правосудия (халатность-статья 293 УК РФ; заведомо ложные показания эксперта, специалиста-статья 307 УК РФ), а также за нарушение неприкосновенности частной жизни в случае разглашения врачебной тайны (статья 137 УК РФ).

Следует отметить, что существующая в Казахстане проблематика при расследовании дел данной категории характерна для законодательства России. Как указывал Татаркин В.В., практические работники испытывают серьезные трудности с выявлением этих преступлений, формированием доказательственной базы, квалификацией таких деяний и привлечением нарушителей к уголовной ответственности. Во многом это объясняется объективными трудностями установления причинной связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступившими общественно опасными последствиями. Препятствует раскрытию преступлений и организация проведения судебно-медицинской экспертизы по факту правонарушения медицинского работника [47].

Аналогично, также как в Казахстане, в РФ не отработан механизм возмещения вреда, причиненного вследствие ненадлежащего выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Как отметила д.ю.н. Понкина А.А. «в настоящее время законодательство Российской Федерации о здравоохранении не содержит специальных правовых норм, достаточно детально регулирующих отношения, связанные с превенцией, выявлением и квалификацией врачебных ошибок и их правовых последствий. Немногочисленные положения Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающиеся вопросов вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, не содержат необходимых конкретных предписаний» [27]. Указанные аспекты характерны и для закона РК «Об охране здоровья», где только в статье 182 о правах и обязанностях медицинских и фармацевтических работников указано об их обязанности «надлежащим образом выполнять свои профессиональные обязанности, уважительно и гуманно относиться к пациентам, руководствоваться принципами медицинской этики и деонтологии» [14]. При этом, вопросы материальной ответственности за причинение вреда здоровью пациента не регламентированы.

Действующий с 2019 года Уголовный Кодекс Кыргызстана содержит самостоятельную главу «Ненадлежащее исполнение обязанностей медицинским или фармацевтическим работником», которая включает в себя

нормы «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» (статья 152), «Незаконная лечебная деятельность» (статья 159), а также иные нормы в сфере трансплантологии, донорства, нарушения врачебной тайны. Несмотря на наличие отдельной главы, ряд статей об уголовной ответственности в сфере медицинской деятельности содержится в других главах Уголовного Кодекса Кыргызстана. Так, статьи «Незаконное прерывание беременности», «Неоказание помощи» содержатся в главе 23 «Преступления, ставящие в опасность жизнь человека». Статья «Незаконное производство и реализация лекарственных средств» содержится в главе 39 «Преступления против здоровья населения» [48]. Таким образом, УК Республики Казахстан в сравнении с УК Кыргызстана более систематизирован в вопросе установления объекта и объективной стороны преступлений в сфере медицинской деятельности.

Заслуживает особого внимания Уголовный Кодекс Украины, который, несмотря на отсутствие отдельной главы, предусматривающей ответственность медицинских работников, содержит более широкий спектр статей за преступления в сфере медицинской и фармацевтической деятельности. Так, УК Украины включает статью, предусматривающую ответственность за: нарушение прав на бесплатную медицинскую помощь (статья 184 УК Украины), ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита или иной неизлечимой болезнью (статья 131 УК Украины), нарушение установленного порядка доклинического изучения, клинических испытаний и государственной регистрации лекарственных средств» (статья 321-2 УК Украины), незаконную лечебную деятельность (статья 138 УК Украины), а также за нарушение прав пациента (статья 141 УК Украины) [49]. Таким образом, УК Украины более детально рассматривает вопросы уголовной ответственности за нарушение прав пациентов, а также содержит превентивную статью, исключющую внедрение и распространение населению не апробированных сомнительных лекарственных средств. В то же время, неосторожные действия медицинских работников, повлекшие смерть или тяжкие (средней) тяжести телесные повреждения квалифицируются на общих основаниях, как «Убийство по неосторожности (статья 119 УК Украины), «Неосторожное тяжкое или средней тяжести телесное повреждение» (статья 128 УК Украины). Тем самым, при столь существенных последствиях данных видов преступлений медицинский работник не выделяется в качестве специального субъекта, а также не конкретизируется объект преступления.

Проводя сравнительный анализ с законодательством зарубежных стран, нельзя не затронуть вопросы социальных гарантий и механизмов защиты прав

пациентов от неправомерных действий медицинских работников, в частности врачей. Проведенный анализ показал, что существуют различные социальные подходы в способах защиты прав пациентов и самих врачей от необоснованных жалоб.

Так, система защиты прав пациентов Великобритании – это сеть различных государственных и общественных органов, независимых друг от друга и контролирующих те или иные аспекты реализации данных прав. Государственные органы представлены Государственным агентством по безопасности пациентов, в задачи которого входит информирование, поддержка организаций и лиц, работающих в сфере здравоохранения, и влияние на них. Агентство включает три подразделения: службу сбора информации и обмена ею с целью снижения рисков для потребителей медицинских услуг, обеспечения их безопасности; службу клинической оценки, поддерживающую разрешение недоразумений, связанных с работой отдельных практикующих врачей для контроля безопасности и должной оценки их деятельности; службу этичности в исследованиях, защищающих их права, безопасность, достоинство и благополучие граждан, участвующих в исследованиях. Также в Великобритании существует Независимая служба защиты интересов пациентов, которая помогает желающим подать жалобы по поводу своего лечения или ухода. Также имеется Комиссия контроля качества, отвечающая за качество и безопасность медицинских услуг. Она является независимым регулятором качества медицинских и социальных услуг путем проверки их соответствия стандартам качества и безопасности. Финансирование комиссии осуществляется за счет неправительственных поступлений и государственных грантов [41]

В США широко развит институт судебных исков пациентов. Ему может предшествовать досудебное урегулирование споров между пациентами и медицинскими учреждениями. При больницах существуют юридические отделы либо специализированные юристы, которые занимаются вопросами возмещения вреда в случае причинения вреда в результате оказания медицинской помощи. Данный факт может быть обусловлен тем, что бремя возмещения вреда жизни и здоровью пациента возлагается на медицинское учреждение, которое в свою очередь вправе потребовать возмещения от виновного врача. В связи с чем, у большинства врачей имеются профессиональные страховки, сумма которой зависит от специализации врача и характера его деятельности. Самые высокие у врачей высоко рискованных специальностей (хирургов, анестезиологов). Существующие огромные иски, связанные с судебными исками со стороны пациентов, вынуждают

американских врачей покупать чрезвычайно дорогие полисы страхования профессиональной ответственности [50].

В Германии существует независимая «Служба жалоб» (в каждой больнице) и региональные медицинские ассоциации, которые бесплатно расследуют обстоятельств конкретного случая ненадлежащего оказания медицинской помощи. Пять «шагов» немецкого пациента в поисках справедливости: беседа с лечащим врачом – переговоры с руководством отделения или больницы – независимая «Служба жалоб» (наличествует в каждой больнице) – обращение в региональную медицинскую ассоциацию – суд [51].

Во Франции система защиты пациентов базируется на солидарной ответственности государства и медицинских работников, которые обязаны страховать профессиональную ответственность за ущерб, причиненный жизни или здоровью пациентов. За счет страховых сумм предусмотрена компенсация вреда, причиненного жизни (здоровью) пациента, при несчастных случаях, произошедших при оказании медицинской помощи. Кроме того, имеется Национальная служба возмещения ущерба, которая являясь государственным учреждением и действуя под эгидой министерства здравоохранения, возмещает 24 % причиненного ущерба в случаях, когда невозможно установить конкретного причинителя вреда (невиновный вред) [41].

Израильская медицина, как правило, считается одной из передовых в мире и заслуживает внимания ее опыт возмещения вреда пациенту от некачественных медицинских услуг. Строгие требования, которые существуют в медицине Израиля, обязательны для всего врачебного персонала клиник, поскольку ответственность за причиненный здоровью пациента вред или за ущемление его прав ложится как на сотрудника медучреждения, так и на всю клинику целиком. А последствия компенсирует страховая компания, в которой была застраховано медицинское учреждение. При этом, вред может причинен в результате случайного или заведомого нарушения стандарта оказания медицинской помощи. В результате пациент, который пострадал от неправильных действий врача, вправе получить за нанесенный ему ущерб возмещение [52].

Из стран постсоветского пространства вопросам возмещения вреда и страхования ответственности медицинских работников надлежащее внимание уделено лишь в странах Прибалтики. Это первая из постсоветских стран, где был принят Закон о правах пациента и компенсации за ущерб здоровью (в 1997 году). Литва находится в первой тройке рейтинга ситуации с правами пациентов в странах-членах ЕС. После того, как в Литве был принят закон о правах пациентов, в стране создано 120 общественных объединений пациентов,

из которых около 20 организаций занимается исключительно их правами. Также создана авторитетная общественная организация врачей. По словам директора государственной инспекции медицины при Министерстве здравоохранения Литвы Ромуна Навикине: «В Литве за последние 5-6 лет мы выплатили пациентам до 2 миллионов евро возмещения ущерба за оказание некачественной медицинской помощи. Вывод о том, что без страхования врачебных ошибок не обойтись в Литве сделали после истории, которая произошла в одной из областных больниц. По вине медсестры новорожденные близнецы получили сильные ожоги и вынуждены были перенести ряд сложнейших операций. Родители малышей потребовали от больницы возмещения ущерба в сумме миллион евро. Таких денег у клиники не было, начались судебные разбирательства, и Верховный суд объявил вердикт: сумма ущерба 175 тысяч евро. Безусловно, и эта сумма для медучреждения была огромная. И тогда мы поняли, что, не застраховавшись, больница рискует многим, вплоть до закрытия, потому что должна на чем-то экономить, ни государство, ни муниципалитет денег на возмещение ущерба из-за врачебной ошибки, не дает. С тех пор медучреждения Литвы и медики по желанию страхуют свои риски» [53].

Таким образом, в странах с развитой рыночной экономикой основополагающим фактором является договор между врачами и пациентами, где содержится пункт об условиях и размерах возможной компенсации пациенту, пострадавшему от ненадлежащего оказания медицинской услуги, а также об ответственности самих пациентов за поддержание своего здоровья. Также широко развита процедура досудебного урегулирования споров. Данный факт обусловлен значением деловой репутации врача либо медицинской организации, принявшего его на работу. Следует обратить внимание на наличие в Англии и США, наряду с государственными, независимых неправительственных органов защиты прав пациентов и контроля качества медицинских услуг.

На наш взгляд, наиболее социально-гарантированный подход к правам пациентов наблюдается в Германии, где имеются региональные медицинские ассоциации, которые бесплатно расследуют обстоятельств конкретного случая ненадлежащего оказания медицинской помощи, в том числе с бесплатным для пациента привлечением специалистов. Также можно получить бесплатную телефонную консультацию от Немецкой независимой службы, информирующей пациентов в отношении их прав. Самым, пациент изначально не вынужден обращаться к услугам адвокатов, экспертов для доказывания факта нарушения со стороны врача или медицинской организации. Более того, даже при обращении в суд (в случае несогласия с решением региональной медицинской ассоциацией), если пациент относится к

малоимущей группе населения, расходы на представительство в суде интересов такого пациента принимает государство. Аналогично, как было упомянуто ранее, заслуживает особого внимания в качестве положительного опыта вышеуказанная система защиты прав пациентов Франции, где государство в безусловном порядке берет на себя 24% материальной ответственной ответственности за причиненный пациенту ущерб в случаях невозможности установить виновность медицинского работника. Тем самым, пациент не остается один на один в правовых и имущественных отношениях с больницей (врачом), а находится под гарантией государственной помощи.

В странах постсоветского пространства при достаточной урегулированности вопросов уголовной ответственности за медицинские правонарушения, до настоящего времени не решен вопрос о надлежащей гражданско-правовой ответственности за причиненный вред. Равно открытым остается вопрос со страхованием гражданско-правовой ответственности врачей. Так, ущерб взыскивается с виновного медицинского работника, который не всегда способен его погасить, а медицинские учреждения и органы здравоохранения (в особенности частные), обладающие реальной возможностью возмещения ущерба, остаются в стороне от проблем пациента и его правовых взаимоотношений с медицинским работником, причинившем вред при оказании медицинских услуг. Между тем, учеными правоведами стран бывшего Советского Союза давно обсуждается данный вопрос. В частности, Понкиной А.А. предлагается «презумпция виновности» медицинской организации в причинении вреда здоровью пациента в случае совершения медицинской ошибки или иного дефекта медицинской помощи. По ее мнению, с которым мы соглашаемся, конституционно-правовой принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи, предопределяет обязанность несения медицинской организацией (медицинскими работниками которой был причинен вред здоровью пациента в результате совершения медицинской ошибки) гражданско-правовой ответственности в виде возмещения этой медицинской организацией причиненного пациенту вреда [27]. В правоприменительной практике Республики Казахстан, лица, пострадавшие от ненадлежащей оказанной медицинской услуги, в том числе от ненадлежащего выполнения медицинским работником профессиональных обязанностей, вынуждены первоначально доказывать факт нарушения со стороны врача или медицинской организации.

Тем самым, вопросы уголовной ответственности, даже при нежелании пациентов привлекать врача к уголовной ответственности могут стать более приоритетными, поскольку от результатов уголовного дела зависят последующие вопросы гражданско-правовой ответственности за причиненный вред. Указанные обстоятельства могут привести к увеличению

«карательной» функции закона в рассматриваемой сфере общественных отношений в ущерб социальным гарантиям прав граждан на качественную медицинскую помощь и услуги.

На наш взгляд Республике Казахстан в качестве положительного примера необходимо принять во внимание опыт вышеперечисленных стран дальнего зарубежья, в которых вопросы возмещения причиненного пациенту вреда являются более приоритетными, в сравнении с уголовным преследованием виновного медицинского работника. Более того, гражданско-правовая ответственность медицинских организаций, в которых работает медицинский работник, причинивший вред, способствует более эффективному и быстрому возмещению указанного вреда, и как следствие, восстановлению социальной и экономической справедливости для пострадавшего лица.

А вышеупомянутый опыт Франции о солидарной ответственности государства наряду с медицинской организацией (либо медицинским работником) является примером обеспечения государством качества медицинской помощи и ответственности перед гражданами.

Глава II. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОРМЫ УГОЛОВНОГО ЗАКОНА ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ

2.1 СТРУКТУРА СОСТАВА, ОБЪЕКТ И ОБЪЕКТИВНАЯ СТОРОНА ПРАВОНАРУШЕНИЯ

2.1.1 СТРУКТУРА СОСТАВА, ОБЪЕКТ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Уголовный Кодекс РК 2014 года в главе «Медицинские уголовные правонарушения» содержит статью 317 «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником». Следует отметить, что в ранее действовавшем УК от 1997 года уголовная ответственность за аналогичные действия предусматривалась статье 114 УК, которая содержалась в главе «Преступления против личности». Соответственно, в настоящее время законодательно изменился основной непосредственный объект данного вида правонарушения.

Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками вызывает недоверие граждан к медицине, подрывает престиж не только органов здравоохранения, но и государства в целом, поскольку жизнь и здоровье являются одним из главных ценностей человека. Тем самым, законодательная защита лиц от уголовно-наказуемых деяний в сфере оказания медицинской помощи служит гарантией для сохранения жизни и здоровья лица, обратившегося в медицинское учреждение или к лицу, осуществляющему медицинскую деятельность.

Диспозиция статьи 317 в УК РК отражена следующим образом: «Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником вследствие небрежного или недобросовестного отношении к ним, а равно несоблюдение порядка или стандартов оказания медицинской помощи, повлекшим по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью (часть 1), тяжкого вреда здоровью (часть 2), смерть человека (часть 3), смерть двух и более лиц (часть 4)». Часть 5 статьи изложена в следующей редакции: «Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, а равно работником организации бытового или иного обслуживания населения вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекло заражение другого лица ВИЧ\СПИД».

Настоящее исследование посвящено деятельности медицинского работника, в связи с чем, далее акцент будет сделан именно на медицинском работнике без упоминания признаков состава правонарушения, касающихся фармацевтического работника.

По конструкции объективной стороны состава преступления оно относится к материальному составу, поскольку последствия выступают как необходимый признак оконченого правонарушения. В зависимости от элементов состава преступления относится к сложному составу (посягает на два объекта и имеет разные виды объективной стороны). В зависимости от наступивших последствий, статья состоит из пяти частей. Момент причинения средней тяжести вреда здоровью свидетельствует об окончании деяния, предусмотренного частью 1 статьи 317 УК; тяжкого вреда здоровью – частью 2; последствия в виде смерти человека по неосторожности образуют часть 3, смерть по неосторожности двух и более лиц - часть 4. Кроме того, имеется часть 5, предусматривающая ответственность не только специального субъекта-медицинского работника, но и работников бытового и иного обслуживания населения, если их деяния повлекли заражение лица ВИЧ\СПИД.

Общественная опасность деяния состоит в посягательстве на вышеназванное конституционное право человека на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь.

В соответствии со ст.10 УК РК, деяния, предусмотренные ч.1 ст.317 УК РК относятся к уголовным проступкам. Деяния, предусмотренные ч.2,3,5 ст.317 УК РК относятся к преступлениям средней тяжести. Деяния, предусмотренные ч.4 ст.317 УК РК относятся к тяжким преступлениям.

Для квалификации преступного деяния важное значение имеет установление объекта преступления. Теория уголовного права традиционно различает понятия общего, родового (специального) и непосредственного объектов преступления [54].

Исходя из данной классификации, общим объектом всех правонарушений, входящих в главу «Медицинские уголовные правонарушения» являются общественные отношения, направленные на защиту жизни и здоровья граждан в сфере медицинских и связанных с ней услуг.

Родовым (специальным) объектом правонарушения, предусмотренного ст.317 УК являются общественные отношения, гарантирующие и обеспечивающие охрану жизни и здоровья человека.

По мнению некоторых ученых-юристов, следует выделять объект - установленные правила и стандарты в сфере медицинской и фармацевтической деятельности. Так, медицинские уголовные правонарушения, выразившиеся в несоблюдении порядка и стандартов

оказания медицинской помощи без причинения вреда жизни и здоровью граждан не будет являться уголовным правонарушением [55]. На наш взгляд, правила и стандарты оказания медицинской помощи возможно отнести к гарантиям защиты жизни и здоровья граждан, т.е. к вышеназванному непосредственному основному объекту. Данный вывод делается, исходя из п\п 39 части 1 Кодекса о здоровье, согласно которому стандарт в области здравоохранения - нормативный правовой акт, устанавливающий правила, общие принципы и характеристики в сфере медицинской, фармацевтической деятельности, медицинского и фармацевтического образования. Следовательно, данные стандарты являются одним из видов гарантий защиты жизни и здоровья пациентов при оказании медицинской помощи.

Дополнительным непосредственным объектом являются общественные отношения, сосредоточенные на соблюдении установленных правил оказания медицинской помощи. Не соблюдая определенный порядок либо стандарты оказания медицинской помощи, медицинский работник посягает на общественные отношения, направленные на защиту и охрану жизни и здоровья личности. Соответственно, рассматриваемое правонарушение посягает на два объекта [56].

Соглашаясь с вышеуказанными мнениями о том, что данный состав является двуобъектным, где в качестве непосредственного основного объекта выступает гарантированный государством порядок охраны жизни и здоровья, а непосредственным дополнительным объектом – жизнь и здоровье человека.

2.1.2 ОБЪЕКТИВНАЯ СТОРОНА ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Объективная сторона правонарушения - то важная предпосылка уголовной ответственности, своеобразный фундамент всей конструкции состава преступления и уголовной ответственности, без которой она не вообще не существует. Признаки объективной стороны служат основанием для разграничения не только преступных деяний друг от друга, но и в ряде случаев основание для разграничения преступлений от административных, дисциплинарных правонарушений [54]. В теории уголовного права к признакам объективной стороны преступления относятся: общественно опасное деяние (действие или бездействие), общественно опасные последствия (преступный результат), причинная связь между общественно-опасным деянием и общественно опасными последствиями. Также ряд составов преступления содержит факультативные признаки, такие как: место, время, обстановка, способ, орудия и средства совершения преступления.

Объективная сторона правонарушения, предусмотренного частями 1,2, 3,4 статьи 317 УК РК заключается в невыполнении или ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, а равно в несоблюдении порядка или стандартов оказания медицинской помощи, повлекшим по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью (часть 1), тяжкого вреда здоровью (часть 2), смерть человека (часть 3), смерть двух и более лиц (часть 4). Часть 5 статьи 317 УК двусубъектный и имеет иную объективную сторону, на которой мы остановимся ниже.

Поскольку состав рассматриваемого правонарушения по конструкции объективной стороны преступления является материальным, объективная сторона деяния включает в себя три основных признака. Первый признак – общественно опасное деяние, которое заключается в невыполнении или ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником. Второй-общественно опасные последствия, выражающиеся в причинении вреда жизни и здоровью человека (момент окончания преступного деяния). Третий признак- причинная связь между невыполнением или ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей субъектом деяния и указанными последствиями. Диспозиция данного состава правонарушения не содержит факультативных признаков (место, время, обстановка, способ, орудия и средства совершения правонарушения). Соответственно, они не будут иметь значение при юридической квалификации деяния. Между тем, в медицинской деятельности,

в особенности в работе экстренных служб обстановка имеет немаловажное значение и ее следует учитывать.

В учебнике казахстанских авторов-ученых по уголовному праву, разработанному применительно к УК от 2014 года, преступное деяние в данном случае может выражаться как в форме бездействия, к которому относится невыполнение профессиональных обязанностей, так и в форме активных действий, которые состоят в ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей. При этом, для состава в форме «невыполнение профессиональных обязанностей» требуется установление конкретных служебных действий (манипуляций) которые медицинский работник обязан был выполнить.

Под профессиональными обязанностями медицинских работников понимается предоставление гражданам медицинских услуг и оказанием медицинской помощи. В соответствии с медицинским Кодексом, медицинские услуги означают действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку [14].

Примером невыполнения профессиональных обязанностей в виде бездействия могут являться обстоятельства, отраженные в приговоре Баянаульского районного суда Павлодарской области от 05.10.2016г., которым врачи Б. и З. осуждены по ст.317 ч.3 УК к условной мере наказания. Согласно приговора, 28.05.2015 года в 10 часов 00 минут в родильное отделение КГП «Баянаульская центральная районная больница» поступила роженица С. При поступлении в стационар, учитывая паритет родов, наличие экстрагенитальной патологии, гестационной гипертензии, гинеколог Б. недобросовестно относясь к своим профессиональным обязанностям, нарушая приказ № 593 МЗ РК от 27.08.2012 года «Положение о деятельности здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь», своевременно не решила вопрос о переводе С. на 3 уровень родоразрешения. Кроме того, акушер-гинеколог Б., недооценив состояние беременной С., осознавая, что она ввиду возраста последней и сложности течения беременности может осложниться, однако относясь к данному факту пренебрежительно, оставив С. на дежурную акушерку покинула родильное отделение Баянаульской ЦРБ. В 12.00 час. у С., находившейся в предродовой палате № 1 родильного отделения регистрируются схватки, о чем дежурной акушеркой сообщено врачу акушер-гинекологу Б., которая будучи поставленной в известность о начале родов, никаких мер по прибытию в родильное отделение и принятию родов не предприняла. В 14.50 час. у С. произошли роды доношенным плодом мужского пола, которые принимала лишь дежурная акушерка. Общая кровопотеря пациентки составила 250,0 мл. При установлении анатомического

кровотечения больная своевременно не взята на операцию, не предприняты меры по проведению интенсивной терапии и оперативному вмешательству. Лишь в 17.00 час., то есть через 55 мин. после осмотра С. решением совместного консилиума (акушер-гинеколог Б. и хирург З.) под местной анестезией проведена лапаротомия, в ходе которой наступила смерть С. Согласно заключению повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 10 от 17.05.2016 года, смерть С. наступила от постгеморрагического шока, развившегося на почве массивного внутриматочного кровотечения. Между действиями сотрудников Баянаульской ЦРБ по оказанию медицинской помощи родильнице С. и наступлением её смерти в судебном заседании установлена причинно-следственная связь [57].

Иной вид объективной стороны деяния в виде «Ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей» выражается в действиях медицинских работников в пределах своих профессиональных обязанностей, но выполнение их в неполном соответствии с правилами, приказами, инструкциями. Оно может состоять в назначении лечения без анализов и надлежащего осмотра пациента; в недостаточном обследовании пациента; в отсутствии сбора сведений об аллергических реакциях на препараты, наследственных заболеваниях; назначении лечения без просмотра рентгеновских снимков и иных диагностических результатов; в досрочной выписке пациента, кроме случаев добровольного отказа от дальнейшего лечения [55].

Аналогичная точка зрения у И.Ш. Борчашвили, по мнению которого, ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей выражается в действиях медицинских работников в пределах своих профессиональных обязанностей, но выполненных не так, как того требуют интересы дела. Медицинский работник в силу полученного им образования и занимаемой должности должен осознавать, что его действия являются неправильными [58].

Полностью соглашаясь с перечисленными мнениями следует отметить, что данная позиция о возможности совершения рассматриваемого преступного деяния в форме, как активного действия, так и бездействия, согласуется с требованиями Закона «Об охране здоровья». Медицинская деятельность, согласно Закону-это профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование (ст.36 Закона). Кроме того, предусмотрены такие понятия как профессиональный стандарт в области здравоохранения, по которым подразумевается стандарт, определяющий требования к уровню квалификации, содержанию, качеству и условиям труда специалистов в области здравоохранения, а также понятие квалификационная категория, которая характеризуется объемом профессиональных знаний,

умений и навыков, необходимых для выполнения работы в рамках соответствующей медицинской специальности (п.39 ст.1 Закона). Немаловажным фактором является наличие и необходимость соблюдения стандартов медицинского образования; обязанность прохождения периодической аттестации на профессиональную компетентность медицинских работников (п.4 ст.16 Закона). Таким образом, медицинский работник в силу своего образования, объема профессиональных знаний осознает, что ненадлежаще (неправильно) выполняет те или иные действия.

К примеру, 09.08.2019 г. в г.Караганде завершилось рассмотрение уголовного дела по факту смерти в стоматологической клинике несовершеннолетнего А., которому на момент смерти было 1 год 8 месяцев. Данное дело вызвало широкий общественный резонанс не только в РК, но и в России, поскольку ребенок и его родители являются гражданами России. Суд признал врача-анестезиолога Н. виновной по статье 317 УК РК и назначил наказание - два с половиной года в колонии поселения. По мнению суда, врач Н. знала о наличии у пациента А. гиперчувствительности в виде аллергии. Несмотря на предупреждения родителей и возраст ребенка, один год и восемь месяцев, у которого не окрепла иммунная система, не была проведена аллергическая проба. Кроме того, врач-анестезиолог Н. применила препарат, который запрещен детям до трех лет. Но самое главное нарушение, по мнению суда, в том, что врач Н. нарушила стандарты оказания помощи, не произведя немедленную госпитализацию пациента в случае ларингоспазма. Согласно материалам дела, врач-анестезиолог пыталась собственными силами стабилизировать состояние ребенка и несвоевременно вызвала скорую медицинскую помощь для срочной госпитализации [59].

Аналогично, Шемонаихинским районным судом Восточно-Казахстанской области от 16.12.2018 года осужден врач травматолога С., который наложил гипсовую повязку без выполнения рентгеновского снимка. Как следует из приговора, «..установлены дефекты оказания медицинской помощи, указывающие на невыполнение лечащим врачом рентгеновского снимка после наложения гипсовой повязки и их невыполнение до 2 ноября 2015 года, что привело к несвоевременному диагностированию вторичного смещения костных отломков, их медленному и неправильному сращению, вызвавшему необходимость оперативных вмешательств в поздние, чем следовало сроки и к ограничению трудоспособности.. » [60].

Таким образом, вышеназванные врачи выполнили свои действия в неполном соответствии с правилами, а также в несоответствии с объемом профессиональных знаний и своей специализации. Тем самым, ненадлежаще действовали при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Отдельному рассмотрению подлежит объективная сторона преступления в виде несоблюдении порядка или стандартов оказания медицинской помощи. Как видно, в данной части статья носит бланкетный характер. Исходя из смысла текста закона, деяние заключается в том, что медицинский работник должен было в силу профессиональной обязанности соблюдать порядок и стандарты, но не выполнил данные действия бездействии, т.е. проявил бездействие.

Несколько иная точка зрения у казахстанских ученых правоведов, по мнению которых несоблюдение порядка и стандартов оказания медицинской помощи выражается в отклонении от правил диагностики и лечения, указанных в стандартах оказания медицинской помощи касательно различных заболеваний, разработанных МЗСР РК [61]. На наш взгляд, случаи отклонения от правил и стандартов свидетельствуют о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей, т.е. об определенных действиях, которые не были квалифицированно и качественно выполнены. Тогда как, исходя из диспозиции рассматриваемой статьи, медицинский работник не соблюдает протокол, тем самым не выполняет определенные действия. К примеру, в вышеупомянутом случае, связанном со смертью малолетнего в стоматологии Караганды, врач-анестезиолог, наряду с другими неправомерными действиями, нарушила стандарт оказания скорой медицинской помощи.

Виды стандартов в области здравоохранения отражены в статье 16 Медицинского Кодекса РК и состоят из: 1)стандарты аккредитации организаций здравоохранения, 2)стандарты операционных процедур, 3) стандарты медицинского и фармацевтического образования, 4)стандарты в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Понятие стандарта отражено в данном Кодексе следующим образом: стандарт в области здравоохранения - нормативный правовой акт, устанавливающий правила, общие принципы и характеристики в сфере медицинской и фармацевтической деятельности, медицинского и фармацевтического образования.

Таким образом, в каждой сфере медицинской деятельности имеются нормы, определяющие порядок оказания медицинской помощи и обязанности медицинских работников. Так, стандарты включают в себя такие виды: 1)Стандарт оказания скорой медицинской помощи и медицинской помощи в сфере санитарной авиации в РК №365; 2)Стандарт оказания онкологической помощи населению РК №452; 3)Стандарт оказания нефрологической помощи населению РК № 765; 4)Стандарт оказания медицинской реабилитации населению РК №755; 5)Стандарт оказания психиатрической помощи населению РК и др. Тем самым для каждого вида заболевания существует

отдельный стандарт оказания медицинской помощи, в котором регламентированы конкретные требования к процессу оказания медицинской помощи, соответствующие определенному виду патологии. Данные стандарты разработаны с учетом способов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации граждан, нуждающихся в медицинской помощи.

Стандарты оказания медицинской помощи имеют важное значение не только с медицинской точки зрения, но и юридической для правильной квалификации деяний, поскольку дают возможность оценить соответствие и полноту оказанной медицинской помощи. В связи с чем, в правоприменительной практике органам ведущим уголовный процесс, необходимо не только полагаться на заключения показания свидетелей и судебных экспертиз, порой противоречащих друг другу, но и самостоятельно изучать указанные протоколы для правильной юридической оценки доказательств.

На наш взгляд, ввиду существования различных квалификационных категорий медицинских работников и результатов аттестаций, в ходе установления признаков состава преступления следует тщательно изучать уровень профессиональной подготовки медицинских работников и круг его полномочий, уровень допуска к проведению тех или иных медицинских манипуляций. К примеру, во время проведения операции основной оперирующий хирург может поручить окончание операции хирургу-ассистенту либо хирургу, проходящему клиническую практику. Так, в г.Костанай хирург-онколог К. во время операции оставила вафельное полотенце в теле пациентки Л. В ходе досудебного расследования врач вину не признавала, объясняя произошедшее тем, что зашивать подкожную клетчатку после операции доверила своему ассистенту М., а сама ушла на прием пациентов. При этом пояснила, что подобные действия - обычная практика среди хирургов. Впоследствии, данное уголовное дело прекращено судом г.Костанай за примирением сторон [62].

Поскольку состав рассматриваемого правонарушения относится к материальному, оно считается оконченным с момента наступления опасных последствий. Причинение средней тяжести вреда здоровью квалифицируется по ч.1 ст.317 УК РК; тяжкого вреда здоровью - по ч.2, причинение смерти – по ч.3, причинение смерти двух и более лиц – по ч.4, заражение другого лица ВИЧ\СПИД - по ч.5. Причинение легкого вреда здоровью вследствие невыполнения или ненадлежащего выполнения медицинским работником профессиональных обязанностей не образует состав правонарушения.

Степень тяжести вреда здоровью устанавливается экспертным путем в соответствии с Инструкцией по организации производства судебно-

медицинской экспертизы, утвержденной Приказом Министра здравоохранения РК №368 от 20.05.2010г.

В соответствии со ст.3 п.12 УК РК средней тяжести вред здоровью - вред здоровью человека, не опасный для его жизни, вызвавший длительное расстройство здоровья (на срок не более 21 дня), или значительную стойкую утрату общей трудоспособности (менее чем на одну треть).

Согласно п.11 данной статьи, тяжкий вред здоровью- вред здоровью человека, опасный для его жизни, либо иной вред здоровью, повлекший за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа, утрату органом свои функций, неизгладимое обезображивание лица, расстройство здоровья, связанное со значительной стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть, полную утрату трудоспособности, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Понятие биологической смерти дано в Медицинском Кодексе, как прекращение жизнедеятельности организма, при которой жизненно важные функции необратимо угасли. Биологическая смерть констатируется медицинским работником на основании совокупности признаков: остановки сердечной деятельности, прекращения дыхания, прекращение функций центральной нервной системы [14].

Анализ судебных актов и сведений УКПСиСУ о регистрации правонарушений данной категории показал длительный промежуток времени между событиями правонарушения и временем регистрации в АРМ ЕРДР. Данный факт обусловлен необходимостью наличия экспертизы о тяжести вреда здоровью. Тогда как время до излечения пациента либо его социально-медицинского освидетельствования может исчисляться месяцами. В свою очередь, период утраты трудоспособности является одним из критериев разграничения легкой и средней тяжести вреда здоровью. В вышеуказанном примере об оставлении во время операции в теле пациента инородного предмета (полотенца), деяние было совершено в мае 2017 года, а зарегистрировано в октябре 2017 года, поскольку пациент находился на лечении после повторной операции по удалению забытого полотенца из тела.

Таким образом, в ч.1,2,3,4 ст.317 УК РК последствия обусловлены тяжестью причиненного вреда и выделены в качестве квалифицирующих признаков.

В ст.317 ч.5 УК предусмотрены иные последствия в виде заражения лица ВИЧ\СПИД в результате ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником, а равно работником организации бытового или иного обслуживания населения, вследствие небрежного и недобросовестного отношения к ним.

В соответствии с п.п.2,52 ч.1 Медицинского кодекса, ВИЧ –вирус иммунодефицита человека, СПИД- синдром приобретенного иммунодефицита, конечная стадия ВИЧ-инфекции, при которой наблюдаются патологические проявления, обусловленные глубоким поражением иммунной системы человека.

В Медицинском Кодексе вопросам оказания медико-социальной помощи ВИЧ инфицированным и больным СПИД посвящена отдельная глава 19. На наш взгляд, неизлечимость ВИЧ\СПИД обусловило выделение деяния в отдельную главу, а возможность передачи данной инфекции через кровь явилось основанием для привлечения в качестве субъекта правонарушения не только медицинских работников, но и иных лиц, чья деятельность связана с контактом с кожей человека и ранами на ее поверхности (услуги по прокалыванию ушей, нанесение татуировок, маникюр и др.).

Как показывает правоприменительная практика наиболее сложным в доказывании рассматриваемого деяния является установление причинной связи между невыполнением или ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей субъектом деяния и наступившими последствиями. На наш взгляд данный факт обусловлен объективными и субъективными причинами. К субъективным причинам возможно отнести отсутствие специальных медицинских познаний у лиц, ведущих уголовный процесс. В сравнении с Англией и США, где расследованием медицинских правонарушений занимаются юристы - коронеры, которые чаще всего имеют два высших образования - медицинское и юридическое, в Республике Казахстан, равно в других странах СНГ, подобных требований и практики не имеется. Указанное приводит к тому, что при установлении причиненной связи орган ведущий уголовный процесс полагается исключительно на выводы судебно-медицинской экспертизы о причинах смерти или вреда здоровью пациента. Между тем, заключения первоначальных экспертиз могут противоречить выводам дополнительных, что вызывает необходимость многократного назначения повторных и комплексных экспертиз. Кроме того, в последнее время участники процесса, все чаще самостоятельно обращаются к частным специалистам, имеющим лицензию на экспертную деятельность (в том числе, на стадии судебного следствия). Возникает ситуация наличия в уголовном деле множества различных экспертиз и заключений специалистов, в том числе проведенных в разных городах Казахстана, экспертами разного уровня, стажа и опыта работы. При этом, их выводы могут быть диаметрально противоположными. К примеру, по уголовному делу в отношении хирурга травматолога Карагандинской больницы И. было проведено 5 комиссионных судебно-медицинских экспертиз в период с 2015 по 2017г.г., в том числе, для устранения противоречий и полноты - в РГУ Центр военной медицины

Министерства обороны РК, с допросом в суде экспертов, привлечением по ходатайствам сторон дополнительных специалистов для дачи заключения о причинах последней травмы и правильности действия медицинских работников. При этом, заключение одной из экспертиз, послужило основанием для возбуждении уголовного дела не только в отношении хирурга-травматолога, но и рентгенолога С., которая впоследствии судом оправдана за отсутствием состава преступления. По выводам последующих экспертиз, в действиях рентгенолога нарушений установленных стандартов не усматривается, в действиях врача травматолога имела место тактическая ошибка в ходе операции и лечения, а также дефект оформления медицинской документации.

Так, приговором Казыбекбийского районного суда г. Караганды от 12 декабря 2017 года С. признана невиновной в совершении уголовного проступка, предусмотренного ст.317 ч. 1 УК РК и оправдана за отсутствием в ее действиях состава уголовного правонарушения. Этим же приговором И. признан виновным в совершении уголовного проступка, предусмотренного ст. 317 ч. 1 УК и освобожден от уголовной ответственности в связи с истечением срока давности привлечения к уголовной ответственности в соответствии со ст. 71 ч. 1 УК.

Органом уголовного преследования С. обвинялась в совершении правонарушения при следующих обстоятельствах: К. в ходе прохождения амбулаторного лечения, 18 апреля 2014 года произведен рентген снимок левого коленного сустава врачом отделения лучевой диагностики С., которая дала описание своей рентгенограмме: «на R гр-х левого коленного сустава в 2-х проекциях от 18 апреля 2014 года: консолидированный перелом медиального мыщелка б/берцовой кости. Состояние отломков относительно удовлетворительное». При этом, С. не диагностированы рентгенологические признаки неправильно сросшегося перелома наружного мыщелка большеберцовой кости у К. В результате пренебрежительного отношения к своим профессиональным обязанностям, С. дала неполное описание рентгенограммы, что привело к несвоевременному установлению диагноза в виде неправильно сросшегося перелома верхней трети большеберцовой кости и неверной тактике ведения пациентки врачом травматологом. Тем самым, по выводам органа досудебного расследования, данный факт является дефектом оказания медицинской помощи и находится в прямой связи с проведением повторного операционного вмешательства. По результатам судебного рассмотрения С. оправдана ввиду не установления в ее действиях состава преступления, не установлена причинно – следственная связь между действиями или бездействиями и наступившими последствиями.

Согласно приговора, установлено следующее. 27 ноября 2013 года в 12.40 часов И., являясь врачом травматологом высшей категории, с целью восстановления анатомического расположения костей и отломков левой голени К., провёл плановую операцию, в помещении операционной КГП «Областного Медицинского Центра», расположенного по адресу: г.Караганда, ул.Муканова. В ходе операции И. стал производить мобилизацию костных отломков, для чего произведена репозиция и фиксация пластинной болтстяжкой. Однако в ходе проведения операции И. не устранен подвывих левой большеберцовой кости, что привело к невозможности восстановления конгруэнтности суставной поверхности коленного сустава, сопоставления и адаптации отломков, что является дефектом медицинской помощи и тактической ошибкой лечения. Более того, И., ввиду своей самонадеянности, имея в наличии контрольное рентгенографическое исследование от 27 ноября 2013 года, проведённое по результатам операции, где отражены сведения о сохранившемся смещении костных отломков и деформации суставной поверхности, не предпринял мер по отражению в дневниках наблюдения и в протоколе операции № 187 от 27 ноября 2013 года, а также не рекомендовал дополнительное лечение и оперативное вмешательство, то есть, не принял мер по предупреждению последствий и определил не правильную тактику лечения, что повлекло за собой последствия, связанные с неправильным срастанием костных отломков у пациентки К. Между тем, в протоколе операции указал об устранении вывиха и достижении стабильности. Кроме того, ссылаясь на контрольный рентген снимок, отразил об удовлетворительности состояния костных отломков, восстановлении конгруэнтности элементов суставов (конгруэнтность – полное взаимное соответствие формы сопоставляющихся суставных поверхностей). Несмотря на то, что К. проведена операции ненадлежащим образом на левую нижнюю конечность с оказанием дефектов медицинской помощи, 10 декабря 2013 года последняя выписана и рекомендовано наблюдение у травматолога по месту жительства. Вышеуказанные обстоятельства, для потерпевшей К. повлекли по неосторожности вред здоровью средней тяжести, хотя при должном внимании и предусмотрительности, И. должен был осознавать и мог в силу своих полномочий и профессиональных обязанностей предвидеть и принять меры по предотвращению таких последствий для его пациента.

По выводам суда вина И., в совершении инкриминируемого ему уголовного правонарушения, нашла свое подтверждение также при оценке других объективных доказательств и подтверждается письменными доказательствами, исследованными в ходе судебного разбирательства.

Так, согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 13 от 16 марта 2015 года установлено, что после проведенного

операционного вмешательства на левом коленном суставе 27 ноября 2013 года, у К., по данным рентгенографического исследования, сохранилось смещение костных отломков и деформация суставной поверхности за счет смещения, что не нашло своего отражения в дневниках наблюдения в отделении, вследствие чего выбрана неверная тактика в лечении (не проведена коррекция в лечении, в связи с сохранившимся смещением, не даны соответствующие рекомендации при выписке из стационара), что впоследствии привело к неправильному срастанию внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости в верхней трети. Своевременно выбранная тактика оперативного лечения и ведения в послеоперационном периоде закрытого оскольчатого перелома внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости со смещением предотвратила бы появление неправильного срастающегося перелома, в связи с чем, комиссия считает, что между возникновением неправильно сросшегося перелома левой большеберцовой кости у К. и некачественной, несвоевременной медицинской помощью в КГП «ОМЦ» существует прямая причинно-следственная связь. При описании рентгенограмм, проведенных в ОМЦ в ноябре 2013 года, несоответствия в описании нет. При описании рентгенограммы левого коленного сустава в ОМЦ от 18 ноября 2014 года, имеется несоответствие в описании: отмечено удовлетворительное состояние костных отломков, а данные о деформации отсутствуют (не отмечено смещение отломков и деформаций поверхности левой большеберцовой кости). В описании же остальных рентгенограмм несоответствий нет.

Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 42 от 29 апреля 2015 года установлено, что у К. после проведенного оперативного вмешательства на левом коленном суставе 27 ноября 2013 года, по данным рентгенографического исследования, сохранилась смещение костных отломков и деформация суставной поверхности за счет этого смещения, вследствие чего выбрана неверная тактика в лечении (не проведена коррекция в лечении в связи с сохранившимся смещением, не даны соответствующие рекомендации при выписке из стационара), что впоследствии привело к неправильному срастанию внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости в верхней трети. Своевременно выбранная тактика оперативного лечения и ведения в послеоперационном периоде закрытого оскольчатого перелома внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости со смещением предотвратила бы появление неправильного срастающегося перелома, в связи с чем, комиссия считает, что между возникновением неправильно сросшегося перелома левой большеберцовой кости у К. и некачественной, несвоевременной медицинской помощью в «ОМЦ» существует прямая причинно-следственная связь. В связи с изложенным,

комиссия считает, что в результате ненадлежащего лечения, приведшего к неправильному срастанию левой большеберцовой кости, для устранения неправильного сросшегося перелома потребовалась повторная операция в мае 2014 года, что привело к длительному расстройству здоровья сроком свыше трех недель (более 21 дня). На основании этого К., согласно п.35 п.п.1) «Инструкции по организации и производству судебно-медицинской экспертизы», утвержденный приказом Министра Здравоохранения Республики Казахстан № 368 от 20 мая 2010 года причинен вред здоровью средней тяжести. После проведенного операционного вмешательства 27 ноября 2013 года согласно данным рентгенографического исследования у К. сохранилось смещение костных отломков и деформация суставной поверхности за счет этого смещения, что и было указано врачом рентгенологом. Однако врач травматолог выбрал неверную тактику в лечении (не проведена коррекция в лечении в связи с сохранившимся смещением, не дана соответствующая рекомендация при выписке из стационара), что впоследствии привело к неправильному срастанию перелома левой большеберцовой кости. Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 183 от 2 ноября 2015 года установлено, что первичным оперативным лечением перелома большеберцовой кости пациентки, оперирующим врачом стабилизировалось положение внутреннего мыщелка, который был жестко фиксирован к наружному мыщелку металлоконструкциями, поэтому, не проведение реабилитационных мероприятий К. не могли повлиять на срастание внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости. По существу данного вопроса настоящая экспертная комиссия отвечает, что невозможность восстановления отломков на прежнее место должна быть обоснована и отражена в протоколе операции, но проследить данный факт настоящей экспертной комиссией не представляется возможным вследствие отсутствия какой-либо информации в представленной медицинской документации, подтверждающей это. При этом, в травматологической практике, после проведения оперативного лечения аналогичных переломов, недостаток ткани может появиться и без удаления отломков, за счет импрессии (сминания) губчатой кости. В данном рассматриваемом случае это могла быть причиной неправильно сросшегося перелома верхней трети большеберцовой кости. Настоящая экспертная комиссия считает, что диагностирование врачом - рентгенологом ОМЦ признака неправильно сросшегося перелома большеберцовой кости у пациентки, привело к несвоевременному установлению травматологом диагноза: «неправильно сросшийся перелом верхней трети большеберцовой кости». Данный факт является дефектом оказания медицинской помощи и находящимся в прямой связи с проведением повторного вмешательства. Согласно заключению комиссионной судебно-

медицинской экспертизы № 14 от 28 марта 2016 года установлено, что в период стационарного лечения в ОМЦ г. Караганды (с 12 ноября по 10 декабря 2013 года) медицинская помощь К. оказана не в полном объеме, так как не было восстановлено анатомическое расположение внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости. На заживление перелома кости К. и причиной неправильного сращения внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости не могла оказать влияние ранняя реабилитация после снятия гипса, поскольку во время операции 27 ноября 2013 года отломки были соединены металлоконструкцией и при снятии гипса сдвинуться не могли. Действия врача травматолога И. на уровне стационарного лечения тактически правильны, соответствуют протоколу стандарта оказания медицинских услуг при переломе костей. Во время оперативного лечения перелома от 27 ноября 2013 года не был полностью репозирован (сопоставлен) отломившийся и сместившийся отломок. Согласно литературным данным, это является тактической ошибкой лечения. Описание рентгенограммы левого коленного сустава № 6947 от 18 апреля 2014 года в двух проекциях врачом рентгенологом С. проведено полностью, грамотно, в соответствии с требованиями стандарта. Описание рентгенограммы № 6947 произведено на этапе консолидации переломов. Причинной связи в действиях врача С. и неправильно сросшимся переломом внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости нет. Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 46 от 24 марта 2017 года установлено, что при проведении второй операции от 27 ноября 2013 года открытый репозиции, МОС (метало остеосинтеза) ботом-стяжкой, наложение искусственной связки полипропиленов сеткой на левой большеберцовой кости, врачом –травматологом И. не был устранен подвывих левой большеберцовой кости, вследствие чего оказалась невозможным восстановить конгруэнтность суставной поверхности коленного сустава, сопоставление и адаптацию отломков. Учитывая тяжесть причиненной травмы, сложность повреждений костей левого коленного сустава, отсутствие в медицинских документах обоснованности проведенных медицинских манипуляций оператором, в том числе и невозможности восстановления отломков на прежнее место, у экспертной комиссии недостаточных оснований для установления прямой причинной связи между действиями врача травматолога И. и наступившими последствиями у К. В этой связи, экспертная комиссия считает, что имеется косвенная связь между указанными действиями И. и в необходимости проведения повторной операции в клинике им.проф.Макажанова Х.Ж. Действия врача рентгенолога С. соответствуют установленным стандартам. Причинной связи между её действиями и наступившими последствиями в виде причинения вреда здоровью К. не имеется. Следует отметить, что врачи травматологи, соответственно своей профессии, обязаны уметь расшифровать

рентген картину снимка. В соответствии с актом внеплановой проверки КГП «ОМЦ» от 22 декабря 2014 года в связи с обращением К. о некачественном оказании ей медицинской помощи установлено следующее, на уровне отделения травматологии: 27 ноября 2013 года К. проведена операция «открытая репозиция МОС болтом – стяжкой, наложение искусственной связки полипропиленовой сеткой». После проведенного оперативного вмешательства на контрольной рентгенограмме сохраняется смещение отломков, конгруэнтность нарушена, что подтверждается записью врача рентгенолога, что не находит своего отражения в дневниках наблюдения, не проведена коррекция в лечении в связи с сохраняющимся смещением, кроме того не даны соответствующие рекомендации при выписке пациентки из стационара. Также судом исследована медицинская карта стационарного больного № 11968, где в протоколе операции № 187 от 27 ноября 2013 года указано об устранении вывиха и достижении стабильности. Также имеет место ссылка на контрольный рентген снимок, при этом указано об удовлетворительном состоянии костных отломков, конгруэнтность элементов суставов восстановлена. Тогда как согласно описанию контрольной рентгенограмме, проведенной 27 ноября 2013 года после операции, следует, что смещение осколков сохраняется в уменьшенном виде. Суставная поверхность деформирована за счет смещения. Между тем, в выписке № 11968 из медицинской карты стационарного больного отражено описание рентгенограммы левого коленного сустава от 27 ноября 2013 года, где указано о проведении МОС большой стяжкой большеберцовой кости. Смещение отломков сохраняются в уменьшенном виде. Суставная поверхность деформирована за счет смещения. Однако в рекомендациях ограничились наблюдением у травматолога по месту жительства, снятие гипса через два месяца, вакцинация от гепатита. В соответствии с пунктом 4 Нормативного постановления Верховного Суда № 4 от 20 апреля 2006 года «О некоторых вопросах оценки доказательств по уголовным делам» при рассмотрении уголовного дела суд в соответствии со статьей 125 УПК оценивает каждое доказательство с точки зрения относимости, допустимости и достоверности, при этом доказательство признается достоверным, если оно соответствует действительности. Доводы стороны защиты, как и самого подсудимого И., о его невиновности суд находит несостоятельными. Дефекты оказания медицинской помощи, допущенным последним, а также наличие причинно-следственной связи с наступившими последствиями, установлены рядом экспертных заключений, которые научно обоснованы и их объективность сомнений не вызывает. Экспертизы проведены с соблюдением норм уголовно-процессуального закона, согласуются с совокупностью других доказательств, таких как показания свидетелей и письменными материалами, а потому могут быть положены в основу

обвинения. В соответствии со статьей 6 Международного пакта о гражданских и политических правах, принятого резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН, право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. И., имея достаточный опыт в сфере медицины, связанной с травматологией, являясь профессионалом в своей деятельности, 27 ноября 2013 года прооперировав К., не устранил подвывих левой большеберцовой кости, что является тактической ошибкой лечения, о чем ранее указывалось в заключениях соответствующих экспертиз. Более того, в силу своей самонадеянности, при наличии достаточного опыта для определения точного диагноза с учетом имеющегося рентгенографического исследования, отражавшего сведения о сохранившемся смещении костных отломков и деформации суставной поверхности, не предпринял мер по отражению в дневниках наблюдения и в протоколе операции, а также не рекомендовал дополнительное лечение и оперативное вмешательство, то есть, не принял мер по предупреждению последствий и определил не правильную тактику лечения, что повлекло за собой последствия, связанные с неправильным срастанием костных отломков пациентки К. Вышеуказанные обстоятельства, для потерпевшей К. повлекли по неосторожности вред здоровью средней тяжести, хотя при должном внимании и предусмотрительности, И. должен был осознавать и мог в силу своих полномочий и профессиональных обязанностей предвидеть и принять меры по предотвращению таких последствий для его пациента. При таких обстоятельствах, суд приходит к выводу, о том, что имело место самонадеянность и элементы преступной небрежности, которые выразились в бездействии И. при проведенной им первоначальной операции левой ноги К. и последующем определении тактики её лечения. К указанным выводам суд пришёл при оценке совокупности имеющихся в материалах уголовного дела доказательствах, а именно заключениях экспертов, стабильных показаний потерпевшей, свидетелей, специалистов и экспертов, которые в совокупности подтверждают виновность подсудимого И.

Согласно статье 29 Конституции Республики Казахстан, граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья, а также вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. Между тем, потерпевшая К., на первоначальном этапе лечения поврежденной в результате дорожно-транспортного происшествия левой ноги, не получила гарантированный объем медицинской помощи вследствие ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинского работника. Таким образом, органом уголовного преследования действия подсудимого И. квалифицированы правильно, а именно по статье 317 части 1 Уголовного кодекса Республики Казахстан как ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником,

вследствие небрежного и недобросовестного отношения к ним, повлекший неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью человека. Как следует из приговора рентгенологу С. инкриминируется то, что в результате своего пренебрежительного отношения, последняя, действуя самонадеянно, недобросовестно относясь к своим обязанностям, дала неполное описание рентгенограмм от 18 апреля 2014 года левого коленного сустава К., что привело к несвоевременному установлению диагноза в виде неправильно сросшегося перелома верхней трети большеберцовой кости, что привело к неверной тактике ведения пациентки врачом травматологом. А также то, что С. не диагностировала признаки неправильно сросшегося перелома большеберцовой кости, что привело к несвоевременному установлению диагноза в виде неправильно сросшегося перелома верхней трети большеберцовой кости, что является также дефектом оказания медицинской помощи и состоит в причинной связи с проведением повторного операционного вмешательства. Указанные доводы обвинения являются не состоятельными и не могут быть приняты во внимание по следующим основаниям. Объективную сторону состава уголовного правонарушения, предусмотренного статьей 317 части 1 УК, является общественно опасное деяние, то есть последствия в виде причинения вреда здоровью средней тяжести. Обязательным признаком объективной стороны, является причинная связь, которая устанавливается судебно-медицинской экспертизой. Из заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 14 от 28 марта 2016 года установлено, что описание рентгенограммы левого коленного сустава от 18 апреля 2014 года С. проведено полностью, грамотно, в соответствии с требованиями стандарта. Описание рентгенограммы произведено на этапе консолидации переломов. Причинной связи в действиях врача С. и неправильно сросшимся переломом внутреннего мыщелка левой большеберцовой кости нет. Так и в заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 46 от 24 марта 2017 года указано, что действия врача рентгенолога С. соответствуют установленным стандартам. Причинной связи между её действиями и наступившими последствиями в виде причинения вреда здоровью К. не имеется. Следует отметить, что врачи травматологи, соответственно своей профессии, обязаны уметь расшифровать рентген картину снимка. Суд не усматривает какой-либо причинно-следственной связи между действиями или бездействиями подсудимой С. и наступившими для потерпевшей К. последствиями. В связи с вышеуказанными обстоятельствами, С. подлежит оправданию за отсутствием в её действиях состава уголовного правонарушения, предусмотренного статьей 317 частью 1 УК. Постановлением апелляционной судебной коллегии по уголовным делам от 2 марта 2018 года приговор оставлен без изменения. Приговор вступил в законную силу.

Изучением причин неверной оценки доказательств в ходе досудебного производства установлено, что в заключении первоначальной экспертизы не было конкретизировано специалистом какого профиля допущены нарушения и в чем они выразились, а лишь констатируется факт неверного лечения. Так, в заключении данной экспертизы, проведенного в Карагандинском филиале ЦСМ, указано, что в отношении К. была выбрана неправильная тактика в лечении: не была проведена коррекция в лечении в связи со смещением, не были даны рекомендации при выписке из стационара, что привело к неправильному срастанию кости. Своевременно выбранная тактика лечения предотвратила бы неправильно сросшийся перелом. В части действий рентгенолога указано, что имеется несоответствие в описании рентгенограммы от 18.04.2014г., а именно не отмечено о смещении костных отломков. Тем самым, в данной экспертизе также указано на неверные действия при лечении в стационаре. Влияние рентгенограммы на лечение не констатируется. Также орган уголовного преследования ссылался на экспертизу №183, где указано, что в травматологической практике после оперативного лечения недостаток костной ткани может появиться за счет сминания костной ткани, что может быть причиной неправильно сросшегося перелома. По выводам данной экспертизы, возникновение неправильно сросшегося перелома объясняется характером и тяжестью травмы. В п.8 заключения указано, что не диагностирование рентгенологом неправильно сросшегося перелома привело к несвоевременному установлению травматологом диагноза и находится в причинной связи с проведением повторной операции. Выводы данной экспертизы противоречили выводам иных экспертиз №13 и №42, а также материалам дела, согласно которым на период проведения рентгенограммы от 18.04.2014 года у К. уже имелся дефект при срастании костной ткани. В связи с чем, по делу проведена дополнительная комплексная комиссионная экспертиза (№46 от 16.02.2017г.), которая разграничила степень ответственности каждого из врачей, проводивших лечение и обследование. Суд при вынесении приговора дал правовую оценку всем заключениям экспертиз в совокупности с другими фактическими данными и пришел к выводу о наличии вины И. и отсутствия вины врача С. [63].

Следует отметить, что согласно УПК, заключение эксперта – это одно из видов доказательств. Ни в одном нормативном правовом акте не указано о том, что заключение эксперта является основополагающим доказательством вины или невинности лица. Однако в правоприменительной практике по делам рассматриваемой категории они приобретают основное значение. О данном факте также указывает казахстанский ученый Г.Р.Рустимова, по мнению которой, особенность судебной экспертизы по вопросам врачебной деятельности характеризуется тем, что заключение ее почти всегда является

прямым доказательством по делу. Посредством этой экспертизы решаются вопросы: о правильности действия конкретных медицинских работников, о существовании возможности действовать должным образом, о наличии причинной связи между медицинским действием (бездействием) и наступившими последствиями [7, стр. 97].

На наш взгляд приоритетное отношение правоприменителей к заключениям экспертиз не совсем верно в условиях ведомственной подчиненности органов судебно-медицинской экспертизы органам здравоохранения.

Ведь при подобных обстоятельствах нельзя исключить корпоративность медицинского сообщества. Об отстаивании профессиональных ведомственных интересов в сфере медицины упоминали в различные периоды российские ученые. «Органы здравоохранения тщательно скрывают реальное положение дел. Все это способствует криминализации рассматриваемой сферы и росту соответствующих преступных деяний», высказывала еще 10 лет назад кандидат юридических наук Никитина И.О. в своем исследовании на тему «Преступления в сфере здравоохранения» [64]. Д.ю.н. профессор Гирько С.И. освещая в 2018 году процессуальные проблемы расследования преступлений медицинских работников (со ссылкой на ученого Н.А. Огнерубова) указывает на то, что «сложность процесса доказывания по делам о криминальных ятрогениях связана с причиной субъективного характера, которой выступает высокая степень профессиональной солидарности медицинских работников, в том числе и экспертов, что затрудняет выявление и расследование соответствующих преступлений». Научному сообществу необходимо выработать и предлагать соответствующие меры, способные обеспечить устойчивую независимость экспертов, прежде всего, от внутриведомственного влияния и, даже, давления» [65].

По мнению Г.Р.Рустемовой, (наряду с экономическими и социальными причинами) к условиям, способствующим совершению преступлений в сфере медицинского обслуживания населения относятся корпоративность, взаимоподдержка медицинских работников [7, стр. 91].

При указанных обстоятельствах, важное значение приобретает необходимость самостоятельного изучения лицом, ведущим уголовный процесс, стандартов оказания медицинской помощи, клинически протоколов, функциональных обязанностей медицинских работников по каждому конкретному делу. Указанные знания позволят проводить правильную юридическую оценку выводов противоречивых экспертиз в совокупности с иными заключениями специалистов и свидетельскими показаниями.

В своей диссертационной работе «Методика расследования ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником» к.ю.н. Ибраев М.А. предлагал следующее: «с целью ограничения ведомственного интереса, ч. 2 ст. 58 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», следует изложить в следующей редакции: «...2. Экспертиза качества медицинских услуг проводится государственным органом в сфере оказания медицинских услуг и (или) независимыми медицинскими экспертами...». А часть третью указанной статьи, после слов «находящихся на лечении пациентов» добавить новым абзацем следующего содержания: «... В случае назначения экспертизы по указанным основаниям, экспертиза качества медицинских услуг проводится комиссионно: государственным органом в сфере оказания медицинских услуг с привлечением независимых медицинских экспертов (в том числе и представителей других государств) и представителей заинтересованных сторон либо их защитников». Тем самым, независимость медицинских экспертов один из путей принятия объективного процессуального решения при установлении неправомерности деяний в сфере оказания медицинских услуг [66].

Объективные причины в трудности установления причинной связи между деянием и наступившими последствиями, на наш взгляд - биологические свойства человеческого организма и возможность атипичного течения заболевания, не поддающегося традиционной схеме лечения. У каждого человека свои физиологические особенности, которые могут по-разному себя проявлять, даже при соблюдении всех предусмотренных норм и правил при оказании ему медицинской помощи. Медицинская деятельность, в особенности, такие отрасли как хирургия, реанимация, акушерство сопряжена с высокими рисками, которые иногда неподконтрольны действиям медицинского работника.

Проведенный анализ показал, что относительно вопросов, касающихся объекта и объективной стороны рассматриваемого правонарушения, наибольшие трудности в правоприменительной практике вызывает установление причиной связи между деянием и наступившими последствиями. Указанное обусловлено как объективными причинами в виде физиологических особенностей организма человека и непредсказуемости результате лечения, так и субъективными, к которым можно отнести корпоративность медицинской сферы, а также отсутствие специалистов, с одновременно медицинским и юридическим образованием со незнанием специфики расследования медицинских правонарушений (по аналогии с коронарами в Англии).

Кроме того, в настоящее время в Республике Казахстан нет методики расследования указанного вида правонарушений. Данный вопрос не является

предметом настоящего диссертационного исследования. Однако, вопросы в установлении признаков состава правонарушения напрямую связаны с научно-методологической базой процесса доказывания. В этой связи немного рассмотрим данный аспект. Уголовно-процессуальным вопросам в рассматриваемой сфере не уделяется должного внимания, как практическими работниками, так нет и теоретической базы. Как было упомянуто ранее, еще несколько лет назад к.ю.н. Ибраев М.А. в своей диссертационной работе «Методика расследования ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником» указывал, что «криминализация в области оказания медицинских услуг и низкий уровень раскрытия уголовно-наказуемого ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником предопределяет необходимость разработки частной криминалистической методики расследования указанного вида преступлений» [66]. По его мнению, основными элементами, составляющими структуру механизма ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником, являются:

действия медицинских работников на момент возникновения конкретной врачебной ситуации;

общее состояние пациента;

количество и качество используемых в ходе лечения медицинских препаратов; действия вспомогательного медицинского персонала (медицинские сестры) по реализации назначенных лечебных процедур;

действия пациента по соблюдению режима назначенного лечения.

Следственные версии, выдвигаемые при расследовании ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником, по мнению Ибраева М.А. должны быть направлены на установление следующих групп обстоятельств относящихся:

к расследуемому событию;

к механизму происшедшего и его последствиям;

к личности потерпевшего;

к медицинским работникам, оказывающим соответствующие услуги.

По делам исследуемой категории применяется определенный круг следственных действий в соответствие со сложившейся следственной ситуацией, проведение которых должно учитывать специфику совершения преступлений указанной категории. В этой связи, автор предлагает правило об обязательном участии в следственных действиях, производимых с участием или в отношении потерпевших и подозреваемых (обвиняемых), специалистов в области медицины, которые могли бы оказывать консультативную помощь следователю в разрешении чисто медицинских вопросов, как при их производстве, так и при вынесении процессуальных решений.

2.2 СУБЪЕКТ И СУБЪЕКТИВНАЯ СТОРОНА ПРАВОНАРУШЕНИЯ

2.2.1 СУБЪЕКТ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Согласно теории уголовного права, субъектом уголовного правонарушения является лицо, совершившее виновное общественно опасное деяние, за которое предусмотрена уголовная ответственность [54].

Наряду с общими признаками субъекта правонарушения, к которым относятся вменяемость и возраст, лицо, ответственность которого предусмотрена ч.1,2,3,4 ст.317 УК должно обладать признаками специального субъекта, обусловленного профессиональными обязанностями. В составе правонарушения, предусмотренного ч.5 ст.317 УК допускается возможность совершения правонарушения общим субъектом, а именно работником организации бытового или иного обслуживания населения.

Круг лиц, имеющих право заниматься медицинской деятельностью, установлен в Республике Казахстан на законодательном уровне. В соответствии со п.67 ч.1 Медицинского Кодекса, медицинские работники - физические лица, имеющие профессиональное медицинское образование и осуществляющие медицинскую деятельность. Наличие медицинского образования и осуществление медицинской деятельности, как вида профессиональной деятельности является обязательным признаком специального субъекта рассматриваемого правонарушения.

Понятие медицинского образования и медицинской деятельности дано в п.68-1, 73 ч.1 Медицинского Кодекса. Так, под медицинским образованием понимается система подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников, а также совокупность знаний и навыков, необходимых для медицинского работника, полученных в ходе обучения по программам подготовки, переподготовки и повышения квалификации по медицинским специальностям, подтвержденных официальным документом об окончании обучения. Медицинская деятельность - профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан [14].

Тем самым, субъект правонарушения, предусмотренного ст.317 ч.1,2,3,4 УК - это физическое вменяемое лицо, достигшее 16 летнего возраста, имеющий медицинское образование и осуществляющий медицинскую деятельность на профессиональной основе.

Исходя из смысла термина «медицинская деятельность» и диспозиции ст.317 УК, которая предусматривает неисполнение либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, субъект рассматриваемого

правонарушения должен осуществлять профессиональную деятельность в качестве медицинского работника. Тем самым, к субъекту данного правонарушения не может относиться лицо, хоть имеющее медицинское образование, но не занимающееся медицинской деятельностью на профессиональной основе. Профессиональные обязанности подразумевают медицинскую деятельность в качестве профессии (основной или дополнительной). К примеру, возможна ситуация, когда лицо, имеющее диплом врача (ранее работал врачом-травматологом), работает по иной специальности, но в свободное время проводит консультации своих знакомых. Аналогично, бывшая дипломированная медицинская сестра, работая по иной специальности, продолжает ставить инъекции. На наш взгляд, в случае причинения вреда здоровью в результате своих действий указанные лица не могут привлекаться уголовной ответственности по ст.317 УК. Их деяния подлежат квалификации, как деяния общего субъекта по статьям за причинение вреда здоровью.

Другим законодательно неурегулированным вопросом является специализация медицинского работника. Медицинский Кодекс предусматривает квалификационную категорию в области здравоохранения, под которой подразумевается уровень квалификации специалиста, характеризующийся объемом профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения работы в рамках соответствующей медицинской специальности (п.37-1 ч.1 Медицинского кодекса). Медицинские работники осуществляют деятельность в рамках определенной специализации. Так, врач терапевт не может проводить хирургические операции, заниматься лечением психиатрических заболеваний и т.д. Кроме того, медицинским работникам присваиваются квалификационные категории, которые характеризуются объемом профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения работы в рамках соответствующей медицинской и фармацевтической специальности (п.36-3 Медицинского кодекса).

Тем самым ведомственные нормативные акты разграничивают профессиональные функции медицинских работников. Тогда как, уголовный кодекс их не разграничивает, а также не отсылает в части решения данного вопроса к ведомственным актам (не содержит бланкетную норму относительно субъекта правонарушения).

Между тем, решение данного вопроса мы видим в прямом толковании словосочетания, указанного в диспозиции рассматриваемой статьи «профессиональных обязанностей». Тем самым, при определении субъекта необходимо установить круг профессиональных обязанностей медицинского работника. Следовательно, в правоприменительной практике в ходе

закрепления доказательств, в первую очередь принять меры по выемке соответствующих документов (из подразделений администраций, кадровой службы больниц) для исключения фактов искажения сведений, касающихся функциональных обязанностей лица. Аналогично, произвести закрепление путем допроса лиц в части профессиональных обязанностей.

Указанный вопрос об объеме профессиональных обязанностей имеет важное практическое значение для разграничения действий нескольких медицинских работников при совместных медицинских мерах при оказании медицинской помощи. Так, в указанном выше примере по оставлению во время операции в теле пациента полотенца (дело, рассмотренное в Костанайском суде), оперирующий хирург изначально не признавала вину, мотивируя тем, что операцию окончила, т.е. зашиванием подкожной клетчатки занимался хирург-ассистент. В этой связи, следовало исследовать объем профессиональных обязанностей хирурга и хирурга-ассистента, а также соответствие их действий ведомственным стандартам оказания медицинской помощи.

Субъектом деяния, предусмотренного ч.5 ст.317 УК (последствия в виде заражения ВИЧ\СПИД), кроме медицинских работников могут являться работники организации бытового или иного обслуживания населения. УК ним относятся работники прачечных, химчисток, парикмахерских (педикюр и маникюр), предприятий общественного питания и тд. [61].

Между тем, возникает вопрос о том, в каких правоотношениях должен состоять работник организации бытового или иного обслуживания населения и данная организация, поскольку возможны случаи работы без оформления трудового или иного договора. Касательно медицинских работников в статье речь идет о профессиональных обязанностях, которые мы проанализировали выше. Касательно общего субъекта, во-первых, не конкретизировано должен ли работник организации бытового обслуживания официально состоять с данной организацией в трудовых отношениях. Во-вторых, обязательен ли гражданско-правовой договор между данной организацией и пострадавшим лицом. В третьих, является ли субъектом данного преступления, лицо, осуществляющий бытовое или иное обслуживание в качестве индивидуального предпринимателя. В Гражданском Кодексе РК нет понятия «организация». В соответствии со ст.33 ГК РК юридическое лицо признается организацией, которая имеет на праве собственности, хозяйственного ведения или оперативного управления обособленное имущество и отвечает этим имуществом по своим обязательствам... Юридические лица, в свою очередь подразделяются на коммерческие и некоммерческие организации. Согласно ст.3 ГК РК, правила настоящего Кодекса, которые регулируют деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями применяются к

предпринимательской деятельности граждан, осуществляемой без образования юридического лица [67]. В этой связи, слово «организация» в диспозиции данной статьи формально ограничивает круг субъектов правонарушения и может привести к неправильному установлению субъекта уголовной ответственности.

На наш взгляд, было бы правильней не конкретизировать лицо, как работника организации, а предусмотреть любое лицо, оказывающее бытовое или иное обслуживание населения. В связи чем, предлагаем изложить ст.317 ч.5 УК РК касательно общего субъекта правонарушения в следующей редакции «.....а равно, любым лицом, осуществляющим бытовое или иное обслуживание населения при оказании услуг, предусмотренных устным или письменным договором с лицом, которому оказаны услуги...». Правильное установление субъекта уголовного правонарушения является гарантией защиты прав граждан и исключит их необоснованное вовлечение в орбиту уголовного преследования.

2.2.2 СУБЪЕКТИВНАЯ СТОРОНА ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Субъективная сторона правонарушения - это внутренняя характеристика преступления, внутренне психическое отношение преступника к совершенному им преступлению. К признакам субъективной стороны относятся вина, мотив, цель правонарушения. Законодатель придает вине такое важное значение, что виновная ответственность возведена в принцип Уголовного Кодекса, а именно лицо подлежит уголовной ответственности только за те общественно опасные деяния, в отношении которых установлена вина [54].

В теории права в отличие от вины, мотив и цель правонарушения не относятся к обязательным признакам состава и включаются в качестве такового в некоторых правонарушениях (к примеру, корыстный мотив убийства). Применительно к рассматриваемому составу правонарушения, мотив и цель также не являются его обязательными признаками.

Таким образом, вина – основной признак субъективной стороны правонарушения, без которого не может быть состава правонарушения. Она бывает в форме умысла и неосторожности. В соответствии со ст.19 ч.4 УК РК, деяние, совершенное по неосторожности признается уголовным правонарушением только в том случае, когда это специально предусмотрено соответствующей статьей Особенной части.

С учетом вышеуказанных требований УК РК и теории уголовного права, субъективная сторона правонарушения, предусмотренного ч.1,2,3,4 ст.317 УК РК характеризуется умышленной формой вины.

По мнению авторов учебника уголовное право, субъективная сторона к факту невыполнения ли ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей вина выражается как в форме прямого, так и косвенного умысла, а по отношению к последствиям вина характеризуется неосторожностью. Однако в целом, такое преступление признается совершенным умышленно. Не можем полностью согласиться с данной точкой зрения, а именно в части прямого умысла, по следующим основаниям. В соответствии со ст.20 УК РК умыслу бывает прямой и косвенный. Согласно ч.2 этой статьи преступление признается совершенным с прямым умыслом, если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления. Косвенный умысел, согласно ч.3 ст.20 УК РК – это такой вид умысла, когда лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), не желало, но сознательно допускало их либо относилось к ним безразлично.

На наш взгляд, если рассматривать субъективную сторону как «психическое отношение» лица к деянию будет неверно считать, что медицинский работник, допуская бездействие, либо ненадлежащее относясь к своим профессиональным обязанностям, желает для пациента наступления его смерти или причинения вреда здоровью. В случае желая смерти лица и его причинения в ходе медицинских манипуляций, действия медицинского работника уже следует квалифицировать как умышленное убийство. К примеру, по причине желая смерти пациента отключение его от аппаратов, поддерживающих жизнь (искусственной вентиляции легких и др.), умышленно введение инъекций с препаратами, вызывающими остановку сердца и т.п. Аналогично, прямой умысел на причинение тяжкого вреда здоровью усматривается в случае из судебной практики России. Так, Московский городской суд, признав доктора медицинских наук уролога М. виновным, указал в своем приговоре: «Подсудимый разрабатывал научную тему «Кавернотомия почек и придатков с отсасыванием». Для этого требовалось достаточное количество случаев из хирургической практики с положительным послеоперационным исходом. Труд этот достаточно долог и трудоемок. М. «упростил» свою работу тем, что, вопреки интересам больных, умышленно ставил им нужные для него диагнозы – туберкулез почек и придатков, а затем делал ненужные для больных операции. Причиняя гражданам физическую боль и душевные переживания, М. в течение двух лет произвел 12 таких операций, во время последней из которых причинил по неосторожности больному Д. тяжкие телесные повреждения, в результате чего больной скончался. При рассмотрении данного случая оказалось, что врач М. ошибочно удалил двенадцатиперстную кишку, принятую им за кисту надпочечника, причем последней у гражданина Д. не было» [42].

В рассматриваемой статье 317 УК РК, на наш взгляд, может иметь место только косвенный умысел, когда медицинский работник, бездействуя (ненадлежащее выполняя обязанности), не желает вредных последствий, но относится к их наступлению безразлично. Причинами безразличия могут быть самонадеянность, повторяемость медицинских действий, усталость, возложение надежд на физиологические особенности организма и самостоятельное выздоровление и др.

Примером такой самонадеянности и безразличия к последствиям своих действий или бездействий может быть уголовное дело, рассмотренное Уральским городским судом 19.10.2015г. по ст.114 ч.4 УК РК (в редакции 1997г.) в отношении врача хирурга областной клинической больницы А. Судом А. признан виновным в том, что в ходе операции, несмотря на неоднократные сообщения медицинской сестры Х. о недостатке марлевой салфетки, врач А. не придавал этому нужного значения, ввиду своей халатности

и самоуверенности. В результате марлевая салфетка была оставлена в брюшной полости между петлями кишечника и впоследствии вызвала фиброзно-гнойный перитонит и последующую смерть пациента. В сравнении с вышеуказанным аналогичным примером в отношении по врача-хирурга г.Костанай, в данном случае врач-хирург неоднократно был уведомлен медицинской сестрой об отсутствии салфетки, но не проверил возможность ее оставления в теле пациента. Тем самым, врач осознавал общественную опасность своего бездействия, не желал наступления последствий, но отнесся к ним безразлично (исходя из приговора суда, по причине своей самоуверенности) [68].

В УК РК диспозиция ч.5 ст.317 УК указана следующим образом «Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, а равно работником организации бытового или иного обслуживания населения вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекло заражение другого лица ВИЧ\СПИД».

Следует отметить, что, согласно УК РК в редакции 1997г. Уголовная ответственность за заражение другого лица ВИЧ/СПИД вследствие ненадлежащего выполнения медицинским работником, а равно работником организации бытового или иного обслуживания населения своих профессиональных обязанностей предусматривалась статьей ст.116 ч.3 УК (Заражение вирусом иммунодефицита человека), а не ст.314 УК о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником. Между тем, в 2006 году по факту массового заражения детей ВИЧ инфекцией в г.Шымкент медицинские работники по указанной специальной статье не привлекались. Приговором Шымкентского городского суда от 27.06.2007г. они осуждены по ст.316 УК–халатность [69].

В настоящее время деяние охватывается ст.317 ч.5 УК РК, мера наказания не подверглась изменению (до 5 лет лишения свободы). Однако, законодатель, отразив в диспозиции небрежность и недобросовестное отношение к последствиям, не указал субъективную сторону, а именно не сделал прямое указание на неосторожную форму вины по отношению к последствиям, как того требует ст.19 ч.4 УК РК.

Наличие в уголовном законе ст.118 УК РК «Заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ\СПИД)», которая предусматривает умышленные действия лица по заражению лица ВИЧ\СПИД и поставлению другого лица в опасность заражения, позволят сделать вывод, что в ст.317 ч.5 УК законодатель подразумевал неосторожную форму вины.

В силу вышеуказанных требований ст.19 ч.4 УК о необходимости прямого указания на неосторожную форму вины в диспозиции статьи, данное

упущение может вызвать неоднозначное толкование в правоприменительной практике. На наш взгляд, для уточнения признаков субъективной стороны и избежания неоднообразной судебно-следственной практики необходимо сделать прямое указание на неосторожную форму вины по отношению к последствиям, предусмотренным ч.5 ст.317 УК. В связи чем, предлагаем диспозицию ст.317 ч.5 УК после слов «... если это деяние повлекло» дополнить словами «по неосторожности ...».

2.3. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СОГЛАСИЯ ЛИЦА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ПОНЯТИЯ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА»

2.3.1 ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СОГЛАСИЯ ЛИЦА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Рассматривая объективную сторону уголовного правонарушения, предусмотренного ст.317 УК РК (в виде последствия деяния) нельзя оставить без внимания вопрос согласия пациента на медицинское вмешательство. Во многих зарубежных странах (США, Англия, Израиль, Франция) письменный договор между пациентами и врачами или медицинской организацией является началом их юридических взаимоотношений, а следовательно, и последствий в вопросах качества оказания медицинской помощи. Даже в экстренных случаях принимаются все возможные меры по поиску ближайших родственников для получения согласия на принятие решения, от которого зависит дальнейшее медицинское вмешательство.

К примеру, в США деликтом в данной стране признается любое вторжение в телесную неприкосновенность без согласия пациента, даже в тех случаях, если лечение не только не причинило вреда, но даже было эффективным. Право пациента на информированное добровольное медицинское вмешательство закреплено как на федеральном уровне, так и в законодательных актах отдельных штатов, Билле о правах пациента, а также американском обычном праве [70]. В целом, как указывает упомянутый автор, доктрина информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство начала формироваться в 50-60 годах двадцатого столетия в основном в США и нашла свое отражение в законодательстве многих стран (Финляндии, Великобритании, Ирландии, США, Франции, Нидерландах). Концепция информированного добровольного согласия на медицинское

вмешательство в ее современном понимании восходит к Нюрнбергскому кодексу 1947 г., посвященного вопросу получения согласия испытуемого на проведение в отношении него медицинского эксперимента.

В Республике Казахстан законодательно закреплена необходимость информированного согласия на инвазивные процедуры.

В соответствии со стандартом получения информированного согласия пациентов на инвазивные диагностические и лечебные процедуры, утвержденного Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК от 24.09.2012г., под информированным согласием следует понимать документ, подробно оговаривающий все аспекты лечения и диагностики, который подписывается пациентом и гарантирует добровольное согласие пациента на получение конкретного метода лечения и диагностики.

Понятия инвазивной процедуры не дано в медицинском кодексе. В соответствии с общепринятым понятием - это медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) Примером простейшей инвазивной процедуры является любая инъекция. Самой сложной - хирургическая операция. Данные процедуры могут применяться также для диагностики. Примером является электрофизиологическое исследование сердца и рентген исследования [14].

Тем самым, в РК императивное требование относительно согласия пациента касается только инвазивных процедур, а иные согласие по иным остается законодательно неурегулированным. Как правило, в РК факт обращения лица в медицинское учреждение свидетельствует о его согласии на медицинское вмешательство с целью профилактики, лечения и диагностики. В некоторых случаях, в особенности в частных медицинских организациях составляется договор на согласие на инвазивную процедуру и отсутствие претензий в случае негативного исхода. Тем самым, согласие на медицинское вмешательство в Казахстане не распространено, не используется в качестве правового механизма, составляется в одностороннем порядке с уклоном на отсутствие претензий пациента к медицинской организации. Более того, совсем не используется процедура согласования метода, процесса лечения, лекарственных средств между пациентом и врачом (медицинской организацией).

Между тем, согласно ст. 5 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 19.11.1996г. медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как лицо, подвергающееся этому вмешательству, даст на это информированное добровольное согласие [71].

Касательно противоположного аспекта о медицинском вмешательстве в случае несогласия пациента, то круг лиц, в отношении которых такое

вмешательство допускается прямо отражен в Медицинском Кодексе. Так, ст.94 данного Кодекса устанавливает исчерпывающий перечень лиц, в отношении которых допускается оказанием медицинской помощи без их согласия: лица, находящиеся в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю; лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями).

Согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних и граждан, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии таковых, решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации и законных представителей.

В России аналогично законодательству Казахстана, согласие либо отказ пациента от медицинской помощи не является основанием для освобождения от уголовной ответственности. Между тем, некоторые правоведы ставят подобный вопрос со ссылкой результаты социологического опроса медицинских работников. К примеру, по мнению к.ю.н Старостиной Я.В., отказ от оказания медицинской помощи недееспособному или ограниченно дееспособному лицу, заявленный законным представителем, опекуном или попечителем такого лица, а также отказ от оказания медицинской помощи дееспособному лицу, не могущему самостоятельно его заявить, совершенный супругом или близким родственником, не должен иметь для медицинского работника обязательной силы и расцениваться как основание неоказания медицинской помощи [72]. Автор в своем исследовании ссылается на социологические опросы врачей и пациентов. По ее данным, треть пациентов (33,1%)клиник заявили, что хотя бы раз в своей жизни пользовались правом отказаться от медицинского вмешательства. 80% врачей ответили, что им приходилось сталкиваться с пациентами, которые отказывались от медицинского вмешательства. В половине случаев отказы пациентов были следствием страха (51,8%). На втором месте среди причин отказов была названа некомпетентность медработников (41,4%), по религиозным соображениям отказывались от услуг медработников 14,4% пациентов. При этом, 65% опрошенных медицинских работников поддержали автора относительно освобождения от уголовной ответственности в случаях отказа лица от оказания медицинской помощи. На наш взгляд данная точка зрения не совсем верна в вопросе наличия либо отсутствия уголовной ответственности, но должна быть учтена в гражданско-правовых отношениях между пациентом и лечебным учреждением

либо непосредственно медицинским работником. А также может быть принята во внимание в качестве обстоятельства, смягчающего уголовную ответственность медицинского работника.

Несмотря на то, что деяния, связанное с незаконным изъятием органов или тканей человека (ст.116 УК РК) не относится к предмету настоящего исследования, полагаем, что следует обратить внимание на вопросы согласия лица на изъятие органов, поскольку они связаны с вопросами надлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником.

Так, в соответствии со ст.169 п.2 Медицинского Кодекса, принудительное изъятие тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) человека и их пересадка запрещаются. Между тем, согласно п.10 данной статьи, изъятие тканей и (или) органов (части органов) у трупа не допускается, если организация здравоохранения на момент изъятия поставлена в известность о том, что при жизни данное лицо либо его супруг (супруга), близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его тканей и (или) органов (части органов) после смерти для трансплантации реципиенту. Таким образом, медицинская организация имеет право у трупа органы в случае, если умерший не оформил надлежащим образом прижизненного согласия на изъятие органов. Однако, вопросы о способах согласия (несогласия) лица при жизни, о базе данных лиц, изъявивших либо не изъявивших желание на изъятие органов после смерти, о способах информирования и др. до настоящего времени не урегулированы. В текущем году, по результатам заседания коллегии Министерство здравоохранения сообщило, что данный вопрос будет отработан до конца года. Как указано в СМИ каналом sputniknews.kz 27.09.2019г., со ссылкой на слова министра здравоохранения Е.Биртанов «Казахстанцы, не желающие, чтобы их органы были использованы для посмертного донорства смогут внести соответствующую отметку в электронную карту здоровья» [73].

Между тем, Президент Общественного фонда «Аман-саулык» Бахыт Туменова говорит о двух существующих подходах — презумпции согласия и несогласия. Презумпция согласия означает, что если человек не оставил после себя никакого завещания в отношении донорства своих органов, это дает право изымать его органы. Презумпция несогласия — если человек не оставил завещания, это означает, что он несогласен и его органы изыматься не могут, — говорит Туменова. По ее словам в Казахстане с 2009 года действует именно презумпция согласия, активисты же выступают за презумпцию несогласия. В этой связи, была создана петиция по вопросу посмертного донорства, активисты требуют закрепить в Кодексе презумпцию несогласия на изъятие органов и тканей умерших. По их словам, такой подход позволит:

учесть волю человека;

соблюдать права человека на личную неприкосновенность;
исключить связанную с изъятием органов морально-этическую и психологическую нагрузку на близких умершего;
освободить врача от психоэмоциональных перегрузок, связанных с совершением этически некорректных действий;
снизить потенциальную возможность криминализации этой отрасли медицины.

«Эта мера исключит противоречие между Кодексом и Конституцией. Она также обеспечит строгое соблюдение добровольного начала в сфере изъятия органов и тканей у трупных доноров», — написано в петиции [74].

Таким образом, данная проблематика на наш взгляд требует более детального исследования в рамках вопроса о неправомерных действиях медицинских работников. Тем более, в 2019 году в Казахстане имеет место факты незаконного изъятия органов трансплантологии К., по которому возбуждено уголовное дело и проводится расследование [75].

Следует отметить, что в Республике Казахстан уголовная ответственность за незаконное изъятие органов и тканей человека регламентирована ст.116 УК, которая относится к уголовным правонарушениям против личности. Так, данная статья предусматривает ответственность за принуждение к изъятию или незаконное изъятие органов и тканей лица для трансплантации либо иного использования, а равно совершение сделок в отношении органов и тканей живого лица. Из смысла указанной статьи следует, что уголовная ответственность может наступить при любом «незаконном» изъятии органов и тканей. Между тем, остается неурегулированным и, как указывалось выше, вызывающим многочисленные споры при обсуждении проекта медицинского кодекса, вопросы согласия либо несогласия донора на трансплантацию. Тем самым, критерии добровольности донорства играют решающее значение при установлении правомерности действий медицинских работников.

С учетом вышеизложенных фактов можно сделать вывод о том, что в Казахстане не должным образом урегулированы вопросы согласия лиц на медицинское вмешательство, а также посмертное донорство своих органов.

По мнению Еспергеновой Е. возможно предложить два варианта решения проблемы согласия лица на медицинское вмешательство: предусмотреть несогласие пациента на медицинское вмешательство в рамках ст.317 УК в качестве квалифицирующего обстоятельства, либо рассмотреть отсутствие согласия больного в качестве обстоятельства, отягчающего уголовную ответственность и соответственно, закрепить его в ст.54 УК - «причинение вреда здоровью пациента в случае отсутствия согласия, когда его наличие является обязательным». В первом случае возникает вопрос, если

предусмотреть в ч.5 рассматриваемой статьи квалифицирующий признак «... деяния предусмотренные ч.1,2,3,4 совершенные без согласия больного, когда такое согласие является обязательным», не будет ли это с точки зрения уголовно-правовой политики противоречить принципам гуманизма, поскольку например, причинение средней тяжести вреда здоровью без согласия больного будет наказываться более жестко нежели причинение тяжкого вреда здоровью (ч.2 ст.317 УК). По мнению автора, второй вариант выхода из создавшейся ситуации является более предпочтительным. В то же время предлагается индивидуализация при оценке судом данного обстоятельства в качестве отягчающего с возможностью примечания в п.17 ст.54 УК «вправе в зависимости от характера правонарушения не признавать это обстоятельство отягчающим» [56].

На наш взгляд, согласие либо несогласие лица на медицинское вмешательство не должно быть критерием правомочности действий медицинского работника, а также обстоятельства, влияющего на уголовную ответственность. При любых обстоятельствах медицинский работник обязан совершать действия, направленные на оказание медицинской помощи. При этом, выполнять свои профессиональные обязанности надлежаще, в полном объеме, в соответствии с ведомственными стандартами и клиническими протоколами. Согласие пациента, оценка им последствий медицинского вмешательства и добровольное согласие на возможно негативный исход не должно служить оправданием для неверных действий или бездействия медицинского работника. Полагаем, данный аспект должен влиять лишь на вопросы гражданско-правовой ответственности медицинского работника перед пострадавшим пациентом. А именно, добровольное согласие лица медицинское вмешательство может рассматриваться в качестве обстоятельства, снижающее размер компенсации за причиненный вред.

2.3.2. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПОНЯТИЯ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА»

В последнее время в Республике Казахстан, аналогично и в России, среди медицинского общества все больше поднимается вопрос о введении такого понятия как «врачебная ошибка» или «дефект оказания медицинской помощи». Еще в Советское время патологоанатом, Академик АМН СССР Давыдовский Д.В. предлагал следующую формулировку «Врачебная ошибка - следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от

других дефектов врачебной деятельности - исключение умышленных преступных действий - небрежности, халатности, а также невежества» [76].

На протяжении 2018 года представителями медицинского сообщества неоднократно указывалось на необходимость декриминализации правонарушений, предусматривающих уголовную ответственность медицинских работников за нарушение стандартов при оказании медицинской помощи и врачебную ошибку. В том числе было отмечено «за врачебную ошибку наказывать нельзя - «это наше твёрдое убеждение, поскольку врач имеет право ошибаться, и достоверно, стопроцентно знать о том, какой диагноз, какое лечение было нужно, не представляется возможным». Было отмечено, что такие нормы очень серьезно влияют на обеспеченность населения медицинскими кадрами и приводят к оттоку специалистов из таких высоко рискованных сфер, как акушерство-гинекология, реанимация и прочее» [77]. Далее высказывалось о врачебных ошибках и было отмечено, что понятие «ошибка» должно быть перекалифицировано в «медицинский инцидент»; об отношении пациента к своему здоровью и влиянии его поведения на исход лечения. По словам министра «Прежде чем огульно обвинять, вы докажете, что этот человек умер от врачебной ошибки. Граждане нередко сами отказываются от лечения, родители не прививают детей, мужья запрещают беременным женщинам вставать на учет, употребляют алкоголь и курят» [78]. Аналогично, в программе "Давайте говорить" на телеканале "Хабар", вице-министр здравоохранения Л.Актаева высказалась о декриминализации в случае врачебных ошибок. «Речь не идет о халатности, речь не идет о ненадлежащем исполнении функциональных обязанностей, речь идет именно о неосторожности, о врачебной ошибке, - уточнила вице-министр» [79].

Таким образом, представители медицины предлагают разграничить врачебную ошибку, которая не будет являться уголовно наказуемым деянием и халатность врача. Между тем, термин «врачебная ошибка» отсутствует в настоящее время в законодательстве, нет и общепринятого определения указанного термина и общего мнения в медицинской литературе. Кроме того, в Республике Казахстан не ведется официальная статистика относительно лиц, пострадавших от врачебных ошибок в том понятии и трактовке термина, предлагаемом представителями сферы здравоохранения (ошибка без признаков небрежности и халатности). Статистические данные УКПСиСУ отражают лишь уголовно-наказуемые события, в которых ставится вопрос о неисполнении или ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками.

Между тем, в России, где ставятся аналогичные вопросы относительно врачебных ошибок и преступлений, а также о возмещении вреда и страховании

пациентов авторами, которые исследовали данный вопрос приводятся следующие цифры в журнале «Клиническая медицина»: «В России, по данным общественной организации «Лига защиты пациентов», ежегодно от врачебных ошибок умирают 50 тыс. человек. Официальная статистика вызывает большие разногласия, и ее редко кто всерьез анализирует, однако убийственные откровения специалистов свидетельствуют о том, что россиян больше к смерти приводят врачебные ошибки, чем дорожно-транспортные происшествия. По данным отечественной статистики, гражданские дела о взыскании физического и морального вреда в России, претензии и жалобы из года в год распределяются по специальностям приблизительно в следующем порядке: хирургия до 25%, стоматология—до 15%, акушерство и гинекология—до 15%, терапия—от 5 до 10%, педиатрия—от 5 до 6%, (наименование кафедры ФИО) травматология— 5%, офтальмология—от 4 до 5%, анестезиология—до 5%, служба скорой медицинской помощи—2%. Зарубежная статистика врачебных ошибок не отличается положительными тенденциями. По мнению авторов, последние социологические опросы, проведенные в США, показывают, что каждый седьмой врач становится жертвой судебного разбирательства по крайней мере один раз в своей профессиональной жизни. Ежегодно от 40 до 87 тыс. американцев страдает от врачебных ошибок. Из-за этого в Америке погибает больше людей, чем от СПИДа» [80]. Кроме того, авторы исследования выяснили мнение самих практикующих врачей-педиатров о причинах врачебных ошибок. В приведенной авторами таблице в качестве наиболее популярных ответов указано на неправильный клинический диагноз, атипичное течение заболевания, поведение родителей пациентов-детей, а также низкий профессиональный уровень самого врача. Также сами врачи указывали, что в своей врачебной практике периодически назначают от 7 до 10 препаратов одновременно, допуская полипрагмазию - одновременное назначение больному множества лекарственных средств, что может увеличивать частоту побочных эффектов. Тем самым, самими практикующими врачами не исключается неправильная постановка диагноза, низкий уровень профессионального образования и ошибочная трактовка результатов клинических анализов. Бесспорно, данные обстоятельства не могут служить оправданием для ненадлежащего оказания медицинских услуг. Более того, факты умышленного назначения большого количества лекарственных средств свидетельствуют о косвенном умысле медицинского работника по отношению к наступлению негативных последствий для пациента [80].

С учетом изложенного, на наш взгляд, в Республике Казахстан в настоящее время преждевременно ставить вопрос о декриминализации правонарушений, предусматривающих уголовную ответственность

медицинских работников за нарушение стандартов при оказании медицинской помощи и врачебную ошибку. Простое механическое исключение статьи из уголовного закона не должно являться способом решения проблем в сферах медицины и юриспруденции в части вопроса об уголовной ответственности медицинских работников. Необходим взвешенный научный подход, научно обоснованная теоретическая база, в особенности в вопросе терминологии и критериев разграничения предлагаемых медицинским сообществом понятий «врачебная ошибка» и «небрежность врача». Более того, требуется совместное решение данного вопроса юристами правоведами и представителями медицинской сферы.

Наряду с изложенным, четкие критерии разграничения врачебной ошибки или врачебного риска от неправомερных деяний позволят исключить необоснованное вовлечение в уголовный процесс медицинского работника, правильно выполнившего профессиональные обязанности, либо рискнувшего совершить сложную медицинскую операцию во благо пациента. В этом случае, заслуживает внимания точка зрения медицинского сообщества о том, что врач имеет право ошибаться, если эта ошибка не связана с небрежностью и недобросовестным исполнением профессиональных обязанностей. Соглашаемся с мнением, что медицина, особенно в высоко рискованных отраслях не застрахована от негативного исхода в состоянии пациента.

Даже гений хирургии Пирогов Н.И. в книге «Анналы хирургического отделения клинки императорского Дерптского университета» опубликовал неслыханное ранее в медицинских кругах и повлекшее широкий общественный резонанс признание в совершенных им ошибках: «Наиболее крупная моя ошибка состояла в том, что я применил прокол кисты для подтверждения диагноза», «была совершена одна ошибка, в которой хочу чистосердечно признаться». Главным принципом данного начинания Пирогова Н.И. в признании медицинских ошибок было вынести работу медиков на гласное рассмотрение, поскольку правдиво изложение действий врачей поможет понять механизм сам механизм ошибок и возможность не допустить их повторения [81].

Аналогично, как сказал знаменитый кардиолог и хирург Амосов Н.М, который первый в СССР провел протезирование клапана сердца «не бывает, чтобы врач где-то в чем-то не сделал хотя бы маленькой ошибки, однако достаточной, чтобы умереть тяжело больному» [82].

В книге «Мысли и сердце», Амосов Н.М. описывает свое морально-психологическое состояние после сложнейших операций, где он не смог спасти пациентов, размышляет и разбирает каждый такой случай, бесконечно задавая вопрос, почему умирают люди, приводит примеры суицидов хирургов. «В тот момент, когда сердце останавливается в твоих руках и жизнь утекает

между твоими пальцами, сколько раз хотелось все отдать, чтобы ее удержать! Полжизни. Жизнь. Но никто не берет в обмен. Больной умирает, а я остаюсь. От каждого такого случая остается что-то уменьшающее желание жить....» описывает Амосов Н.М. свое состояние после одного из рабочих дней [82].

Противоположно подобным случаям, когда врачи, особенно хирурги идут на риск, в надежде спасти жизни, имеются вопиющие случаи небрежного отношения медицинских работников к своим обязанностям. Профессия медицинского работника благородна, сложна и самоотверженна. Ежедневно тысячи добросовестных врачей и среднего медицинского персонала спасают жизни и помогают людям. Однако, как и в любой другой профессиональной отрасли находится работник, который своим действием или бездействием допускает нарушение закона и дискредитирует свою профессию. В медицине цена такого нарушения слишком высока. Соответственно должны быть действенные правовые механизмы привлечения подобных лиц к уголовной ответственности.

Вышеперечисленные факты, когда в теле пациента забыли перевязочный материал, врач травматолог наложил гипс без рентгеновского снимка, что привело к еще большему смещению кости, хирург не отразил в протоколе операции, что устранил не все дефекты, а потом досрочно выписал пациента из больницы пациента и тому подобные факты свидетельствует о необходимости наличия статьи, предусматривающей уголовную ответственность медицинского работника за невыполнение и ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей.

Даже медицина таких стран, как Австралия, Англия, Израиль, Германия, Франция, Канада, США где уровень ее развития и медицинских технологий находится на высоком уровне, не застрахована от таких случаев, как небрежно проведенные операции, в том числе ошибочные операции не на тех органах, оставление медицинских инструментов в теле пациентов во время операции, неверные диагнозы и ошибочно выписанные лекарства.

Так, анализируя ошибки медиков, австралийские эксперты установили, что случаи смерти или инвалидности пациентов в госпиталях были "в высокой степени предотвратимы". Из них 24,7 процента можно было избежать, если бы врачи имели лучшую подготовку и практику. По результатам расследования выяснилось, что из 10 тысяч пациентов, проходивших лечение в штате Новый Южный Уэльс в период с 1999 года по 2001 год, 208 были поставлены неправильные диагнозы, в результате которых многие были прооперированы и получили инвалидность. В Великобритании установлены случаи, когда медики делали операции не на том колене (на здоровом), не в то ухо вшивали слуховые аппараты, удаляли кости из здоровых ног, делали надрезы для полостных операций не в тех местах. В целом отмечено 1136 врачебных ошибок,

недолжные операции делались в среднем одному пациенту в день. Наиболее распространенными видами врачебных ошибок в Великобритании являются неправильно выписанные рецепты, небрежно проведенные операции, неверные диагнозы. Почти 84000 случаев врачебных ошибок были установлены в 2009 году в ирландских больницах. Они включают: неправильные назначения лекарственных средств и /или/ их неправильные дозировки - 8 250; дефекты медицинских вмешательств, включая оставленные в теле пациента тампоны, салфетки, хирургический инструмент и прочее - 5 559; ошибки ведения медицинской документации, которые могли привести к причинению вреда здоровью пациентов или даже к смерти больного - 5650. В немецких больницах, по некоторым оценкам, ежегодно регистрируется около полумиллиона врачебных ошибок. Лишь четверть из них можно исправить. Одна из новейших больниц Берлина «прославились» тем, что поставили людям не те протезы. Известны случаи, когда вместо ноги больному оперируют кишечник. После операции забывают инструменты в полости живота. Поведениям израильских экспертов, 8-10% пациентов умирают не из-за болезней, а по причине халатности врачей или их ошибок. В Канаде, с врачебными ошибками сталкиваются в среднем 187 тысяч человек, почти 24 тысячи из них – погибают. В США согласно отчету американского Института медицины, каждый год не менее 1,5 млн. пациентов становятся жертвами неверно выписанных лекарств. В среднем это один пациент американской больницы в день. Согласно информации Центра по контролю заболеваемости и превентивным мерам, каждый год около 2 млн человек заражаются инфекциями в больнице, из них около 90 тыс. умирают. Из-за неверных диагнозов, неправильно назначенного лечения и др. 247,6 тыс. человек скончались, хотя их жизнь могла бы быть сохранена. Общее число погибших от предотвратимых медицинских ошибок составляет в Соединенных Штатах 200000 в год. Во Франции по статистическим данным ENEIS (Национальное исследование побочных эффектов оказания медицинской помощи) каждый год во Франции в медицинских организациях происходит от 125 000 до 205 000 неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, из них примерно 47 % можно было бы избежать. Основная причина неблагоприятных исходов – человеческий фактор (неправильное назначение лекарственного средства, оставление хирургического инструмента в брюшной полости и т.д.) [83]. Как следует из вышеуказанной публикации статистических данных по медицинским ошибкам, даже относительно «закрытая страна» в плане информированности о происходящих внутри ее пределов событиях Саудовская Аравия, опубликовала сведения в СМИ, что 53,4 % действия врачей и медицинского персонала были признаны, как находящиеся в причинно-следственной связи с последствиями врачебных ошибок.

В целом в мировой практике известно, что при проведении каждых 1000-18.000 операций хирурги забывают инструменты в теле пациента, а в 1 из каждых 100.000 удаляют не тот орган [83].

Иные исследования российских ученых показали, что по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), медицинские ошибки приводят к гибели пациентов чаще, чем автоаварии. Вот некоторые цифры: В 2016 году в США медицинские ошибки стали третьей по значимости причиной смертности, обогнав болезни дыхательной системы и следуя за сердечно-сосудистыми заболеваниями и раком. По данным, полученным исследовательской группой из медицинской школы Университета Дж. Хопкинса, ежегодно от последствий медицинских ошибок в стране умирает около 250 тысяч американцев, что составляет 9,5% от всех умерших за год. Однако официальные данные расходятся с этими цифрами примерно на 100 тысяч смертей в год. Ученые из Университета Хопкинса видят причину такого расхождения в том, что официальной статистики последствий медицинских ошибок не ведется не только в США, но и мире: нет даже специального кода, который позволил бы фиксировать эту причину смерти в статистических отчетах. Как указывает Мартин Макари, хирург, исследователь из Университета Хопкинса «Я глубоко убежден, что проблема медицинских ошибок должна стать одним из основных направлений исследований, так как масштаб ее слишком велик для того, чтобы оставлять ее без внимания. Между тем в большинстве стран не существует даже системы учета для проведения статистических исследований, так как причина смерти фиксируется по международной классификации болезней (ICD), где нет кода под названием «человеческий фактор» или «ошибка медперсонала». А поскольку статистические данные определяют приоритеты в исследованиях и используются для распределения потоков финансирования, проблема, отсутствующая в статистических выкладках, не получает должного внимания и денег на проведение научной работы. Мы провели глубокое исследование, но все равно полученные результаты не отражают всей полноты картины, так как в наше поле зрения попадали только ошибки, совершившиеся по отношению к больным, госпитализированным в стационар. Амбулаторный прием остался вне нашего исследования, а значит, истинное положение дел может оказаться еще печальнее. При этом важно понимать, что значительная часть ошибок вызвана не столько некомпетентностью и непрофессионализмом врачей или младшего медицинского персонала, сколько несовершенством системы. Мы видим своей задачей в первую очередь не преследование и наказание виновных, а совершенствование системы. Мы никогда не сможем исключить влияние «человеческого фактора», но минимизировать последствия обязаны. Как сказал член правления Национального фонда безопасности пациентов Л. Лип, плохие

врачи — не главная проблема, их не более 1%, а остальная часть — это хорошие врачи, которые иногда ошибаются, и задача системы — максимально смягчить последствия этих ошибок. Далее автор публикации полагает, что следует внести изменения в формы отчетности, а также указывать в свидетельствах о смерти не только код по ICD, но и дополнительный фактор, приведший к смерти - медицинские ошибки, которых можно было избежать. Это помогло бы направить внимание общества на большую проблему, существующую в системе здравоохранения». Как указано в публикации, Росстат тоже не ведет статистики медицинских ошибок. Фиксируется лишь некоторая часть нарушений, выявленных проверками в системе ОМС, а также действия, квалифицируемые как преступления и попадающие в сферу деятельности Следственного комитета» [84]. Вышеуказанные исследования позволяют констатировать, что прежде чем ставить вопрос о разграничении понятий «врачебная ошибка» от действий (бездействий) влекущих уголовную ответственность, необходим системный анализ с предварительным введением статистического учета действий, потенциально подпадающих под критерии «ошибок» и оснований их дифференциации.

Как упоминалось выше, в России вопрос о врачебной ошибке широко обсуждается в ведомственных журналах и научно-практических конференциях. К примеру, коллективом авторов (Фарбер Е.В., Сергеев Ю.Д., Шурупова Р.В.) Московского государственного университета им.И.М.Сеченова совместно с их израильскими коллегами проведено обширное исследование на тему «Социологические и правовые аспекты ошибок, совершаемых врачами и пациентами». В своей публикации они указывают, что имеется два диаметрально противоположных суждения о необходимости законодательного закрепления данного термина. Так, сторонники термина в обоснование своей позиции приводят в пример практику органов внутренних дел и прокуратуры, которая показывает, что 2/3 уголовных дел, возбуждаемых в отношении медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), прекращаются. Другая часть, не видит в этом необходимости, поэтому не дает легального определения врачебной ошибке. Когда речь идет о причинении вреда здоровью или жизни пациента, предпочитают говорить о дефекте оказания медицинской помощи или о ненадлежащем оказании медицинской помощи. Указанными авторами статьи совместно с учеными Израиля были проведены опросы врачей клиницистов по поводу того, с чем они сталкиваются и что думают о зависимости количества совершаемых ошибок от опытности врача. Было выявлено, что по мере повышения квалификации врача и приобретения им профессионального опыта частота ошибок не уменьшалась, а

нередко увеличивалась. По результатам последующего опроса о причинах происходящего явления врачами было отмечено следующее:

более опытные врачи чаще имеют дело с тяжелыми и сложными больными, когда вероятность ошибки,

при значительном опыте повышается чувство уверенности, иногда перерастающее в самонадеянность;

опытные врачи гораздо чаще ставят диагноз на основе минимальной затраты времени и сил, забывая порой об опасностях принятия такого рода решений [85].

Таким образом, даже самими врачами указывается на фактор самонадеянности, который влияет на принятие ошибочного решения врачом. На наш взгляд, подобные действия нельзя назвать ошибками. Наоборот они свидетельствуют о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей, что является еще одним аргументом в пользу уголовного преследования медицинского работника по данную самонадеянность, повлекшую негативные последствия для пациента.

Между тем, вышеуказанные авторы исследования в обоснование своей позиции о возможности ошибок приводят следующие обстоятельства и статистические сведения. К началу XIX века было известно около 1 тыс. заболеваний. В настоящее время, по данным ВОЗ, их количество превышает 30 тыс. По мнению авторов, увеличение числа врачебных ошибок находится в прямой зависимости от нарастающего количества новых заболеваний. Как следует из публикации «Из экспертной и клинической практики следует, что одним из обстоятельств, которое может повлечь ненадлежащую медицинскую помощь, является редкость, атипичность заболевания, его осложнения. Помимо этого в последнее время клиницистами все чаще отмечается неклассическое течение различных болезней и увеличение числа казуистических случаев, Еще одним обстоятельством, которое может повлечь ненадлежащую медицинскую помощь, является несовершенство методов диагностики, к которым можно отнести недостаточность медицинских познаний в определенных вопросах и непосредственно инструментальные методы. Появляющиеся инновационные технологии, казалось бы, должны способствовать уменьшению ошибок, но вопрос о взаимовлиянии врачебных ошибок и высоких технологий оказался неоднозначным. По данным нескольких американских университетских клиник, за 1960—1990 гг. частота ошибок в диагностике не изменилась, несмотря на внедрение новых технологий, в частности компьютерного сканирования» [83].

Кроме того, другие российские авторы предлагают ввести понятие как релевантные и нелевантные врачебные ошибки. Так, к.ю.н Старостина Я.В.

рассматривает релевантные врачебные ошибки, как влекущие уголовную ответственность за совершение «профессионального преступления по неосторожности. «Нелевантные» - как исключаяющие уголовную ответственность вследствие невиновного причинения вреда. Автор предлагает следующие юридические основания признания врачебной ошибки релевантной:

-медицинская помощь оказывается работником соответствующей квалификации и профессионального профиля, и данный вид медицинской помощи входит в круг профессиональных обязанностей лица. Ошибка, совершенная медицинским работником ненадлежащей квалификации или профессионального профиля, не может считаться врачебной, и влечет ответственность на общих основаниях;

-медицинский работник в конкретной ситуации имеет реально существующую возможность оказать надлежащую медицинскую помощь, адекватную фактическим обстоятельствам;

-на любом этапе оказания медицинской помощи работник избирает ее однозначно неверный вариант, следствием которого становится неосторожное причинение уголовно значимого вреда жизни или здоровью пациента. Наличие нескольких апробированных (официально рекомендованных) вариантов оказания медицинской помощи в каждом конкретном случае также исключает существование релевантной врачебной ошибки;

-медицинский работник, допускающий ошибку, субъективно относится к ее последствиям небрежно или легкомысленно. Установление хотя бы безразличного отношения к последствиям своего поведения (при осознании возможности их наступления) свидетельствует об умышленном отношении к результату и должно влечь уголовную ответственность за соответствующее умышленное преступление.

Последствия релевантной врачебной ошибки наступают вследствие небрежного отношения медицинского работника к исполнению профессиональных обязанностей, в остальных случаях устанавливается легкомысленное отношение медицинского работника к наступившим последствиям [72].

На наш взгляд, можно согласиться с критерием круга профессиональных обязанностей медицинского работника, а именно, что ошибка, совершенная медицинским работником ненадлежащей квалификации или профессионального профиля, не может считаться врачебной, и влечет ответственность на общих основаниях. Данный подход возможно использовать в правоприменительной практике касательно вопроса о специализации врача путем точного установления круга его профессиональных обязанностей. В остальных аспектах, на наш взгляд формулировки являются слишком не

конкретизированными. Например, формулировка «однозначно неверного варианта медицинской помощи» не раскрывает понятия однозначности, аналогично критерий разграничения небрежности и ее отсутствия.

Таким образом, в настоящее время в РК, равно как в России, в медицинских кругах обсуждается вопрос о введении понятия «медицинская ошибка» либо «дефект оказания медицинской помощи». При этом, данные термины законодательно не закреплены даже в ведомственных нормативных правовых. При этом, в России данный правовой аспект обсуждается не только медицинскими работниками, но и юристами (практикующими и учеными). В РК в юридических кругах данный вопрос остается без должного внимания. Между тем, любой вопрос наличия либо отсутствия уголовной ответственности в тех или иных действиях (бездействиях) в специализированных сферах деятельности (в данном случае-медицине) должен рассматриваться через призму юридических аспектов, научного обоснования, а не только ведомственных факторов и специфики. Полагаем, необходимо совместными усилиями юристов-правоведов и представителей медицины искать пути решения спорных вопросов, касающихся терминологии, а также разграничения медицинской ошибки от иных действий, образующих состав правонарушения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования проблемы уголовной ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение медицинским работником профессиональных обязанностей позволяют сделать следующие выводы, сформулировать предложения по совершенствованию действующего законодательства и практики его применения.

1. Исторический анализ развития уголовно законодательства по вопросу ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей свидетельствует об относительной новизне данного института для нашего государства и прохождении определенных ступеней исторического развития до выделения в самостоятельный состав правонарушения.

В сравнении с УК КазССР, которая содержала всего несколько составов со специальным субъектом преступления (медицинским работником), в УК 1997 года законодатель конкретизировал и дифференцировал ответственность медицинских работников. Так, в условиях развития медицинских технологий закономерно увеличилось количество уголовно-наказуемых деяний в сфере медицины. Необходимость соответствия международным стандартам по вопросам качества оказания медицинской помощи обусловило то, что впервые в рамках самостоятельного состава правонарушения была предусмотрена уголовную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками. Кроме того, Республика Казахстан первая на постсоветском пространстве (в 2009г.) приняла специальный Кодекс, регулирующий правоотношения в медицинской сфере - Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения», в котором указано о равенстве прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи, постоянного повышения качества медицинской помощи.

В 2014 году в целях защиты прав, свобод и законных интересов человека, общества и государства, приведения уголовного законодательства в соответствие международным стандартам, усиления противодействия преступности был принят новый Уголовный кодекс Республики Казахстан, который предусматривает отдельную главу 12 «Медицинские уголовные правонарушения». В настоящее время среди стран бывшего Советского Союза наряду с Казахстаном, самостоятельная глава о медицинских правонарушениях имеется только в Уголовном Кодексе Кыргызстана.

2. Нормы об уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей свидетельствует о тесной взаимосвязи с законодательством Российской Федерации и

предшествующего ей периода, в особенности касательно проблемных вопросов правоприменительной практики и возмещения вреда от подобных деяний.

3. Выделение медицинских правонарушений в отдельную главу не привело к увеличению количества судебного рассмотрения уголовных дел за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Сравнение статистических сведений о количестве направляемости в суд дел по ст.114 УК в редакции 1997 года и по ст.317 УК в редакции 2014 года свидетельствуют о неизменности данного показателя.

4. Социальная обусловленность уголовно-правовых норм, регламентирующих вопросы ответственности за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками, заключается в том, что от качества и безопасности медицинской помощи и услуг зависит жизнь и здоровье человека. Развитие медицинских технологий, выявление новых видов заболеваний, появление устойчивости к лекарственным средствам при лечении ранее существующих болезней увеличивает потребность создания более эффективной системы здравоохранения и повышения качества медицинских услуг.

5. Экономическая обусловленность вышеуказанных норм заключается в необходимости разработки действенных механизмов для возмещения вреда лицам, пострадавшим от действий (бездействий) медицинских работников. Анализ законодательства стран с развитой экономикой показал первостепенную роль гражданско-правовой ответственности медицинских организаций или медицинских работников перед пациентом в случаях не только причинения вреда жизни, здоровью, но любого некачественного оказания медицинских услуг.

6. Необходимо учесть опыт стран дальнего зарубежья в вопросах доказывания, в особенности, установлении причинной связи при совершении медицинских правонарушений, а также исключения их латентности.

7. Необходимо взаимное сотрудничество медицинского и юридического сообщества по вопросам юридической квалификации деяний и их состава, квалифицирующих и иных признаков. Любое решение о преступности того или иного деяния, и наоборот, о декриминализации должно быть обоснованным, социально-направленным, подтвержденным статистическими данными и научными исследованиями, а также соответствовать международным нормам по вопросам гарантий обеспечения государством качества медицинского обслуживания.

8. Часть 5 статьи 317 УК РК нуждается в совершенствовании, в связи с чем, на основании результатов исследования предлагается следующая редакция уголовно-правовой нормы:

- касательно субъекта правонарушения:

Статья 317 часть 5.

Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, **а равно, любым лицом, осуществляющим бытовое или иное обслуживание населения при оказании услуг, предусмотренных устным или письменным договором с лицом, которому оказаны услуги** вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекло заражение другого лица ВИЧ\СПИД, -

наказывается.....

- касательно субъективной стороны к последствиям правонарушения

Статья 317 часть 5.

Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, **а равно, любым лицом, осуществляющим бытовое или иное обслуживание населения при оказании услуг, предусмотренных устным или письменным договором с лицом, которому оказаны услуги** вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекло **по неосторожности** заражение другого лица ВИЧ\СПИД, -

наказывается.....

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Республики Казахстан:- Алматы: «Издательство «Норма-К», 2002 - С. 44.
2. О национальной безопасности Республики Казахстан: Закон Республики Казахстан от 6 января 2012 года № 527-IV//ИПС Эділет- режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
3. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана от 5 октября 2018г. [Электронный ресурс] - режим доступа: http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-nnazarbaeva-narodu-kazahstana.
4. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсуалық» на 2016-2019 годы//ИПС Эділет - режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
5. О проекте Кодекса "О здоровье народа и системе здравоохранения": Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 сентября 2019 года № 721// ИПС Эділет- режим доступа <http://adilet.zan.kz>.
6. Статистические отчеты информационного сервиса Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://qamqor.gov.kz/portal/page/portal/POPageGroup/Services/Pravstat>.
7. Рустемова, Г.Р. Избранные труды: Монография. Г.Р.Рустемова- Астана: НИИ государства и права имени Гайрата Сапаргалиева 2012.- 252с.
8. Бобров Е.О. Исторический очерк о взаимоотношениях врача и общества [Электронный ресурс]- режим доступа: <http://www.critical.ru/actual/bobrov/medsociety.htm>
9. Замалеева С.В. Уголовная ответственность медицинских работников: история и современность: Текст научной статьи по специальности Государство и право. Юридические науки. [Электронный ресурс]- режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ugolovnaya-otvetstvennost-meditsinskih>.
10. Риффель А.В. Избранные вопросы медицинского права. Российская академия естествознания. [Электронный ресурс]-режим доступа: <https://monographies.ru/ru/book/section?i>.
11. Законы о здравоохранении в древнем Мире. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://lektsii.org/11-88325.html>.
12. Образовательные лекции. [Электронный ресурс]-режим доступа: <https://lektsii.org/11-88325.html>.

13. Текст клятвы Гиппократ, с комментариями. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://www.rlsnet.ru/books_book_id_7_page_1.htm.
14. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан от 17 сентября 2009 года №193-IV- [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://egov.kz/wps/portal>.
15. Бушля А.А. Отношение к врачу в средневековом обществе: презрение или уважение // Текст научной статьи по специальности История. Исторические науки - [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-vrachu-v-srednevekovom-obschestve-prezrenie-ili-uvazhenie>.
16. Уложение Тимура. [Электронный ресурс] - режим доступа: (http://www.centre.smr.ru/win/books/timur_3.htm).
17. Авиценна. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://obshe.net/posts/id650.html>.
18. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. [Электронный ресурс] - режим доступа <https://books.google.kz/books?id=>.
19. Этические нормы, которые должны придерживаться врачи. Исламский образовательный портал. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://www.islamdag.ru/vse-ob-islame/25061>.
20. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://музейреформ.рф/node/13654>.
21. Р.Н.Зинуров. «Жеті жарғы» Тауке Хана, как великий памятник права: правовой обычай, судопроизводство и наказание. [Электронный ресурс] - режим доступа:<https://cyberleninka.ru/article/n/zheti-zhargy-sem-ustanovleniy-tauke-hana-kak-velikiy-pamyatnik-prava-pravovoy-obychay-sudop> .
22. Уголовный Кодекс Казахской ССР от 22 июля 1959 года, с изменениями и дополнениями на 1 марта 1997 года. Учебное издание-Алматы,1997- С.120.
23. Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 года //ИПС Әділет- режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
24. Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года//ИПС Әділет- режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
25. Рустимова Г.Р. Проблемы совершенствования борьбы с преступлениями в сфере медицинского обслуживания населения // Автореферат. Доктор юр.наук/Г.Р.Рустимова.-Алматы, 2003- 359с. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/problems-overshenstvovaniya-borby-s-prestupleniyami-v-sfere-meditsinskogo>.
26. Антонова Е.Ю. Ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками по законодательству Республики Казахстан//Текст научной

- статьи по специальности Медицина и здравоохранение. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otvetstvennost-zanadlezhaschee-vypolnenie-professionalnyh-obyazannostey-meditsinskim-ili>.
27. Понкина А.А. Право на безопасную медицинскую помощь// Автореферат к.ю.н./А.А.Понкина - Москва , 2013-211с.
 28. Всеобщая декларация прав человека: Декларация Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года//ИПС Эділет- режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/O4800000001>.
 29. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Устав 22 июля 1946 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.who.int/about/mission/ru/>.
 30. Постоянное представительство Казахстана в международных организациях. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://www.mfa.kz/ru/geneva/content-view/world-health-organization>.
 31. Международный Кодекс медицинской этики: Декларация Генеральной Ассамблеи Всемирной Медицинской Ассоциации от 1949 года - [Электронный ресурс] - режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1037812.
 32. Лиссабонская декларация о правах пациента: Декларация 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеи 1981 года . [Электронный ресурс] - режим доступа: http://www.e-tomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm.
 33. Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям// Заявление Всемирной медицинской Ассамблеи 1992 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1037783#pos=1;-309.
 34. Новый Кодекс "О здоровье народа и системе здравоохранения" разработают в РК до 2019 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://informburo.kz/novosti/novyuy-kodeks-o-zdorove-naroda-i-sisteme-zdravoohraneniya-razrabotayut-v-rk-do-2019-goda.html>
 35. Каиргали Конеев: новый Кодекс законов о здравоохранении направлен на увеличение доходов владельцев клиник. [Электронный ресурс] - режим доступа: ehonews.kz/kairgali-koneev-novyj-kodeks-zakonov-o-zdravoohranenii-napravlen-na-velichenie-dohodov-vladeltsev-klinik/.
 36. Стратегии «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства. Послание президента РК народу Казахстана от 14 декабря 2012 года – режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1200002050>.
 37. Декларация по первичной медико-санитарной помощи. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://ru.egemen.kz/article/4144-na-globalnoy-konferentsii-v-astane-prinyata-novaya-deklaratsiya-po-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi>

38. Об обязательном социальном медицинском страховании// Закон от 6 ноября 2015 года № 405-V ЗРК //ИПС Эділет - режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>.
39. Частные медорганизации РК получают доступ к сотням миллиардов тенге [Электронный ресурс] - режим доступа: https://forbes.kz/finances/insurance/uteshitelnyiy_diagnoz_1498209740/?utm.
40. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения.Bloomberg – [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health>.
41. Цыганова О.А., Светличная Т.Г.. Формирование защиты прав пациентов в зарубежных странах // Журнал экология человека, 2013-3, стр.39.
42. Раков А.А. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников в России и некоторых зарубежных странах. [Электронный ресурс] - режим доступа: <Users/Admin/Downloads/problemy-ugolovnoy-otvetstvennosti->.
43. Отношение к врачебной ошибке в зарубежных странах. [Электронный ресурс]-режим доступа: https://studbooks.net/1092922/pravo/otnoshenie_vrachebnoy_oshibke.
44. Уголовный кодекс Германии. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://constitutions.ru/?p=5854>.
45. Ченская М.С. Основания освобождения медицинских работников от уголовной ответственности во Франции. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://отрасли-права.рф/article/193897>.
46. Отношение к врачебной ошибке в зарубежных странах. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://studbooks.net/1092922/pravo/otnoshenie_vrachebnoy_oshibke.
47. Татаркин В.В. преступления медицинских работников против жизни и здоровья //Автореферат к.ю.н./В.В.Татаркин-Ростов-на-Дону, 2007-201с.
48. Уголовный Кодекс Кыргызстана от 22 января 2016 года, с изменениями по состоянию на 15 мая 2019 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: online.zakon.kz/m/document?doc_34350840.
49. Уголовный Кодекс Украины от 5 апреля 201 года с изменениями по состоянию на 12 ноября 2019 года. [Электронный ресурс] - режим доступа : https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30418109#pos=1145.
50. Ефимова М. Исцеляя Америку. История системы здравоохранения США. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.svoboda.org/a/1882910.html>.
51. Шандоров А. Кто и как несёт ответственность за врачебную ошибку в России и Германии. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://dislife.ru/articles/view/24442>.

52. Гефтлер А. Возмещение ущерба при медицинской халатности. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.geftler-law.co.il/vozmeshchenie-ushcherba/29-vozmeshchenie-ushcherba-pri-medit>.
53. Как защищают от врачебной ошибки в Беларуси и в Литве [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://belaruspartisan.by/m/life/149318/>.
54. Наумов А.В. Уголовное право. Курс лекций. Общая часть. - Москва: Издательство БЕК, 1996 – 560с.
55. Уголовное право Республики Казахстан: Общая часть в 1т.: учебн. для вузов/Отв. ред. ИИ.Рогов, К.Ж.Балтабаев, А.И.Коробеев. - Алматы: Жеті Жарғы, 2017.-448с.
56. Еспергенова Е.В. Проблемы теории и практики применения законодательства Республики Казахстан в вопросах противодействия медицинским уголовным правонарушениям, совершенным специальным субъектом//Докторская диссертация/Е.Еспергенова - Караганда, 2019, 151с.
57. Приговор Баянаульского районного суда Павлодарской области по уголовному делу от 05.10.2016г. в отношении Байжановой Г. - режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>.
58. Борчашвили И.Ш. Комментарий к Уголовному Кодексу Республики Казахстан. Особенная часть (том 2).- Алматы: Жеті жарғы 2015.
59. Приговор Казыбекбийского районного суда г.Караганды от 08.09.2019г. по уголовному делу в отношении врача-анестезиолога Н. - режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>.
60. Приговор Шемонаихинского районного суда Восточно-Казахстанской области от 16.12.2018г. в отношении Салакшинова С.- режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>.
61. Уголовное право Республики Казахстан: Особенная часть в 1т.: учебн. для вузов/Отв. ред. ИИ.Рогов, К.Ж.Балтабаев, А.И.Коробеев-Алматы: Жеті Жарғы, 2017.- 540с.
62. Приговор Костанайского городского суда от 13.07.2018г. по уголовному делу в отношении Комаровой И. - режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>.
63. Приговор Казыбекбийского районного суда г.Караганды от 08.09.2019г. по уголовному делу в отношении врача-травматолога Ибраева Б. - режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>.
64. Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): Автореферат на соискание ученой степени к.ю.н.// И.О.Никитина Нижний Новгород, 2007-201с.

65. Гирько С.А. Материалы научно-практической конференции//Журнал «Актуальные проблемы медицины и биологии» № 2, 2018, стр.47.
66. Ибраев М.А. Методика расследования ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником: Автореферат на соискание ученой степени к.ю.н./М.А.Ибраев-Астана, 2010-201с.
67. Гражданский Кодекс Республики Казахстан от 21 декабря 1994 года//ИПС Әділет- режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
68. Приговор Уральского городского суда от 19.05.2015г. по уголовному делу в отношении Асауова Е. - режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>
69. В Шымкенте завершилось вынесение приговора по делу о массовом заражении южно-казахстанских детей ВИЧ инфекцией. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://zonakz.net/2007/06/27>.
70. Сударева Е.О. Добровольное согласие как условие медицинского вмешательства в праве РФ и США. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://docviewer.yandex.kz/view/0/?page=1&>.
71. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины использованием достижения биологии и медицины (конвенция о правах человека и биомедицине). [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901808464>.
72. Старостина Я.В. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников: Автореферат на соискание ученой степени к.ю.н./ Я.В.Старостина – Ставрополь, 2005.
73. В Казахстане изменится процедура отказа от донорства. [Электронный ресурс]-режим доступа: <https://ru.sputniknews.kz/health/20190729/11088258/kazakhstan-donorstvo-organy-medkarta.html>.
74. Каждый казахстанец - донор органов: что несет новый кодекс о здоровье народа. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://365info.kz/2019/10/kazhdij-kazahstanets-donor-organov-chto-neset-novyj-kodeks-o-zdor>.
75. Какие проблемы в трансплантологии вскрыло дело врача о незаконной пересадке органов. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://informburo.kz/stati/kakie-problemy-v-transplantologii-vskrylo-delo-vracha-o-nezakonnoy-peresadke-organov.html>.
76. Лесниченко А.М. Врачебная ошибка. Научная статьи по специальности «Прочие медицинские науки». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnaya-oshibka-1>.

77. Дальше будет только хуже - Биртанов попросил не обвинять врачей. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/dalshe-tolko-huje-birtanov-poprosil-obvinyat-vrachey-354517_
78. Биртанов Е.: Медики не должны нести уголовное наказание за врачебные ошибки. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://forbes.kz/process/medicine/birtanov_mediki.
79. Речь не о халатности. Почему нельзя наказывать за врачебные ошибки, рассказала вице-министр. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/rech-o-halatnosti-rochemu-nakazyivat-vrachebnyie-oshibki-338230.
80. Доскин В.А., Дерина Е.А., Картоева Р.А., Соколова М.С. Врачебные ошибки и клинические ситуации в клинической практике//Журнал клиническая медицина, 2014- №4 - стр.54.
81. Захаров И.С. Николай Иванович Пирогов: реформы и бессмертие//СПб, 2007г., с.46-50. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://vikent.ru/enc/2826>.
82. Амосов Н.М. Мысли и сердце. Повесть. Издание второе. М.: «Молодая гвардия», 1976 - 320с.
83. Панов А.В. Статистика по врачебным ошибкам за рубежом. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://pravo-med.ru/articles/2753/>.
84. Медицинские ошибки за рубежом: учет и наказание. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/sovety_vracha/meditsinskie_oshibki_za_rubezhom_uchet_i_nakazanie/.
85. Фарбер Е.В., Сергеев Ю.Д., Шурупова Р.В. Социологические и правовые аспекты ошибок, совершаемых врачами и пациентами// Журнал социология медицины, 2015 - №5 - стр.16.