

АКАДЕМИЯ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ
ПРИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ ПРОКУРАТУРЕ РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

АЛБЫТОВ АСКАР ЖЕЙЕНАЕВИЧ

Особенности организации и производства судебных экспертиз при
расследовании дел по ненадлежащему выполнению профессиональных
обязанностей медицинским работником

Диссертация на соискание академической степени
магистр юридических наук по образовательной программе
7М04203 «Юриспруденция» (научное и педагогическое направление)

Научный руководитель:
заведующий кафедрой
Общеюридических дисциплин,
Института послевузовского образования
Сырбу А.В.,
кандидат юридических наук,
доцент (ассоциированный профессор),
старший советник юстиции

г. Косшы, 2022 г.

ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеу дәрігерлік қателіктер туралы қылмыстық істер бойынша комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды ұйымдастыру және жүргізу кезінде туындайтын проблемалық мәселелерді талдауға арналған (ҚР ҚК-нің 317-бабы). Автор сот сараптамасын жетілдіру бойынша шетелдік тәжірибені және оларды Қазақстан Республикасында енгізу мүмкіндіктерін зерделеді.

Медицина қызметкерінің кәсіптік міндеттерін тиісінше орындамағаны туралы 2019-2021 жылдарына қылмыстық істерді тергеп-тексерудің заңдылығының жай-күйіне талдау жүргізілді (400-ге жуық қылмыстық іс, сарапшылардың қорытындылары зерделенді), объективті сараптамалық қорытынды алуға әсер ететін негізгі факторлар анықталды.

Жұмыс сараптамалық зерттеулердің сапасын арттыру үшін, оның ішінде қолданыстағы заңнаманы жетілдіру арқылы ұсыныстар мен ұсынымдар әзірлеуге бағытталған.

РЕЗЮМЕ

Исследование посвящено анализу проблемных вопросов, возникающих при организации и производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о врачебных ошибках (статья 317 Уголовный Кодекс Республики Казахстан). Автором изучен зарубежный опыт по совершенствованию судебной экспертизы и возможности их внедрения в Республике Казахстан.

Проанализировано состояние законности расследования уголовных дел о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником за 2019-2021 годы (изучено 400 уголовных дел, заключений экспертов), установлены основные факторы, влияющие на получение объективного экспертного заключения.

Работа направлена на разработку предложений и рекомендаций для повышения качества экспертных исследований, в том числе путем совершенствования действующего законодательства.

SUMMARY

The study is devoted to the analysis of problematic issues arising during the organization and production of commission forensic medical examinations in criminal cases of medical errors (Article 317 of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan). The author has studied foreign experience in improving forensic expertise and the possibility of their implementation in the Republic of Kazakhstan.

The state of legality of the investigation of criminal cases of improper performance of professional duties by a medical professional has been analyzed (about 400 criminal cases, expert opinions have been studied) for 2019-2021, the main factors influencing the receipt of an objective expert opinion have been identified.

The work is aimed at developing proposals and recommendations to improve the quality of expert research, including by improving the current legislation.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	8
ВВЕДЕНИЕ.....	9
1. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ	
1.1 Ответственность врачей за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей. История и современность.....	19
1.2 Законодательное регулирование обеспечения надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан.....	26
1.3 Зарубежный опыт уголовно-правовой защиты жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг.....	35
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ.	
2.1 Становление и развитие законодательства Республики Казахстан об организации и производстве судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам.....	50
2.2 Зарубежный опыт правового регулирования организации и производства судебно-медицинской экспертизы по уголовным правонарушениям о врачебных ошибках.....	60

2.3 Актуальные проблемы организации и производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником. Пути их решения.....	68
2.4 Организационно-процессуальные особенности организации (назначения) и производства судебных экспертиз по делам о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником.....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	94
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	97
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Акт о внедрении материалов научного исследования в учебный процесс.....	107
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в практическую деятельность.....	108
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Акт о внедрении результатов диссертационного исследования в практическую деятельность.....	109
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Сравнительная таблица по внесению изменений и дополнений в некоторые правовые акты Республики Казахстан.....	110

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями по состоянию на 23.03.2019 года).

Закон Республики Казахстан от 10 февраля 2017 года № 44-VI ЗРК «О судебно-экспертной деятельности» (с изменениями по состоянию на 01.07.2021 года).

Закон Республики Казахстан от 1 октября 2015 года № 353-V ЗРК «О ратификации Соглашения между Правительством Республики Казахстан и Всемирной организацией здравоохранения об открытии Географически удаленного офиса Всемирной организации здравоохранения по первичной медико-санитарной помощи в городе Алматы, Республика Казахстан».

Закон Республики Казахстана от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями по состоянию на 30.12.2021 года).

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями по состоянию на 03.05.2022 года).

Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях от 5 июля 2014 года №235-V (с изменениями по состоянию на 02.03.2022 года).

Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года №226-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.03.2022 года).

Уголовно-процессуальный Кодекс Республики Казахстан от 4 июля 2014 года (с изменениями по состоянию на 02.03.2022 года).

Гражданский кодекс Республики Казахстан (Общая часть), принят Верховным Советом Республики Казахстан 27 декабря 1994 года (с изменениями по состоянию на 12.01.2022 года).

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года №672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторые решения Правительства Республики Казахстан».

Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года № 484 «Об утверждении Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы».

Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 марта 2017 года № 306 «Об утверждении Перечня видов судебных экспертиз, проводимых органами судебной экспертизы, и экспертных специальностей, квалификация по которым присваивается Министерством юстиции Республики Казахстан».

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

УК РК - Уголовный Кодекс Республики Казахстан

УК КазССР - Уголовный Кодекс Казахской Советской социалистической Республики

УК РСФСР - Уголовный Кодекс Российской Советской Федеративной Социалистической Республики

УК РФ - Уголовный Кодекс Российской Федерации

Медицинский Кодекс - Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения»

КПСиСУ - Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК

ЕРДР – Единый реестр досудебного расследования

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ООН - Организация объединенных наций

Минздрав - министерство здравоохранения Республики Казахстан

ОМЦ - областной медицинский центр

ФОМС - фонд социального медицинского страхования

Комиссионная СМЭ - комиссия судебно-медицинская экспертиза

Врачебная ошибка - ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником

ст. – статья

п.- пункт

ч.- часть

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проводимого исследования:

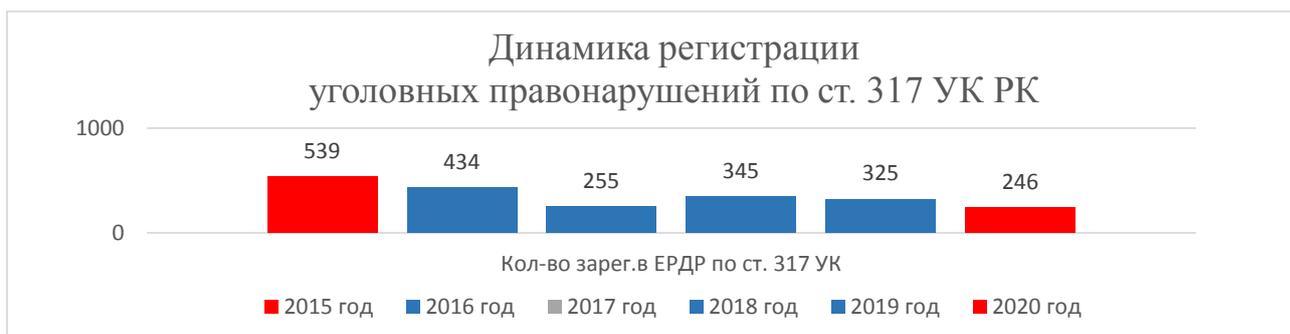
Современная медицина и система здравоохранения стремительными темпами развивается, открывая все большее количество различных манипуляций и техник. Однако расширение возможностей медицины также влияет на повышение риска для жизни и здоровья пациентов. Для разрешения этой проблемы созданы правила и стандарты оказания медицинской помощи, устанавливаемые Министерством здравоохранения, которые должны соблюдаться медицинскими работниками при осуществлении своей деятельности.

Однако, несмотря на принимаемые меры по повышению эффективности регулирования правоотношений в области медицины, усилению ведомственного контроля за качеством медицинских услуг, не уменьшаются случаи врачебных ошибок.

В 2017 году результаты социологического опроса в г. Алматы респондентов в возрасте старше 45 лет показали, что 55,7% не удовлетворены качеством медицинских услуг [1].

Удовлетворенность населения качеством оказания медицинских услуг по Казахстану на 2019 год составил 48,13% из числа опрошенных лиц [2].

Согласно статистическим данным КПСиСУ за последние 6 лет количество зарегистрированных заявлений по указанной статье снизилось более чем в два раза [3].



В 2020 году снизилось количество таких преступлений на 24% (с 325 до 246), направлено в суд 13 (9) дел, прекращено по нереабилитирующим основаниям – 10 (11), прервано – 102 (150).

По итогам 2021 года также наблюдается снижение на 17% (с 246 до 204), окончено производство 43 (14), из них направлено в суд 20 (13) дела, прекращено по нереабилитирующим основаниям – 23 (10), со снятием с учета - 436 (646), сроки следствия прерваны по 31 (106) делам.

Несмотря на то, что количество направленных в суд дел возросло на 54% (с 13 до 20), их соотношение с общим количеством зарегистрированных дел (395) составляет лишь 5%.

Количество осуждённых также является незначительным. За 2020-2021 годы осуждено 25 лиц (2020г. – 10 лиц, 2021г. – 15 лиц).

Изучение уголовных дел о врачебных ошибках (400 дел) за 2019-2021 годы позволили установить причины столь низкой направляемости уголовных дел в суд. К ним относятся: латентность данного вида правонарушений, трудность доказывания из-за специфики медицинской деятельности и отсутствия у следователей достаточных знаний в области медицины, а также ненадлежащая организация и производство комиссионных СМЭ.

По уголовным делам о врачебных ошибках заключение комиссионной СМЭ является важным средством доказывания, которым определяется тяжесть причинённого вреда здоровью пациента и причинно-следственная связь между деянием медработника и наступившим последствием.

При этом основными факторами, влияющих на получение объективного заключения эксперта являются: не назначение комиссионных СМЭ, не представление следователем (дознавателем) органу судебной экспертизы узкопрофильных специалистов, объектов исследований и иных материалов для проведения экспертизы, не проведения комиссионных СМЭ из-за отсутствия актов патологоанатомического вскрытия трупов, а в отдельных случаях -

использование судебно-экспертных исследований для увода от уголовной ответственности медработников путем неправильной формулировки вопросов.

В результате, в большинстве случаев в заключениях комиссионных СМЭ указывается об отсутствии причинной связи между деянием и наступившим последствием либо о невозможности ответить на данный вопрос.

Как правило, с такими заключениями потерпевшие пациенты не согласны, полагая, что медицинские работники, участвующие в экспертизе в качестве узкопрофильных специалистов, и судебные эксперты умышленно не будут изобличать других медиков, совершивших врачебную ошибку.

Из-за отсутствия возможностей дальнейшего сбора доказательств, уголовные дела прекращаются по реабилитирующим основаниям, затем по объективным жалобам потерпевших назначаются повторные экспертизы, дела заново возобновляются производством и прекращаются за отсутствием состава преступления (в отдельных случаях за истечением срока давности).

Все это порождает недовольство со стороны пациентов, недоверие правоохранительным органам, что настоятельно требует разрешения сложившейся ситуации в целях обеспечения защиты прав граждан.

Выявлены проблемы при квалификации случаев гибели плода в утробе матери. Действиям (бездействиям) врачей, выбравших неверную тактику ведения родов (беременности), невозможно дать оценку по ч.3 ст.317 УК РК (смерть человека), поскольку ребенок не родился. В то же время, при отсутствии причинения вреда здоровью матери, оставление без регистрации в ЕРДР также не допустимо. В этой связи, в регионах сложилась не однозначная практика квалификации уголовных правонарушений при указанных обстоятельствах (квалифицируются по ч.1 ст.317 или ч.3 ст.317 УК).

Таким образом, исследование организации и производства комиссионных СМЭ при расследовании дел о врачебных ошибках имеет особое практическое значение и является актуальным.

Степень научной разработанности темы исследования:

При подготовке диссертационного исследования использованы труды ученых в области судебной медицины, криминологии, криминалистики, уголовного и уголовно-процессуального права Пристанского В.Д., Авдеева М.И., Баева В.Л., Брестер А.А., которые исследовали особенности расследования преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи.

В работах казахстанских исследователей Рустемовой Г.Р. и Бычковой С.Ф. раскрыты вопросы международного сотрудничества органов внутренних дел в борьбе с преступлениями в сфере медицины, о влиянии судебной экспертизы на уголовное судопроизводство.

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 других.

Учитывая, что предметных исследований вопросов организации и производства комиссионных СМЭ при расследовании дел о врачебных ошибках не проводилось, настоящая работа является актуальной и востребованной с научных подходов и позиции практики.

Цель диссертационного исследования:

Целью магистерского исследования является комплексное изучение вопросов организации и производства комиссионных СМЭ по уголовным делам о врачебных ошибках.

Для достижения указанной цели в процессе следования реализованы следующие задачи:

1) анализ зарубежного опыта по вопросам юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, с рассмотрением возможности применения передового опыта в сфере законодательства и правоприменительной деятельности;

2) проанализировать судебно-следственную практику применения ст.317 УК РК;

3) установить причины незаконного прекращения и прерывания сроков досудебного расследования уголовных дел по ст.317 УК РК;

4) анализ проблем, существующих при расследовании дел анализируемой категории;

5) обозначить системные недостатки и нарушения норм УПК РК при назначении и проведении комиссионных СМЭ;

6) проанализировать жалобы потерпевших и их защитников с целью определения недостатков/упущений при назначении и проведении комиссионных СМЭ;

7) изучить практику проведения судебных экспертиз с привлечением судебных экспертов иностранного государства;

8) изучить практику проведения судебных экспертиз зарубежными экспертами вне пределов Казахстана и допустимость их заключений в уголовном процессе;

9) выявить пробелы и коллизии, встречающиеся в уголовном законодательстве, и на их основе определить основные направления совершенствования системы проведения судебных исследований.

Объектом исследования является совокупность правоотношений, составляющих предмет регулирования процесса организации и производства комиссионных СМЭ по уголовным делам о врачебных ошибках (ст.317 УК РК).

Предметом диссертационного исследования являются наиболее существенные проблемы, связанные с применением норм уголовно-процессуального и иного законодательства, регулирующих вопросы организации и производства комиссионных СМЭ при расследовании дел о врачебных ошибках; изучение материалов уголовных дел о преступлениях данной категории.

В роли методологической основы исследования выступили такие общенаучные методы, как: диалектический, исторический, системного анализа, логический, сравнения, обобщения.

Историко-правовой метод использовался при рассмотрении этапов формирования ответственности медицинских работников за профессиональные ошибки; сравнительно-правовой – при изучении зарубежного опыта; логический, анализ и синтез – при изучении норм отечественной правовой системы, уголовных дел, заключений комиссионных СМЭ, позиции ученых при освещаемой теме. Методы эмпирического наблюдения и статистические методы использованы при раскрытии практики расследования уголовных дел и состояния прокурорского надзора.

Научная новизна исследования:

В настоящей диссертационной работе впервые путем изучения материалов уголовных дел за истекшие 3 года проанализированы актуальные вопросы, с которыми сталкиваются участники уголовного процесса при организации и производства комиссионных СМЭ на досудебной стадии расследования.

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

Нормативная база исследования состоит из следующих правовых актов:

- 1) Конституции Республики Казахстан;
- 2) Уголовного Кодекса Республики Казахстан;
- 3) Уголовно-процессуальный Кодекса Республики Казахстан;
- 4) Закона Республики Казахстан «О судебно-экспертной деятельности»;
- 5) Приказа Генерального Прокурора Республики Казахстан от 30 декабря 2020 года №165 «Инструкции по организации надзора за законностью уголовного преследования»;
- 6) Нормативного постановления Верховного Суда Республики Казахстан от 26.11.2004 года №16 «О судебной экспертизе по уголовным делам».

Нормативную основу работы также составят положения некоторых международных документов и законодательство некоторых стран зарубежья.

Этапы исследования, ожидаемые результаты, предполагаемые направления их внедрения и апробация.

Этапы исследования включают в себя анализ нормативно-правовых актов в сферах здравоохранения, организации и производства судебных экспертиз, изучение уголовных дел, научной литературы, рассмотрение особенностей судебной практики и правового регулирования, систематизацию проблемных вопросов, мер их решения.

Выводы, рекомендации и положения магистерской диссертации направлены на повышения качества организации комиссионной судебной экспертизы, совершенствование действующего законодательства.

Основные положения, содержащиеся в диссертационной работе, обсуждены на заседании кафедры общеправовых дисциплин Академии правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан, опубликованы в статьях по исследуемой проблематике, а также поддержаны Службой уголовного преследования Генеральной прокуратуры Республики Казахстан (имеются акты внедрения результатов диссертационного исследования в практическую деятельность, Приложения 2, 3).

Основные выводы и предложения по диссертационному исследованию внедрены в учебный процесс Института послевузовского образования Академии правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан по дисциплине «Проблемы осуществления прокурорского надзора в Республике Казахстан» при проведении учебных занятий среди магистрантов 1-го курса по специальности 7М04203 – Юриспруденция (имеется акт о внедрении материалов научного исследования в учебный процесс, Приложение 1).

Выводы и предложения, содержащиеся в исследовании, могут быть использованы при проведении научных исследований, проведении занятий, разработке методических рекомендаций, подготовке научных трудов, а также в

практической деятельности правоохранительных органов, судов, адвокатов и других государственных органов.

Положения, выносимые на защиту:

1) Разработаны рекомендации по устранению обстоятельств, влияющих на качество организации и производство комиссионных СМЭ при расследовании уголовных дел о врачебных ошибках, а именно:

- На примере конкретных уголовных дел систематизированы нарушения норм уголовно-процессуального законодательства, из-за которых не могут быть произведены экспертизы, затягиваются сроки производства экспертизы, невозможно разрешить поставленные перед экспертом вопросы. Разработан алгоритм действий по поиску и сбору медицинских документов необходимых для дачи экспертного заключения, по правильному формулированию вопросов к эксперту с целью недопущения их неоднозначного толкования, постановки не корректных вопросов и вопросов, не входящих в компетенцию эксперта.

2) Необходимо исключить зависимость патологоанатома от руководителя медицинского учреждения для недопущения искажения медицинской документации и причин смерти больного.

В настоящее время патологоанатом и врач, виновный в смерти пациента, зависимы от руководителя организации здравоохранения, поскольку они назначаются и освобождаются от должности им же.

Выявлены случаи не проведения патологоанатомических вскрытий при летальном исходе пациентов в связи с медицинскими манипуляциями, а также факт фальсификации протокола патологоанатомического исследования и неприятие руководителем больницы мер по установлению виновных лиц.

Для этого, п.16 Стандарта организации оказания патологоанатомической диагностики в Республике Казахстан предлагается изложить в следующей редакции «ПАО возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности *местным органом государственного управления здравоохранением,*

и непосредственно подчиняющийся руководителю организации здравоохранения и его заместителю по медицинской (лечебной) части».

3) Ввести специализацию следователей по расследованию уголовных дел о врачебных ошибках.

Изучение уголовных дел показало, что зачастую расследование уголовных дел о врачебных ошибках поручается дознавателям и следователям, не имеющих достаточного опыта по расследованию дел в отношении медицинских работников. В ходе расследования дел допускаются такие нарушения, как не назначения комиссионных СМЭ, постановка перед экспертами для разрешения не корректных вопросов либо вопросов, не входящих в их компетенцию и другие.

Предлагаемая мера позволит не только повысить уровень квалификации дознавателей и следователей по расследованию уголовных дел анализируемой категории, но и недопущение нарушений конституционных прав участников уголовного процесса.

Положительный опыт работы специальных подразделений имеется в Российской Федерации. С 2018 года в Следственном комитете, следственных управлениях Москвы, Подмосковья, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Екатеринбургa, Новосибирска и Хабаровска функционируют отделы по расследованию уголовных дел о врачебных ошибках [4].

4) Квалифицировать случаи гибели плода в утробе матери по ч.2 ст.317 УК РК (тяжкий вред).

Действия (бездействия) врачей за выбор неверной тактики ведения родов (беременности) невозможно оценить по ч.3 ст.317 УК РК (смерть человека), поскольку ребенок не родился. В то же время, при отсутствии причинения вреда здоровью матери, оставление без регистрации в ЕРДР также не допустимо.

В настоящее время в регионах нет единообразной практики квалификации уголовных правонарушений при указанных обстоятельствах.

В соответствии со ст.3 УК РК к тяжкому вреду здоровью относится прерывание беременности. Учитывая, что дефекты оказания медицинской помощи повлекли прерывание беременности у потерпевших, такое правонарушение необходимо квалифицировать по ст.317 ч.2 УК РК.

Данный подход, основанный на результатах настоящего исследования, поддержано Генеральной прокуратурой и направлено соответствующее разъяснение прокурорам областей.

1. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

1.1 Ответственность врачей за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей. История и современность.

Во все века здоровье считались самым главным благом человека.

Медицина зародилась вместе с такими навыками человека, как уборка жилища, мытье посуды, погребение умерших людей и т.п. Изначально лекари пользовались наблюдательными методиками, при постановке первых диагнозов им приходилось опираться лишь на внешний осмотр больного и проявляющиеся признаки заболевания.

В Месопотамии (ныне земли Ирака, Северо-восточной Сирии, периферийно Турции, Ирана) древнейшие тексты были записаны клинописью на глиняных табличках (2900–2500 гг. до н.э.). Многочисленные данные, полученные в ходе раскопок развалин дворцов правителей Древнего Востока периода VII в. до н.э. свидетельствуют, что уже тогда было накоплено много эмпирических знаний и профессиональных умений в области медицины. Найдены описания рецептов на шумерском языке, которые давали рекомендации по остановке лихорадки и жара, сведению отеков, «успокоению» выступающих сосудов рук и ног [5].

Целенаправленными разработками в области медицины прославились лекари Древнего Египта (лучшим медиком считался Имхотеп). Они значительно опережали представления о строении человеческого тела всех соседних народов. Уже во II тысячелетии до нашей эры египтяне имели анатомическое описание сердца, почек, мозга, сосудов, мышц и кишечника [6].

Врачи принадлежали к определенной коллегии жрецов, их деятельность регламентировалась строгими законами. В случае соблюдения установленных

законов врач не нес никакой ответственности (даже в случае смерти пациента), в случае нарушения законов - врача могли казнить за убийство пациента [7].

Передовиками в области медицины также считаются китайцы, пользовавшиеся в 770 году до нашей эры книгой о медицине («Сокровенный канон Желтого императора»). В книге содержалось много правдивой информации о здоровье человека. Медицинское законодательство возникло в эпоху династии Чжоу (XI-III вв. до н.э.). Огромное значение придавалось медицинской этике, соблюдению врачом определенных правил и требований, как неперемennого условия успешного лечения больного.

Медицина стала наукой в современном понимании этого слова только в Древней Греции. Именно здесь были открыты первые школы, а Гиппократ (V-IV веках до н.э.), сыгравший важнейшую роль в становлении медицинской науки, в своих трудах объединил все, что необходимо для лечения разных заболеваний, перечислив причины их возникновения. Мастерство врачевания ценилось очень высоко, поэтому врачи за ошибки освобождались от ответственности, если больной умирал «против воли врачующего».

Известными памятниками древнейшего законодательства также являются Законы Хаммурапи, царя Вавилона (перв. пол. II тыс. до н.э.), Законы Ману, сборник древнеиндийских нравственных и правовых предписаний (I в. до н.э.), Надписи Ашоки, правителя Маурьев (III в. до н.э.), Законы Пятикнижия, или Тора (XI-X вв. до н.э.).

По закону Хаммурапи наказание врачу-хирургу (принадлежали к классу ремесленников, считались врачами второго сорта) зависела от статуса пациента, в то же время ничего не говорится о деятельности врачей-жрецов, лечивших заболевания внутренних органов. Объясняется это тем, что жреческое сословие, как служители богов, не были подотчетны светским законам в принципе [8].

Так, если хирург сделал человеку тяжелую операцию бронзовым ножом и убил этого человека или же он вскрыл бельмо у человека бронзовым ножом и выколол ему глаз, то ему должны были отрубить кисть руки.

Однако, за такие врачебные ошибки в отношении раба, лекарь должен был отвесить серебром половину его покупной цены.

В Древней Индии медицина бурно развивалась с эпохи Гуатамы Будды (VI-V века до н.э.), где врач (вайдия – представители высшего медицинского сословия) был высокоуважаемым членом общества. В законах Ману и «Аюрведе» («Знание жизни», составлена в IX-III веках до н.э.) описаны правила поведения врача, запрещалось требовать вознаграждение за лечение от обездоленных, друзей врача, брахманов. За отказ зажиточных людей от уплаты за лечение, врачу присуждалось их имущество [9].

В Древнем Риме (30 г. до н. э. – 476 г. н. э.) впервые происходит установление правового статуса врача. Врачи получили освобождение от тягостных обязательств в обществе и определённые льготы, освобождались от общей воинской повинности, налогов. Применялось понятие «ошибки врачебной деятельности» (Закон Аквилы), к которым относили неоказание помощи и неопытность врача.

Законом «XII таблиц» предостерегали причинителям вреда тем, что «Если причинить членовредительство и не помириться с потерпевшим, то пусть и ему самому будет причинено тоже самое».

Введена оплачиваемая должность архиатра (т.е. главного врача, наблюдавшего за другими врачами), те в свою очередь объединялись в коллегии, обладали правом на занятие частной практикой. Архиатры привлекались в качестве судебных медиков при расследовании убийств [10].

В Средние века (V-XV в.в.) в период господства схоластики, особенно в Западной Европе, врачебные ошибки, включая диагностические, оценивались исходя из теологических догм, сутью которых было утверждение, что «все возможные знания даны в священном писании, либо в творениях отцов

церкви». Успехи и неудачи врачебной деятельности объяснялись божьим промыслом, поэтому врач как бы освобождался от тщательного анализа своих действий.

Центром развития медицины по праву считалась Византия, арабы и их халифаты (VII-XIII века н.э.). Значимую роль в развитии медицины внес ученный - Абу Али Ибн Сина (980-1037 г.г. н.э.), а его известный труд «Канон» врачебной науки» в XII веке переведён с арабского на латинский [7].

В Древней Руси первыми официальными документами, предусматривающие наказание за ненадлежащее врачевание и допущенные ошибки, считаются указы 1686 и 1700 годов, вошедшие в собрание законов Российской империи под названием «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». Лекарей за причиненный вред могли казнить вплоть до петровских времен, первый «врачебный» закон появился в 1857 году (действовал до 1917 г.) [11].

В тоже время, ст.870 «врачебного закона» гласила «Когда медицинским начальством будет признана, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делает 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. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, передается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства» (Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене//Юрист.-2004.-№2).

Законодательные акты Петра I наставляли врачей, определяли его моральные качества: «Следует, чтобы лекарь в докторстве доброе основание и практику имел; трезвым умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как ночью и отправлять мог» (Замалеева С.В. Уголовная

ответственность медицинских работников: история и современность// Пробелы в российском законодательстве. – 2009, №3).

В развитии казахской народной медицины научным путем велика заслуга Отейбойдака Тлеукабылова (1388 -1478), признанный самим Жанибек ханом как великий врачеватель. По поручению хана он писал свой труд «Врачебное повествование» в 1466-1473 годы в ханской ставке. Таким образом, истоки народной медицины казахской степи лежат в глубокой древности, а фармакология (изготовление лекарств) было развито уже в XV веке [12].

Появление первого казахского законодательства связано с появлением уложения «Қасым ханның қасқа жолы» (1448-1518).

Этот свод законов включали в себя имущественные, уголовные, военные законы, посольские обычаи и законы общности. Смертная казнь предусматривалась только в случае кровной мести и ограбления каравана (керуен талау).

В последующем возник свод законов «Жеті Жарғы».

Считается, что в конце XVII в. Тауке хан созвал биев трех жузов (Толе, Казыбек, Айтеке - авторы Жеті Жарғы»).

«Жеті Жарғы» устанавливал наказания за совершенные преступления на основе принципа справедливого «наказания» и «откупа». Это было сделано для установления цепи кровавой мести между казахскими родами и отделениями. Права исполнения приговора передавались истцу.

В Своде законов «Қасым ханның қасқа жолы» и Жеті жарғы, действовавшем параллельно с законами царской России, не имеются упоминания об ответственности лекарей, знахарей при оказании ими медицинской помощи.

Отдельное место в советском медицинском праве принадлежит декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 01.12.1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников», которым предусматривалась уголовная ответственность врача при смерти или нанесений тяжких увечий пациенту.

В законодательстве советского периода специальные разделы об ответственности медицинских работников за врачебные ошибки не были [11].

Тем не менее, предусматривалась ответственность за совершение с согласия матери изгнания плода или искусственного прерывания беременности медицинским работником в ненадлежащих условиях (ст.146 УК РСФСР 1922г.).

Отказ врача в оказании медицинской помощи, если он заведомо мог иметь опасные для больного последствия, наказывался лишением свободы на срок до двух лет (ст.165 ч.2 УК РСФСР1922 г.).

В УК КазССР в редакции 1959 года имелась норма, по которому медицинский работник привлекался к уголовной ответственности за неоказание помощи больному без уважительных причин (ст.111). Предусматривалось наказание в виде исправительных работ, общественного порицания до лишения свободы сроком до 2 лет в случае причинения тяжкого вреда здоровью [13].

За незаконное производство аборта врачом предусматривалась ответственность в виде исправительных работ или штрафом до трехсот рублей. Если же пациентка умирала или ее здоровью причинен тяжкий вред - лишение свободы от двух до восьми лет (ст.108).

Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 1997 года в главе «Преступления против здоровья населения и нравственности» содержал отдельную статью 114, предусматривающую ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работниками вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяния повлекли причинения средней, тяжкого вреда здоровью человека и смерти пациента [14].

Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной формой вины. По отношению к факту невыполнения или ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работниками вследствие небрежного или

недобросовестного отношения к ним, вина может быть выражена как в форме прямого, так и косвенного умысла, а по отношению к последствиям вина характеризуется неосторожностью. Однако, в целом такое преступление признается совершенным умышленно.

Медицинские работники также 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 [15].

Уголовным Кодексом Республики Казахстан от 2014 года введена специальная глава о медицинских уголовных правонарушениях [16].

Статьей 317 УК РК рассматривается ответственность за невыполнение, ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним.

Необходимо отметить, что в сравнении с аналогичной статьей 114 УК РК в редакции 1997 года, в статье 317 УК РК усилена уголовная ответственность в случаях причинения смерти человека - с 2 до 5 лет лишения свободы, а также в случае причинения смерти двум и более лицам - до 7 лет лишения свободы.

В настоящее время Министерством здравоохранения разработан законопроект «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения», которое прошло согласование с заинтересованными государственными органами РК.

Законопроектом предусматриваются смягчение санкции 317 УК РК, а именно:

- при причинении средней тяжести вреда здоровью: штраф с 200 до 100 МРП, общественные работы со 180 до 100 часов, арест с 50 до 20 суток;

- при причинении тяжкого вреда здоровью: штраф с 3 000 до 1 000 МРП, ограничение или лишение свободы снизиться с 3 до 1 года;

- при причинении вреда, повлекшего по неосторожности смерть человека, ограничение или лишение свободы снизиться с 5 до 3 лет;

- при причинении вреда, повлекшего по неосторожности смерть двух и более лиц, ограничение или лишение свободы также снизится с 7 до 5 лет.

Законопроект находится на рассмотрении в Парламенте РК.

Таким образом, во все времена исследователи выделяли роль врачебной этики как важнейшего фактора в преодолении ошибок в деятельности врачей. Врачебные школы всех эпох (в том числе современные) требуют от врачей высокой профессиональной подготовки и высоких человеческих качеств. В противном случае, врач может что-то не заметить, упустить.

С развитием медицины принимались моральные нормы с целью заключения деятельности врачей в известные рамки. Также прошли определенные ступени развития институты уголовной ответственности врачей – от смертной казни, штрафов и до лишения свободы.

1.2 Законодательное регулирование обеспечения надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан.

Конституция Республики Казахстан гарантирует «право гражданина на жизнь и охрану здоровья, получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи» (ст.ст.15, 29).

Российским ученым Понкиной А.А. правильно отмечено, 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» [17].

Здоровье населения является приоритетом долгосрочной Стратегии развития «Казахстан-2030». В стратегии определяются пути решения и

улучшения качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения.

Казахстаном признаны международные акты в области здравоохранения.

Одним из таких является Всеобщая Декларация прав человека, которая 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 [18].

Казахстан с 19 августа 1992 года является полноправным членом Всемирной организации здравоохранения (всего 194 государств).

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения государство, принявшее настоящий Устав, провозглашает для себя в качестве принципов несения ответственности за здоровье своих народов и принятия соответствующих мероприятий социального характера в области здравоохранения.

Законом Республики Казахстан от 1 октября 2015 года №353-V ратифицировано Соглашение между Правительством Республики Казахстан и Всемирной организацией здравоохранения об открытии Географически удаленного офиса ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (далее - офис) в городе Алматы [19].

Целью создания офиса является усиление работы по предоставлению услуг здравоохранения, в частности, в сфере развития первичной медико-санитарной помощи. Офисы функционируют как оперативное подразделение отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ.

Одной из задач офиса является предоставление высококачественных функциональных и инновационных знаний и фактических данных по таким аспектам, как услуги здравоохранения, ориентированные на нужды и запросы людей, обеспечение координации, интеграции и непрерывности в оказании

медицинской помощи, пересмотренная роль стационаров, координация, организация и управление работой лечебно-профилактических учреждений, ведение пациентов и случаев заболеваний на различных этапах жизни с учетом хронических состояний, включая паллиативную помощь, а также по другим актуальным проблемам, с которыми сталкиваются государства-члены в своих усилиях по наращиванию всеобщего охвата услугами здравоохранения (ст.3).

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 [20].

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» [21].

Учитывая, что во всем мире независимо от уровня развития медицины допускаются многочисленные нарушения законодательства, дискредитирующих профессию врача, в 1992 году Всемирной Медицинской Ассамблеей принято «Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям» (далее - Заявление).

В качестве основных причин допущения врачебных ошибок указываются несовершенство 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 «неблагоприятный исход заболевания, наступившее в процессе оказания медицинской помощи».

На наш взгляд, это вызвано тем, что в разных странах понятие «врачебная ошибка» отличаются, поэтому в заявлении предпринята попытка введения единообразного определения на международном уровне.

Об отсутствии четкого определения понятия «врачебная ошибка» подробно раскрыл в обзорной статье Медет Толеубаев из кафедры Общественное здравоохранение АО «Медицинский университет» [22].

Так, Толеубаевым М. указывается о существовании 65 определений медицинской (врачебной) ошибки, таких как «добросовестное заблуждение

врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, либо в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности и медицинского невежества» и другие.

В России большое внимание врачебным ошибкам уделяли ученые Пирогов Н.И., Вересаев И.В., Давыдовский И.В., Юдин С.С., Кассирский И.А., Громов А.П. и другие.

Так, в 1836 году 27-летний русский хирург Пирогов Н.И. в работе «Анналы хирургической ошибки» (в 2-томах) открыто анализировал свои врачебные ошибки, не пытаясь искать оправдания. Вместо этого, он искал пути помощи больным и не повторения ошибок в будущем [23].

Касательно Республики Казахстан, основные принципы государственной политики в области здравоохранения закреплены в Кодексе от 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения». Казахстан является первой страной на постсоветском пространстве, принявший подобный кодекс [24].

Кодексом предусмотрены нормы, направленные на усиления охраны общественного здоровья, развитие медицинских технологий, совершенствование контроля в сфере оказания медицинских услуг, помощи, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, повышение статуса медицинского работника.

Усилены полномочия государственного санврача в условиях чрезвычайных ситуаций, санитарно-карантинного контроля и обеспечения эпидемиологической безопасности страны. Это связано с необходимостью экстренного реагирования уполномоченным органом и санитарно-эпидемиологической службой.

Усилены меры ответственности медицинских работников за несоблюдение порядка, стандартов оказания медицинской помощи, невыполнение или ненадлежащее выполнение медицинским работником своих

профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним.

В частности, размеры административных штрафов и другие меры ответственности установлены соразмерно, в зависимости от тяжести причинения вреда здоровью.

Конкретизированы случаи незаконного вмешательства в профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических работников, увеличены размеры административных штрафов на физические лица – с 7 до 50, на должностные лица – с 20 до 75, на юридические лица – с 75 до 150 МРП.

Также усилена ответственность и самих медицинских работников за нарушение правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности.

За повторное правонарушение предлагается ответственность в виде административного штрафа с лишением сертификата специалиста в области здравоохранения.

В настоящее время в стране действует Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы [25].

Задачей Программы является формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни и развитие службы общественного здоровья; повышение качества медицинской помощи; устойчивое развитие системы здравоохранения. На реализацию Программы предусмотрено 3,2 трлн. тенге.

Одним из нормативных актов, существенно влияющих на уровень развития медицинской отрасли, является Закон от 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании» [26].

С 1 января 2020 года начата реализация обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Система ОСМС основана на равном доступе всех застрахованных к пакету услуг, независимо от размера взноса. При этом при обращении за помощью по ОСМС пациента не ограничивают в объеме и стоимости медицинских услуг [27].

Предусмотрено два пакета: гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) и обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС), согласно которым люди могут получить медицинскую помощь

20 января 2021 года председатель правления НАО «ФСМС» Токежанов Б., директор Департамента мониторинга качества медицинской помощи Шоманова Л. и директор Департамента по работе с юридическими и физическими лицами Оразалиева З. провели онлайн-брифинг.

Ими отмечено следующее: «Итоги первого года реализации ОСМС говорят о том, что система медстрахования полноценно заработала. Она позволила влить в систему здравоохранения свыше 500 млрд тенге. За счет этих средств значительно увеличились объемы медуслуг - консультации узких специалистов, диагностика, обследования, услуги дневных стационаров. Наконец, появился доступ к медицинской реабилитации, в том числе для пациентов с постковидным синдромом. Значительное увеличение финансирования дало возможность повысить объемы медицинской помощи для населения. По-прежнему, для нас приоритетным остается финансирование амбулаторно-поликлинической помощи. В прошлом году на амбулаторном уровне было оказано порядка 215 млн услуг населению. Это более 110 млн приемов, в том числе порядка 33 млн приемов узких специалистов, 65 млн услуг лабораторной диагностики, около 28 млн процедур и манипуляций, 11 млн диагностических услуг, в том числе 454 тысяч КТ\МРТ, 2,8 млн УЗИ, 13,5 тысяч ПЭТ диагностики. В 2020 году по причине пандемии нам не в полной мере удалось реализовать часть наших инициатив. Но мы не отказываемся от них, и продолжим их реализацию в текущем году. Это прежде повышение доступа к медуслугам через увеличение финансирования на уровне амбулаторно-поликлинической помощи, школьной медицины, стационарозамещающей помощи, расширение реабилитации и другие» [28].

В настоящее время ведется разработка проекта закона «О гарантировании профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан».

В Концепции проекта Закона приведены следующие обоснования: «Гарантирование профессиональной ответственности медицинских работников приобретает особую актуальность вследствие роста числа жалоб на качество оказываемых медицинских услуг, при этом 50% из них признаны обоснованными. В судебных органах процессы, связанные с качеством оказания медицинских услуг, все чаще завершаются в пользу пациентов, т.е. выплатой медицинскими организациями либо медицинским работником значительных материальных компенсаций, что свидетельствует о развитии правовой культуры наших граждан, вызванных желанием отстаивать свои права. В этой связи, целесообразным является поднятие вопроса об обязательном гарантировании ответственности медицинских работников за причинение вреда жизни или здоровью пациента при осуществлении медицинской деятельности. Такой подход позволит обеспечить защиту имущественных интересов пациентов и медицинских работников, а также субъектов здравоохранения (включая физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью). Введение системы обязательного гарантирования профессиональной ответственности медицинских работников повысит качество медицинской помощи в Республики Казахстан и в целом окажет влияние на позицию Казахстана в международных рейтингах» [29].

Ответственность медицинских работников за нарушения законодательства в сфере медицины необходимо разделить на три вида, это административная (в основном это штрафы), уголовная (ограничение или лишение свободы и права заниматься профессиональной деятельностью) и гражданская (денежная: материальный и моральный ущерб).

Так, за несоблюдение правил ведения медицинской документации предусмотрена административная ответственность по ст.80 КоАП РК (несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи»), ст.78 - за отказ в предоставлении физическому лицу информации, ст.424 - за незаконную медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, ст.424-1 - за нарушения порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, ст.428 – за недостоверную рекламу в области здравоохранения, ст.432 - за предоставления заведомо ложных сведений и информации при получении разрешительных документов на занятие медицинской, фармацевтической деятельности, ст. 433 – за нарушения субъектами здравоохранения обязанности по информированию уполномоченных органов [30].

Гражданская ответственность предусмотрена статьями 937, 951 Гражданского кодекса РК «Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья» и «Возмещение морального вреда» [31].

Уголовная ответственность предусмотрена статьей 317 УК РК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником».

Практика показывает, что граждане в основном обращаются в правоохранительные органы с заявлением о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников при потере близких, особенно детей или родителей, что несоизмеримо ни с чем.

В 2021 году зарегистрировано 395 (в 2020 году - 646) уголовных правонарушений по статье 317 УК, из них по части 3 статьи 317 УК РК (повлекшее смерть человека) – 238 (445), по части 4 статьи 317 (смерть двух и более лиц) – 1 (1).

Таким образом, в Республике Казахстан достаточно законодательно урегулированы правовые отношения между медицинскими организациями, их

работниками и пациентами, законодательно гарантировано право на охрану здоровья и качество медицинской помощи.

Принимаемые государством дополнительные меры по совершенствованию системы здравоохранения, оснащению современным оборудованием учреждения здравоохранения, повышению уровня профессионализма медработников и специалистов здравоохранения, доступности населению обслуживания в клиниках позволили Казахстану повысить свой мировой рейтинг в области медицины.

1.3 Зарубежный опыт уголовно-правовой защиты жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг.

Для обеспечения интересов пациентов и повышения правовой защищенности медицинских работников от необоснованного уголовного преследования необходимо изучение законодательства зарубежных стран, в том числе, где качество медицинских услуг признано высоким.

Существуют различные аналитические агентства, ведущих рейтинг стран по уровню медицины.

К примеру, крупнейшей в мире базой данных о качестве жизни принадлежит сайту Numbeo, которым 06.02.2022 года опубликован ТОП-10 стран с лучшей медициной. В нее вошли Тайвань, Южная Корея, Франция, Япония, Дания, Испания, Австрия, Таиланд, Австралия и Финляндия.

Экспертами оценивались качество системы здравоохранения, оснащенность больниц оборудованием, профессиональный уровень медицинских работников (от врачей до прочего медперсонала) и информация собирается путем опроса резидентов соответствующих стран [32].

Аналогичный рейтинг также ведется агентством Bloomberg, в основе которого три ключевых показателя: средняя продолжительность жизни, государственные затраты на здравоохранение и стоимость медицинских услуг.

Актуальная версия рейтинга Bloomberg относится к 2018 году, согласно которой в ТОП-10 стран с высокими показателями эффективности системы здравоохранения вошли Гонконг, Сингапур, Испания, Италия, Южная Корея, Израиль, Япония, Австралия, Тайвань и ОАЭ.

Из бывших постсоветских республик в рейтинговый список включены Казахстан (44 позиция), Белоруссия (49), России (53) и Азербайджан (54) [33].

В каждой стране подходы ответственности медицинских работников за некачественное оказание медицинских услуг существенно различаются.

В постсоветских странах врачебные ошибки чаще всего становятся предметом уголовного разбирательства. Тогда как, в развитых странах органы следствия в разборе таких дел почти не участвуют, зато участвуют профессиональное сообщество и государство. Борьба с врачебными ошибками ведется путем уплаты пострадавшим пациентам денежных компенсаций.

Тем не менее, уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей установлена и в законах ряда стран Европейского союза.

Во Франции предусмотрена ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей как для работников, и для граждан, которые не выполнили или же ненадлежащим образом выполнили свои обязанности. Согласно УК Франции данные действия включатся в состав таких преступлений, как причинение вреда здоровью или смерти по неосторожности (ст.221-6).

Однако, не подлежит привлечению к уголовной ответственности при представлении доказательства о том, что ошибка была неизбежной и имелись законные основания совершить действия (ст.122-3 УК Франции).

Особенностью французского законодательства является решения вопроса о прямой или косвенной причинной связи для определения вины врача.

Так, если пациент находился в опасном для жизни состоянии и врач не предпринял соответствующих мер – в данном случае косвенная причинная

связь. Если же жизни пациента ничего не угрожало и только действие медицинского работника привели к негативным последствиям (смерть, причинения вреда здоровью) – имеются признаки прямой причинной связи [34].

В Англии если лицо, на которое возложено или которое само взяло на себя задачи по сохранению жизни других людей, в силу небрежного или ненадлежащего отношения к своим обязанностям, причинило смерть другому лицу, оно будет привлечено к родственности как за простое убийство (ст.1176 УК).

В уголовном праве Германии ошибки, допущенные в ходе медицинского вмешательства, приравниваются к причинению вреда здоровью. В частности в параграфе 223 УК ФРГ установлена уголовная ответственность в виде штрафа или лишения свободы за медицинские ошибки, в том числе на ненадлежащее объяснение врачами последствий медицинского вмешательства [35].

Также предусмотрена ответственность за нарушение врачебного долга при прерывании беременности вследствие небрежности или умышленно (параграф 218 УК ФРГ).

В случае обращения пациента с заявлением в прокуратуру о возбуждении уголовного дела, страховой компанией ответчика решение о возмещении материального ущерба будет принято только после завершения расследования уголовного процесса, которые могут длиться годами. Поэтому пациенты крайне редко прибегают к подобным мерам, так как обращение в прокуратуру означает получение финансовой компенсации за причиненный врачом ущерб в неопределенные сроки.

В этой связи, в Германии пациенты чаще всего желают добиться от врача материальной компенсации за допущенную халатность. Обязанности по доказыванию врачебной ошибки возложено на пациента.

В целом, в законодательстве европейских стран (Австрия, Германия, Франция и другие) уголовно наказуемой считается грубая врачебная ошибка (не ведения истории болезни пациента, назначение ошибочного лечения,

выписки неверных медикаментов, оставление хирургом в организме пациента инородных предметов, инфицирование пациента во время процедуры и т.д.).

В Израиле процент врачебных ошибок достаточно большой, что подразумевает в большинстве случаев получение немалой денежной компенсации. До подачи иска, потерпевшему необходимо получить независимое медицинское заключение, в котором будет указано о врачебной ошибке.

Австрийский врач может быть привлечен к ответственности за причинение вреда здоровью, если срок нетрудоспособности пациента составит 14 дней и более. В Португалии имеется уголовная ответственность за разглашения врачебной тайны (ст.184 УК), в Греции предусмотрено судебное заключение врача на срок до 15 лет за причинение вреда пациенту (ст. 111 УК).

В США, Канаде и Австралии нет отдельной статьи об уголовной ответственности медицинского работника за ошибки.

Если же на врача заводят уголовное дело, то речь, как правило, идет о преступной халатности (в терминологии УК РК это «неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе») [36].

Доказывание наличия причинно-следственной связи в действиях ответчика (врача) возложено на истца (пациента). Обе стороны вправе представлять свидетельские показания в отношении действий ответчика, которые могли нанести вред здоровью пациента. Не исключено, что ответчик будет пытаться найти экспертов-коллег, которые смогут подтвердить, что якобы нанесенный здоровью вред был объективно неизбежен при состоянии этого пациента, либо вызван не халатностью, а иными факторами. В результате все может завершиться противостоянием приглашенных сторонами экспертов, а решение относительно состоятельности доказательств вынесут присяжные.

Если врач, допустившую халатность является штатным работником больницы, то юридическую ответственность понесет и больница.

В американской судебной практике врачебная ошибка не может рассматриваться в уголовно-правовом смысле, если ущерб здоровью пациента минимален. К примеру, суд может не признать наличие причинной связи, если пациент поступил в медицинское учреждение в тяжелом состоянии, а дефекты диагностики или лечения не представляли собой существенной опасности для жизни и здоровья пациента [37].

В Японии членство в Японской медицинской ассоциации (далее - ЯМА) предполагает страхование ответственности врачей при совершении ошибок. Также действует программа страхования на добровольной основе, которая предусматривает выплаты превышающие 1,23 млн долларов.

Иски на врача рассматриваются следственной комиссией - экспертами страховой компании (принявшей на себя ответственность по компенсациям за ошибки врача) в тесном взаимодействии со сторонами спора, с ЯМА и медицинской ассоциацией префектуры (всего 47 префектур).

Медицинская ассоциация префектуры также может урегулировать дело и заключить медиативное соглашение со сторонами спора [38].

Относительно стран СНГ, то нормы о врачебных ошибках предусмотрены в Уголовных кодексах ряда республик.

Так, УК Кыргызстана введенного в действие 01.12.2021 года содержит отдельную главу «Преступления в сфере медицинского и фармацевтического обслуживания личности», которая включает в себя нормы «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» (статья 146), «Незаконное проведение опытов на человеке» (статья 147), а также иные нормы в сфере трансплантологии, донорства и нарушения врачебной тайны [39].

Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником наступает в случае причинения пациенту по неосторожности значительного (ч.1 - штраф от 200 до 500 РП либо привлечение к общественным работам от 40 до 100 часов) или

тяжкого вреда здоровью (штраф от 500 до 1000 РП или л/с до 5 лет с лишением права занимать определенные должности либо заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет).

Несмотря на наличие в УК Кыргызстана отдельной главы, ряд статей об уголовной ответственности в сфере медицинской деятельности содержится в других главах УК Кыргызстана. Так, статьи «Незаконное прерывание беременности» (ст.142), «Неоказание помощи» (ст.145) содержатся в главе 21 «Преступления, ставящие в опасность жизнь и здоровье человека».

В Армении установлена уголовная ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей лицами, осуществляющими медицинскую помощь и медицинское обслуживание, вследствие небрежного или недобросовестного отношения к своим обязанностям, если при этом здоровью пациента причинен по неосторожности тяжкий или средней тяжести вред (ч.1 ст130 УК – штраф от 100 до 200 МЗП либо арест до 3 мес.), а также в случае причинения по неосторожности смерти пациента или заражение его вирусом иммунодефицита человека (ч.2 – л/с от 2 до 6 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок свыше 3-х лет или без такового) [40].

В Туркменистане предусмотрена ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, вызвавшие причинение вреда здоровью средней тяжести, тяжкого вреда здоровью (ч.1ст.122 УК - лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет или исправительными работами на срок до 2 лет) или по неосторожности смерть потерпевшего (ч.2 – л/с до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового) [41].

Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее причинение пациенту по неосторожности тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения (ч.1 – штраф, или лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью со штрафом, или исправительными работами на срок до 2 лет, или ограничением свободы на 2 года со штрафом), по неосторожности смерть пациента либо заражение ВИЧ установлена и в ст.142 УК Белоруссии (ч.2 – ограничение свободы на срок до 5 лет или л/с до 5 лет со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения).

В Украине предусмотрена ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинским либо фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, если это повлекло тяжкие последствия для больного (ч.1 ст.140 УК – лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет или исправительными работами на срок до 2 лет, или ограничением свободы на срок до 2 лет, или л/с на 2 года) и для несовершеннолетнего (ч.2 – ограничение свободы на срок до 5 лет или л/с на срок до 3 лет, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет) [42].

В России уголовный закон не содержит специальной нормы за медицинские преступления [43]. В случае совершения медицинским работником ошибки они выступают в качестве специального субъекта в квалифицированных составах: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ст.109 ч.2 УК), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих

профессиональных обязанностей (ст.118 ч.2 УК), заражение ВИЧ-инфекцией (ст.122 ч. 4 УК).

Для врача причинение легкого и средней тяжести вреда здоровью по неосторожности не является уголовно наказуемым деянием.

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

В Казахстане обсуждаются вопросы декриминализации отдельных статей главы 12 УК «Медицинские уголовные правонарушения».

Так, 12.06.2020 года в ходе онлайн брифинга «Минздрав сообщает» вице-министр здравоохранения РК Актаева Л. заявила, что «в целях исполнения поручения Главы государства, озвученного на заседании Национального совета общественного доверия при Президенте РК от 27.05.2020 года, были разработаны поправки, направленные на декриминализацию и пересмотр уголовного преследования за медицинские уголовные правонарушения» [44].

В частности поручалось проработать вопросы о целесообразности уголовной ответственности медработников за «ненадлежащее выполнение своих обязанностей» и пересмотр применения уголовного наказания за «нарушение порядка проведения клинических исследований» (п. 31 Плана).

В последующем соответствующие поправки были реализованы в Законе РК от 07.07.2020 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам здравоохранения» внесены ряд поправок в УК РК и УПК РК.

Декриминализована ч.1 ст.318 УК РК (нарушения порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств

профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации) и переведена в Кодекс об административных правонарушениях РК.

В ст. 179 УПК РК (начало досудебного расследования) внесены изменения по началу досудебного расследования по медицинским преступлениям.

Так, регистрация уголовного правонарушения в ЕРДР осуществляется лишь при наличии соответствующего акта проверки уполномоченного органа по контролю за качеством оказания медицинских услуг.

Внесенные особые требования к регистрации преступлений в сфере медицины (ч.1 т.179 УПК РК) позволили снизить количество зарегистрированных дел (с 539 до 2015г. до 204 в 2021 г.).

Тем не менее, при изучении уголовных дел установлено 18 фактов регистрации в 2020, 2021г годы уголовных правонарушений при отсутствии акта проверки, что в последующем повлекли прекращения уголовных дел по ст.35 ч.1 п.2 УПК РК.

Полагаем, что декриминализация ст. 317 УК РК является не целесообразным по следующим основаниям.

Декриминализация ст.317 УК РК повлечет привлечение к уголовной ответственности медицинских работников по общим нормам ст.ст.104 УК РК (причинение смерти по неосторожности) и 114 УК РК (неосторожное причинение вреда здоровью), что также не исключает вовлечение их в уголовный процесс.

Также в ч.5 т.317 УК РК наряду с медицинским работником предусмотрена ответственность работника организации бытового или иного обслуживания населения, повлекшее заражение другого лица ВИЧ.

В УК РК предусматривается ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей в других сферах, повлекшее причинение вреда здоровью либо смерть человека, где санкции более строже, чем за совершение медицинским работником.

Так, за врачебные ошибки медицинского работника, повлекшие причинение средней тяжести вреда здоровью человека предусмотрен арест на срок 50 суток (ч.1 ст.317 УК). Тогда как за нарушение правил безопасности на взрывоопасных объектах или во взрывоопасных цехах, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью человека, наказывается л/с до 2 лет (ст.281 УК РК).

За невыполнение, ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если эти деяния повлекли по неосторожности смерть человека предусмотрено до 5 лет (ч.3 ст.317 УК РК), а за нарушение правил или требований нормативов в сфере архитектурной, градостроительной и строительной деятельности, повлекшее по неосторожности смерть человека, предусмотрено до 6 лет л/с (ст.278 УК РК).

К основным причинам дефицита и оттока медицинских кадров полагаем необходимо отнести возросшую опасность профессии в связи пандемией, повлекшую увеличение смертности медицинских работников. При том, несмотря на то, что профессия стало опасной, остались низкими социальный статус и оплата труда медицинских работников.

В разных странах социальные подходы в способах защиты прав пациентов и самих врачей от необоснованных жалоб существенно различаются.

С 2003 года в Великобритании действует Независимая служба защиты интересов пациентов, помогающая желающим подать жалобы о своем лечении или ухода, с 2009 года - Комиссия контроля качества, отвечающая за качество и безопасность медицинских услуг (финансируется за счет неправительственных поступлений и государственных грантов) [45].

Система защиты прав пациентов Франции формируется по нескольким направлениям, важнейшим из которого является страхование ответственности медработников за профессиональные ошибки. Компенсация вреда пациенту производится за счет страховых сумм [46].

Если же вина медицинского работника отсутствует или невозможно установить виновного, то гражданин Франции имеет право получить в Национальной службе возмещения ущерба (государственное учреждение) возмещение 24 % причиненного ущерба.

На специальное бюро при министерстве здравоохранения Израиля возложены функции по рассмотрению претензий граждан к персоналу государственных учреждений здравоохранения, а в каждом лечебном учреждении согласно Закону о правах пациентов предусмотрено создание трех комиссий: проверочной (работает по жалобам пациентов и их родственников), контроля качества (ее выводы являются конфиденциальными, но должны фиксироваться в медицинских документах пациента) и этики (в состав входят юрист, психолог, религиозный или общественный деятель, врачи).

В США также развит институт судебных исков пациентов, при больницах существуют юридические отделы либо специализированные юристы, занимающиеся вопросами возмещения вреда пострадавшим пациентам.

Это обусловлено тем, что возмещение вреда жизни и здоровью пациента возложено на медицинское учреждение, который вправе потребовать возмещения ущерба от виновного врача. В этой связи, медицинское учреждение заинтересовано в объективном рассмотрении жалобы потерпевшего, а врачи вынуждены покупать дорогие полисы страхования (самые высокие у хирургов и анестезиологов из-за повышенного риска) из-за высоких сумм исков со стороны пациентов.

В странах постсоветского пространства также уделяется внимания вопросам возмещения вреда и страхования ответственности.

Так, в Российской Федерации 28.05.2010 года на Первом Всероссийском конгрессе пациентов (Москва) принята Декларация о правах пациентов [47].

В соответствии с пунктом 1.14 Декларации, медицинские организации должны гарантировать возмещение независимо от степени тяжести и причины ущерба (от чрезмерного времени ожидания до нарушения стандартов

медицинской помощи), в том числе, если не удастся установить, кто именно из оказывавших медицинскую помощь лиц в конечном счете за него ответственен.

Надлежащее внимание к возмещению вреда и страхованию ответственности медработников уделено в Литве, которая находится в тройке рейтинга ситуации с правами пациентов в странах-членах ЕС. С момента принятия в 1997 году Закона о правах пациентов, в стране создано 120 общественных объединений пациентов.

Директор государственной инспекции медицины при Министерстве здравоохранения Литвы Ромуна Навикине отметила, что: «В Литве за последние 5-6 лет пациентам выплачено до 2 миллионов евро возмещения ущерба за оказание некачественной медицинской помощи. Вывод о том, что без страхования врачебных ошибок не обойтись сделали после истории 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» [48].

Система реализации прав граждан на охрану здоровья также должна быть обеспечена экономически.

В качестве основного источника информации о национальных расходах на здравоохранение в экономике разных государств выступают базы данных «National Health Account Statistics» и «Global Health Observatory» Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

Уровень национальных расходов на здравоохранение выражается в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП).

Так, в 2017 году (опубликовано в 2020 году) расходы на здравоохранения в США составил 17,1% ВВП, Швейцарии 12,3%, Франции 11,3%, Германии 11,2%, Японии 10,9%, Канаде 10,6%, Армении 10,4%, Норвегии 10,4%, Нидерландах 10,1%, Великобритании 9,6%, Италии 8,8%, Болгарии 8,1%, Израиле 7,4%, в странах СНГ в лидерах Таджикистан 7,2%, Туркменистан 6,9%, Узбекистана 6,4%, Кыргызстан 6,2%, Белоруссия 5,9%, Россия 5,3%, Казахстан 3,1% и на последнем месте рейтинга Венесуэла - 1,2% [49].

В Казахстане принято ряд мер направленных на защиту прав пациентов.

Министерством здравоохранения в 2021 году разработан проект Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения».

Разработка Законопроекта обусловлена необходимостью совершенствования законодательства Республики Казахстан с целью реализации поручения Главы государства Республики Казахстан, данного на третьем заседании Национального совета общественного доверия Республики Казахстан 27.05.2020 года, в части разработки и внедрения системы юридической и финансовой защиты и ответственности медицинских работников, включая гарантирование профессиональной деятельности, а также в целях реализации мероприятий, закрепленных в Государственной программе развития здравоохранения на 2020-2025 годы [50].

Предполагается, что принятие данного законопроекта приведет к созданию благоприятных условий для обеспечения конституционных прав граждан на полноценное медицинское обслуживание, в том числе защиту имущественных прав пациентов и правовых оснований для формирования инструментов и механизмов, обеспечивающих реализацию института страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Таким образом, в развитых странах развита процедура досудебного урегулирования споров. основополагающим фактором является заключение договора между врачами и пациентом, где оговариваются условия и размеры компенсации пациенту, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги, а также ответственность самих пациентов за не поддержание своего здоровья.

На наш взгляд, наиболее социально-гарантированный подход к правам пациентов наблюдается в Германии, где имеются региональные медицинские ассоциации, которые бесплатно расследуют обстоятельства конкретного случая ненадлежащего оказания медицинской помощи, в том числе с бесплатным для пациента привлечением специалистов.

Также заслуживает внимания в качестве положительного опыта система защиты прав пациентов Франции, где государство берет на себя 24% материальной ответственности за причиненный пациенту ущерб, тем самым пациент находится под гарантией государственной помощи.

Особо заслуживают внимания опыт США в части функционирования в больницах юридических служб, занимающиеся вопросами возмещения вреда пострадавшим пациентам. Такая организация работы не только ускоряет время получения пациентом компенсации, но и значительно сокращает случаи обращения гражданами в судебные и правоохранительные органы.

В правоприменительной практике Республики Казахстан, лица, пострадавшие от врачебной ошибки вынуждены первоначально доказывать факт нарушения со стороны врача или медицинской организации, обращаться с заявлением в территориальные органы Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

В этой связи, вопросы уголовной ответственности, даже при нежелании пациентов привлекать врача к уголовной ответственности могут стать более приоритетными, поскольку в процессе расследования уголовного дела может быть возмещен материальный ущерб пациенту.

На наш взгляд Республике Казахстан необходимо перенять опыт европейских стран, где вопросы возмещения причиненного пациенту вреда являются более приоритетными, чем уголовное преследование медработника.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ.

2.1. Становление и развитие законодательства Республики Казахстан об организации и производстве судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам.

В силу требований статьи 271 УПК РК при расследовании уголовных дел по ст.317 УК РК назначение комиссионной СМЭ является обязательным [51].

Прежде всего, судебная экспертиза призвана определить причины смерти, характер и степень тяжести причиненного вреда здоровью, наличия причинно-следственных связей между выполненными медицинским работником профессиональных обязанностей и наступившими негативными последствиями для пациента.

Перечень видов судебных экспертиз, проводимых органами судебной экспертизы, утверждена соответствующим приказом уполномоченного органа [52].

Видом судебной экспертизы, посредством назначения и производства которого устанавливается причинная связь между ятрогении и с неблагоприятным исходом является «Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных, гражданских и административных дел, трупов, потерпевших, обвиняемых и других лиц». Требуемая экспертная специальность - судебное-общеекспертное исследование.

Основания, порядок организации и производства судебной экспертизы регламентированы УПК РК (глава 35 УПК), Законом Республики Казахстан «О судебно-экспертной деятельности» [53], Правилами организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы [54] и иными нормативными актами.

Судебно-медицинская экспертиза может быть назначена по постановлению следователя органов внутренних дел или следственного судьи, которое обязательно для исполнения органами или лицами, которым оно адресовано и входит в их компетенцию. При этом перечень сведений, которые должны быть отражены в постановлении о назначении судебной экспертизы, четко регламентированы УПК (п.1 ст.272 УПК РК).

Вместе с тем, экспертиза может быть назначена по инициативе участников уголовного процесса, защищающих свои или представляемые права и интересы. Для этого, следователю письменно представляются вопросы, на которое должно быть дано заключение эксперта, указываются объекты исследования, а также называют лицо, которое может быть приглашено в качестве эксперта. В назначении экспертизы не может быть отказано, в случае, когда представленные вопросы не относятся к уголовному делу или предмету судебной экспертизы (ч.2 ст.187 УПК, ч.5 ст.272 УПК РК).

Представление органу судебной экспертизы либо лицу, осуществляющему судебно-экспертную деятельность объектов исследований и иных материалов для проведения судебно-экспертных исследований и дачи заключения, возложено на орган (лицо), назначившее судебную экспертизу (ст.30 Закона).

Доставление к эксперту потерпевшего, даже в случае назначения экспертизы судом, обеспечивается органом, ведущим уголовный процесс. Экспертиза в отношении потерпевшего пациента производится только с их согласия или согласия их законных представителей (ч.3, ч.12 ст.272 УПК РК).

Производство судебной экспертизы осуществляются:

- 1) сотрудниками Республиканского государственного казенного предприятия «Центр судебных экспертиз Министерства юстиции Республики Казахстан»;

- 2) лицами, имеющими лицензии на занятие судебно-экспертной деятельностью;

3) в разовом порядке иными лицами в порядке и на условиях, предусмотренных пунктом 3 статьи 19 Закона РК «О судебно-экспертной деятельности».

Согласно требованиям статьи 281 УПК, статьи 36 Закона и пунктов 22, 381 Правил, по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения назначается комиссия СМЭ и проводится не менее чем двумя экспертами одной специальности.

В органах судебной экспертизы деятельность судебных экспертов координируется экспертом-координатором, назначаемым руководителем органа судебной экспертизы.

В обязанности эксперта-координатора входит разработка общего плана судебно-экспертных исследований, определения сроков проведения отдельных исследований в пределах общего срока производства судебной экспертизы и контроль за их соблюдением, осуществление связи с органом (лицом), назначившим судебную экспертизу, руководство совещанием судебных экспертов.

Сроки производства судебной экспертизы не должны превышать тридцать суток, кроме исключительных случаев, предусмотренных законодательством Республики Казахстан (ст.30 Закона, п.11 Правил).

Сроки производства судебных экспертиз зависят от категории их сложности, которые определяются Правилами определения категорий сложности судебных экспертиз, порядка исчисления сроков производства судебных экспертиз в зависимости от категории их сложности, а также оснований и порядка приостановления и продления срока производства судебных экспертиз [55].

Комиссионная СМЭ относится к сложным исследованиям, требующее применения длительных и наукоемких, инструментальных методов, глубокого

анализа полученных результатов, связанные с выездом на место происшествия, многообъектные, с большим количеством вопросов (до 30 суток);

Экспертизы оценки качества оказания медицинской помощи, в случаях претензий к лечебно-профилактическим учреждениям по консервативному или оперативному лечению (экспертизы по "врачебным делам"), а также экспертизы по уголовным делам с изучением медицинской документации, с привлечением консультантов/профильных специалистов для решения поставленных вопросов относятся к категории особо сложных (пункт 23.1).

Если же производство экспертизы требует свыше 30 суток, то их сроки в исключительных случаях могут продлеваться.

Однако, в нормативных актов закреплены разные нормы относительно оснований для приостановления производства экспертизы и лиц, уполномоченных ходатайствовать о приостановлении.

В соответствии с пунктом 4 статьи 34 Закона и пунктом 10 Правил, основаниями для приостановления производства судебной экспертизы являются только недостаточность либо непригодность представленных материалов для производства экспертизы.

Однако, пунктом 9 Правил определения категорий сложности судебных экспертиз, предусмотрены дополнительные основания для приостановления производства экспертизы такие как:

- заявление судебным экспертом ходатайства перед органом (лицом), назначившим экспертизу о разрешении на повреждение или уничтожение вещественных доказательств;

- необходимость выезда судебного эксперта для исследования крупногабаритного объекта к месту его нахождения;

- участие судебного эксперта, приступившего к производству экспертизы, в судебном заседании по другому делу и требующих определенных затрат рабочего времени;

- отсутствие судебного эксперта по иным причинам (командировка, болезнь) и наличие обстоятельств, препятствующих передаче материалов другому судебному эксперту;

- нахождение представленных материалов у другого судебного эксперта, производящего по ним экспертизу иного вида.

Полагаем, что указанные обстоятельства не могут быть основаниями для приостановления экспертизы. Следователь или следственный судья при вынесении постановления о назначении экспертизы уже обязан указать в нем объекты, направляемые на экспертизу, а также разрешение на возможное полное или частичное уничтожение указанных объектов, изменение их внешнего вида или основных свойств в ходе исследования.

Далее. Согласно пункту 3 статьи 34 Закона продление срока производства судебной экспертизы осуществляется органом (лицом), назначившим судебную экспертизу, по мотивированному ходатайству руководителя органа судебной экспертизы либо судебных экспертов.

Между тем, согласно пункту 12 Правил, ходатайство о продлении срока судебной экспертизы может быть направлено только за подписью руководителя органа судебной экспертизы.

Таким образом, необходимо обеспечить идентичность требований нормативных актов.

При производстве комиссионной СМЭ эксперты используют утвержденные методики, а также правовые акты, информационные базы данных сети Интернет, специализированные программные продукты (п.22 Правил).

Методики судебно-экспертных исследований разрабатываются и внедряются в практическую деятельность уполномоченным органом [56].

Методика судебно-экспертного исследования – это система методов, применяемых при изучении объектов судебной экспертизы для установления

фактических данных, относящихся к предмету определенного рода, вида судебной экспертизы.

Задачами разработки и внедрения методик являются:

- упорядочение и систематизация деятельности судебных экспертов и научных сотрудников органов судебной экспертизы;
- поиск прогрессивных форм, методов, приемов и средств проведения судебных экспертиз;
- повышение качества производства судебных экспертиз.

Методики могут быть разработаны судебными экспертами и сотрудниками РГКП «Центр судебных экспертиз МЮ РК», физическими лицами с лицензией на занятие судебно-экспертной деятельностью и сотрудниками научно-исследовательских организаций.

Разработанные методики проходят процедуру апробации, рассмотрения на заседании Научно-методического совета органа судебной экспертизы и внесению в Государственный реестр методик судебно-экспертных исследований Республики Казахстан (далее - реестр).

Формирование и ведение реестра осуществляется РГКП «Центр судебных экспертиз МЮ РК» в соответствии с Правилами формирования, ведения и использования Государственного реестра методик судебно-экспертных исследований Республики Казахстан, утвержденной приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 30 марта 2017 года №331.

Данный реестр необходим для обеспечения органов, ведущих уголовный процесс, судов, органов (должностных лиц), в производстве которых находятся дела об административных правонарушениях, иных участников процесса, а также судебных экспертов сведениями о методиках.

Судебными экспертами при производстве комиссионных СМЭ используются:

- «Методика экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью»,

внесенная в Государственный реестр методик судебно-медицинских следований РК, шифр 23.1 (17) от 05.12.2016 г.;

- «Методика экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения состояния здоровья, физического состояния», внесенная в Государственный реестр методик судебно-медицинских следований РК, шифр 23.1 (21) от 05.12.2016 г.;

- «Методика экспертного исследования по материалам дела для установления правильности оказания медицинской помощи», внесенная в Государственный реестр методик судебно-медицинских следований РК, шифр 23.1 (34) от 05.12.2016 г.;

- Пособие «Судебная медицина» под редакцией А.А. Матышева;

- Пособие «Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности», Свердловск, И.Г. Вермель и другие;

- «Справочник по травматологии», А.Ф. Краснов, В.А. Аршавин, М.Д. Цейтлин. Москва, 1984;

- «Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных дел». Методические рекомендации. Горький, 1984 и другие.

В процессе изучения уголовных дел установлено, что во всех случаях органы судебной экспертизы ходатайствовали перед следователями об обеспечении для участия в комиссионной экспертизе узкопрофильных специалистов – врачей различного профиля.

К примеру, в апреле 2021 года по уголовному делу по факту некачественного проведения К.М. операции на правую руку в медицинском учреждении г.Нур-Султан, Институтом судебных экспертиз следователю направлено ходатайство о привлечении специалистов в области травматологии и ортопедии для участия в производстве судебной экспертизы.

В соответствии со ст.80 УПК РК, специалистом может быть не заинтересованное в деле лицо, обладающее специальными знаниями, необходимыми для оказания содействия в собирании, исследовании и оценке

доказательств путем разъяснения участникам уголовного процесса вопросов, входящих в его специальную компетенцию, а также применения научно-технических средств.

Специалистами являются также врач, участвующий в следственных и иных процессуальных действиях, за исключением случаев назначения его экспертом.

Правовой статус специалиста регламентирован в ч.3 ст. 80 УПК РК, который имеет право:

- с разрешения органа, ведущего уголовный процесс, задавать вопросы участникам следственного или судебного действия;

- обращать их внимание на обстоятельства, связанные с его действиями при оказании содействия в собирании, исследовании и оценке доказательств и применении научно-технических средств, исследовании материалов дела, подготовке материалов для назначения экспертизы.

За отказ или уклонение от выполнения своих обязанностей без уважительных причин на специалиста может быть наложено денежное взыскание в порядке, установленном статьей 160 УПК, предусматривающей, что:

- денежное взыскание налагается судом;

- если соответствующее нарушение допущено в ходе судебного заседания, то взыскание налагается судом в том судебном заседании, где это нарушение было установлено, о чем выносится постановление суда;

- если соответствующее нарушение допущено в ходе досудебного производства, то лицо, осуществляющее досудебное расследование, или прокурор составляет протокол о нарушении, который направляется следственному судье, который его рассматривает в течение суток с момента поступления в суд. В судебное заседание вызывается лицо, на которое может быть наложено денежное взыскание. Неявка нарушителя без уважительных причин не препятствует рассмотрению протокола;

- по результатам рассмотрения протокола судья выносит постановление о наложении денежного взыскания в размере до пятидесяти месячных расчетных показателей или отказе в его наложении. Копия постановления направляется лицу, составившему протокол, и лицу, на которое наложено денежное взыскание;

- при наложении денежного взыскания суд вправе отсрочить или рассрочить исполнение постановления на срок до трех месяцев. В случае заведомо ложного заключения специалист несет уголовную ответственность, установленную законом (ч.6 ст.80 УПК РК).

Фактические данные, имеющие значение для правильного разрешения уголовного дела, устанавливаются заключением эксперта, оформленный в письменном виде и отражающий содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед специалистом лицом, ведущим уголовный процесс (ст.111, ст.117 УПК РК).

Кроме того, в заключении специалиста должны быть указаны: дата его оформления, сроки и место производства исследования; реквизиты протокола следственного действия, к которому прилагается заключение специалиста, сведения о специалисте, который проводил исследование (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы по специальности, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность); отметка, удостоверенная подписью специалиста о том, что он предупрежден об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения; вопросы, поставленные перед специалистом; объекты исследования, их состояние, упаковка, скрепление печатью; содержание и результаты исследований с указанием примененных методов; оценка результатов проведенных исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным перед специалистом вопросам (ч.3 ст.117 УПК РК).

Порядок оформления заключения эксперта определены главой 3 Правил [54].

Если по результатам исследования эксперты пришли к общему мнению, ими подписываются заключение либо сообщение о невозможности дать заключение. В случае разногласий между экспертами каждый из них или часть экспертов дает отдельное заключение либо эксперт, мнение которого расходится с выводами остальных членов комиссии, формулирует его в заключении отдельно.

Заключение комиссионной СМЭ излагается в письменной форме и оформляется в соответствии с уголовно-процессуальным и иным законодательствами Республики Казахстан и должна состоять из вводной, исследовательской, синтезирующей части и выводов.

При производстве комиссионной СМЭ во вводной части заключения экспертов отмечается, что экспертиза является комиссионной и указывается место ее проведения (одна или несколько лабораторий, сведения об эксперте, имеющим лицензию, эксперте иностранного государства).

Сообщение о невозможности дать заключение должно состоять из трех частей: вводной, мотивировочной и заключительной. Во вводной части излагаются те же сведения, что и в заключение эксперта. В мотивировочной части подробно излагаются причины невозможности дать заключение по каждому вопросу. В заключительной части указывается на невозможность дать ответ по каждому поставленному перед экспертом вопросу.

Государственный сектор судебно-экспертной системы Казахстана представлен Центром судебных экспертиз Министерства юстиции, при котором функционируют 19 Институтов судебных экспертиз, дислоцирующиеся в крупных городах и во всех областных центрах, в которых трудятся около 2800 сотрудников, в том числе свыше 1000 высококвалифицированных судебных экспертов.

В филиалах проводятся 30 видов судебных экспертиз по 57 направлениям экспертных специальностей; такие как криминалистические (экспертиза документов, портретная экспертиза, видеофонографическая, фототехническая,

трасологическая, баллистическая экспертиза), химические (экспертиза веществ и материалов, экспертиза наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров), медицинские (экспертиза трупов, потерпевших, обвиняемых и других лиц, гистологическая, биологическая экспертиза (медицинская), медико-криминалистическая, химико-токсикологическая, наркологическая, психиатрическая и психиологическая экспертиза), а также экспертиза дорожно-транспортных происшествий и технических средств, экономическая, товароведческая, строительная, технологическая, пожарно-, и взрыво-техническая экспертизы, биологическая, экологическая, молекулярно-генетическая экспертиза, экспертиза психофизиологических процессов человека, экспертиза генномодифицированных организмов, религиоведческая экспертиза и т.д.

Таким образом, в Республике Казахстан на законодательном уровне созданы все условия для максимального обеспечения правоохранительных, специальных органов и судов в экспертных заключениях, на основе применения специальных научных знаний.

2.2. Зарубежный опыт правового регулирования организации и производства судебно-медицинской экспертизы по уголовным правонарушениям о врачебных ошибках.

Правовой статус эксперта в различных правовых системах мира регламентируется по-разному и может варьироваться от категории «свидетель», «специфический свидетель» до «судья фактов», «научный судья» [57].

В Законе Украины «О судебной экспертизе» существует понятие «судебный эксперт» и определяется, как участник процесса, обладающий определенными четкими правами и обязанностями, при этом руководствуясь важнейшим принципом независимости (отсутствии заинтересованности в

результатах экспертного исследования, которые могли бы повлиять на результат экспертизы).

В США принято понятие – «эксперт-свидетель» (expert witness), которое предусмотрено Федеральными правилами о доказательствах (The Federal Rules of Evidence - FRE). То есть «эксперт-свидетель» - это свидетель, выступающей экспертом, а его мнение принимается судом в качестве доказательства. При этом доказательства «эксперта-свидетеля» могут опровергаться доказательствами других «экспертами-свидетелями» или другими фактами.

В Польском законодательстве отсутствует определение понятия «эксперт» или «судебная экспертиза». В Польше эксперт приравнивается к «внешнему средству профессиональных знаний», к которому обращаются суд или прокурор в случае необходимости для принятия правильного решения.

В Швеции отдельных экспертов (экономисты, специалисты в области налогов) из-за широкой компетенции (участие в составе суда, рассматривающего уголовное дело) называют их «судьями фактов». Это внедрено в целях экономии времени суда на изучение и оценку обстоятельств дела.

В Европейских странах распространены 2 организационные формы судебной экспертизы:

- специальные (экспертные) учреждения;
- конкретные специалисты - судебные эксперты (например, существует практика института присяжных экспертов, то есть для проведения экспертиз привлекаются специалисты, принявшие присягу; эксперты, получившие лицензию на право проведения судебной экспертизы).

При создании специальных (экспертных) учреждений решаются следующие основные организационно-процессуальные вопросы судебной экспертизы:

- ведомственная принадлежность учреждения;
- контроль в сфере судебно-экспертной деятельности;

- характер централизации (объединение всех экспертных учреждений в единый институт судебных экспертиз под единым руководством в одном из ведомств) и децентрализации (рассредоточение учреждений по соответствующим ведомствам).

В большинстве Европейских стран экспертные учреждения взаимодействуют с полицейскими организациями под юрисдикцией Министерства внутренних дел.

В Великобритании в структуре МВД действует экспертно-криминалистическая служба (The Forensic Service). Она является важным органом в работе британской полиции по расследованию, раскрытию и предупреждению преступлений. Сотрудники Службы принимают участие в следственных действиях, оперативно-розыскных мероприятиях, выполняют экспертизы и исследования для региональных полицейских подразделений Англии, а также Королевской прокуратуры, таможенной и акцизной служб, других правоохранительных органов. В стране отменена государственная «монополия» на осуществление криминалистических экспертиз.

В США существуют две системы судебно-медицинской экспертизы: коронеров и медицинских экспертов.

Коронеры – это следователи (избираются на 3-4 года), в их обязанности которых входит проведение дознания о смерти лица с признаками насилия и исследование трупов (осмотр и иногда вскрытие). В большинстве штатов коронерами могут быть лица без медицинского образования из числа священнослужителей, владельцы похоронных бюро, торговцев, аптекарей и др.

В ряде штатов имеются главные судебно-медицинские эксперты, организованы институты судебной медицины. В отдельных медицинских вузах есть кафедры судебной медицины [58].

В Литве судебные экспертизы проводятся четырьмя государственными судебно-экспертными учреждениями. Судебно-экспертную деятельность в

стране осуществляют правоохранительные органы для сокращения времени и сил на сбор доказательств.

В Латвии законодательно существует и функционирует регистр методик судебных экспертиз и регистр судебных экспертов. Работают как государственные, так и частные судебные эксперты, хотя частные эксперты не вправе проводить большинство криминалистических, судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

В Португалии и Нидерландах экспертно-криминалистическая служба находится при Министерстве юстиции. В Нидерландах чаще всего экспертизы проводятся по ходатайствам полиции.

В Словакии и Турции осуществляются биомедицинские исследования (проводится для изучения новых диагностических, лечебных и/или профилактических средств и методов получения новых знаний по физиологии и психологии человека в условиях нормы, патологии и экстремальных ситуаций) в судебных лабораториях при университетах.

В Испании и Польше судебно-экспертные лаборатории подчинены Министерству юстиции или Министерству внутренних дел, то есть каждое ведомство имеет свои судебно-экспертные лаборатории.

В Европейских странах офицеры полиции могут быть одновременно судебными экспертами, но с ограниченной деятельностью.

Например, в Германии существует принцип недоверия к работе эксперта, участвующего в расследовании преступления. Только эксперт из службы, которая не входит в подразделения расследования, может проводить экспертизы (судебно-экспертные подразделения находятся в структуре правоохранительной системы и непосредственно полиции). Кроме того, в Германии институт частной экспертизы и государственные экспертные учреждения успешно конкурируют между собой.

В Словакии, Португалии (Polícias de investigação criminal) и Австрии полицейские офицеры могут быть судебными экспертами, если они не выполняют функции полицейских.

В арабских государствах велико влияние мусульманского права на развитии уголовно-процессуального законодательства и судебно-экспертной науки и практики. Наиболее технически оснащенной и обеспеченной высококвалифицированными кадрами является Главное управление судебной экспертизы и криминологии города Дубай (создана в 1982 г.).

В Объединенных арабских эмиратах производство экспертизы также возложены на полицейские лаборатории, таких как судебные генетические экспертизы, биологические, химические, фотографические, геологические, дактилоскопические, токсикологические, баллистические, документоведческие и почерковедческие, трасологические, взрывотехнические экспертизы, а также исследования волос и волокон, красителей, наркотиков и ряда других объектов.

Судебно-экспертная служба Кувейта (Kuwait Criminal Evidence Headquarters – КСЕ-НҚ) учреждена в 1961 году. В Кувейт уровень преступности ниже чем в Японии. Несмотря на это, правительством построено суперсовременное судебно-экспертное учреждение, в котором размещено около 1475 сотрудников.

Главный департамент по уголовным доказательствам МВД Кувейта состоит из пяти отделов: судебно-медицинского, лабораторно-криминалистического, исследования мест преступлений, исследования подделок и фальшивомонетничества, автоматизированных идентификационных и поисковых систем. Такие департаменты есть во всех провинциях Кувейта [59].

В Молдавии судебная экспертиза производится судебным экспертом, включенным в Государственный реестр судебных экспертов. В случае отсутствия экспертов необходимой специализации в Государственном реестре

судебных экспертов или в случае, когда по основаниям несовместимости не может быть назначен другой судебный эксперт, в качестве судебного эксперта может быть признано лицо, компетентное в требуемой для производства экспертизы специальности. Судебная экспертиза может быть проведена по постановлению органа уголовного преследования или определению суда (ст.11 Закона Республики Молдова «О судебной экспертизе и статусе судебного эксперта» от 14.04.2016 г.) [60].

В Белоруссии судебные экспертизы осуществляются судебно-экспертными организациями, к которым относятся государственные судебно-экспертные организации и организации, осуществляющие деятельность по проведению судебных экспертиз на основании лицензии.

Государственными судебно-экспертными организациями являются органы Государственного комитета судебных экспертиз, органы государственной безопасности, органы пограничной службы, таможенные органы, иные государственные органы и организации, которым законодательными актами предоставлены полномочия на проведение судебных экспертиз (ст.14 Закона Республики Беларусь «О судебно-экспертной деятельности» от 18.12.2019г.) [61].

В Республике Узбекистан производство судебных экспертиз вправе проводить государственные судебные эксперты (судебный эксперт государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке выполнения своих служебных обязанностей) и физические лица, обладающие специальными для дачи заключения знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, назначенное в установленном порядке в качестве судебного эксперта (судебный эксперт, ст.3 Закона Республики Узбекистан «О судебной экспертизе»).

Основаниями производства судебной экспертизы являются постановление должностного лица органа, осуществляющего доследственную

проверку, дознавателя, следователя, прокурора или судьи, определение суда (ст.17 Закона).

В случае невозможности ответить экспертом на поставленные вопросы (не достаточность специальных знаний или представленных эксперту объекты исследования, непригодность либо недостаточность материалов для дачи заключения, состояние науки и судебно-экспертной практики не позволяет ответить на поставленные вопросы), им составляется мотивированный акт о невозможности дачи заключения и направляет его в орган (лицу), назначивший судебную экспертизу (ст.24 Закона).

Необходимо отметить, что ранее в Узбекистане при Министерстве юстиции функционировал межведомственный Совет по проблемам судебной экспертизы, которым рассматривались вопросы развития судебной экспертизы [62].

18.12.2019 года в Закон Азербайджанской Республики «О судебно-экспертной деятельности» (от 18 .11.1999 г.) внесены значительные поправки, в соответствии с которыми с существующими государственными учреждениями судебной экспертизы созданы институт частных судебных экспертов. Определены требования к частным судебным экспертам, порядок получения ими сертификата, дающего разрешение на занятие частной судебной экспертизой. Сертификат будет выдаваться Министерством юстиции.

Вместе с тем, участники судебных процессов по гражданским делам, административным делам и по делам об административных проступках смогут по собственной инициативе и за свой счет заказывать государственным учреждениям судебной экспертизы или частным судебным экспертам проведение экспертизы. По уголовным делам судебная экспертиза будет осуществляться только государственными учреждениями. Также впервые определены сроки проведения судебной экспертизы [63].

В Российской Федерации производство судебной экспертизы осуществляется государственными судебно-экспертными учреждениями и государственными судебными экспертами.

Основаниями производства судебной экспертизы являются определение суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Представления объектов исследования и материалов дела, необходимые для проведения исследований и дачи заключения эксперта, возложены на орган или лицо, назначившие судебную экспертизу.

Комиссионная судебная экспертиза производится несколькими, но не менее чем двумя экспертами одной или разных специальностей [64].

В июле 2020 года на базе существовавших экспертно-криминалистических подразделений создано федеральное государственное казенное учреждение «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации». Данные меры позволили оптимизировать затраты на производство экспертных исследований и сократить сроки следствия.

И.о. директора СЭЦ СК России Михаилом Ингашкиным отмечено, что «подобная практика показала свою эффективность еще в советское время. Как известно, государственные судебно-экспертные учреждения, в СССР имевшие статус научно-исследовательских институтов, десятилетиями существуют в таких ведомствах, как МВД и ФСБ России. Несмотря на то, что с момента открытия СЭЦ СК России прошло всего несколько месяцев, была проделана огромная работа – практически все эксперты учреждения на данный момент прошли дополнительное обучение и по результатам аттестации получили право самостоятельного производства судебной экспертизы по конкретным экспертным специальностям. В СЭЦ проводятся биологические, бухгалтерские, дактилоскопические, информационно-аналитические, компьютерно-технические, лингвистические, налоговые, оценочные (стоимостные), почерковедческие, психофизиологические, строительно-технические, судебно-

медицинские, финансово-аналитические, фоноскопические и иные экспертизы по различным экспертным специальностям» [65].

Таким образом, для любой страны важным является совершенствование правового регулирования организационных форм судебно-экспертной деятельности. В развитых странах повышение качества предоставления экспертных услуг обеспечено за счет конкурентных условий между участниками судебно-экспертной деятельности - через развитие частной судебной экспертизы.

В качестве положительного опыта видится возможным перенять существовавший опыт Узбекистана, в части создания при Министерстве юстиции Республики Казахстан межведомственной рабочей группы по проблемам судебной экспертизы. Создание рабочей группы позволили бы оперативно и эффективно решать наболевшие проблемы.

2.3 Актуальные проблемы организации и производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником. Пути их решения.

Проанализировано состояние законности расследования уголовных дел о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником (ст. 317 УК) за 2019-2021 годы.

Изучение материалов уголовных дел (400 дел) позволили вскрыть проблемы, с которыми сталкиваются органы дознания и следствия при расследовании дел о врачебных ошибках, повлекшие по неосторожности причинение средней тяжести, тяжкого вреда здоровью либо смерти человека.

С 2020 года отмечается снижение регистрации уголовных правонарушений по ст.317 УК РК, которому отчасти поспособствовали принятые Законом Республики Казахстан от 07.07.2020 года №361-VI поправки

в статью 179 УПК РК, в соответствии с которыми начало досудебного расследования по медицинским правонарушениям запрещается без акта проверки уполномоченного органа.

Тем не менее, имеются факты регистрации в ЕРДР уголовных правонарушений при отсутствии акта проверки уполномоченного органа.

К примеру, в г.Павлодар на протяжении года (с 05.02.2020 г. по 14.03.2021 г.) находилось дело по ст.317 ч.1 УК РК в отношении ТОО «А.М.Г.» о выписке больничного листа Б.А. Всего выявлено 18 фактов незаконной регистрации досудебных расследований в ЕРДР.

В отдельных регионах в 2021 году были незаконно начаты досудебные расследования по ст.317 ч.1 УК РК по факту избиения в областной больнице С.А. (причинен легкий вред здоровью), которое 13.09.2021 г. прекращено за отсутствием состава преступления. При явных признаках доведения до самоубийства М.А. (ст. 105 УК РК), выпрыгнувшего со второго этажа больницы, расследование также незаконно проводилось по ст. 317 ч. 1 УК РК.

Практически по всем вышеуказанным уголовным делам назначались и проводились комиссионные СМЭ (изымались медицинские документы, осуществлялся поиск узкопрофильных специалистов для включения состав комиссии экспертов и т.д.), тогда как их результаты никоим образом не повлияли бы на результаты расследования дела.

Наряду с этим, при инициировании проверок в медицинских учреждениях органами следствия не соблюдались требования ст.260 УПК РК, предусматривающие необходимость вынесения постановления, согласованного прокурором.

Так, по делу о смерти К.В. в г.Нур-Султан органом следствия 5 раз (с 2019 по 2021 годы) направлялись письма в Департамент контроля качества и безопасности товаров и услуг о проведении проверки в Центре материнства и детства.

В результате, проверка уполномоченным органом в медицинском учреждении не проведена, в октябре 2021 года уголовное дело прекращено без проведения надлежащего расследования.

Установлены многочисленные факты расследования дел без назначения комиссионных СМЭ.

Более того, в отдельных случаях происходил увод от уголовной ответственности виновных медработников из-за неправильной постановки вопросов перед экспертом.

К примеру, в ноябре 2018 года в родильном доме ТОО «Д.Ю» после введения неверного лекарства скончалась Ж.А., однако согласно постановлению следователя комиссия СМЭ проводилась в отношении медучреждения ТОО «Д. М.», не имеющего отношения к смерти пациентки.

Аналогичным образом, в мае 2021 года судебной экспертизой оценивалось качество медицинских услуг, оказываемых детской больницей №1, тогда как ребенок Е.А. скончался от ошибок врачей больницы №3.

Проблемными остаются вопросы латентности анализируемой категории преступлений, низкой раскрываемости в связи с отсутствием у следователей специальных знаний об особенностях установления и исследования обстоятельств преступного события; навыков формирования доказательственной базы по уголовным делам о преступлениях этой группы; корпоративное противодействие медицинских работников расследованию уголовных дел.

Перечисленные проблемы присущи всем постсоветским странам.

Указанные обстоятельства явились одной из причин, по которой Следственным Комитетом Российской Федерации с 2018 года начато формирование спецподразделений по расследованию янтрогенных преступлений.

Российские следователи открыто заявляют о «круговой поруке», когда врачи (эксперты), дающие заключения или проводящие экспертизы

относительно действий своих коллег, занижают их вину. В итоге экспертизы часто проводятся неполно, не по всем медицинским документам, неглубоко и ненаучно [66].

Процесс доказывания вины медицинских работников в зарубежных странах существенно отличается от практики постсоветских стран.

Например, в США доказывание наличия причинно-следственной связи в действиях ответчика (врача) возложено на истца (пациента). Обе стороны вправе представлять свидетельские показания в отношении действий ответчика, которые могли нанести вред здоровью пациента. Не исключено, что ответчик будет пытаться найти экспертов-коллег, которые смогут подтвердить, что якобы нанесенный здоровью вред был объективно неизбежен при состоянии этого пациента, либо вызван не халатностью, а иными факторами. В результате все может завершиться противостоянием приглашенных сторонами экспертов, а решение относительно состоятельности доказательств вынесут присяжные.

В Казахстане по делам о врачебных ошибках тяжесть причинённого вреда здоровью пациента и причинно-следственная связи между деянием медработника и наступившим последствием устанавливается путем назначения комиссионной СМЭ.

Имеются множество актуальных вопросов в части уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные ошибки, организации и производства судебных экспертиз.

В этой связи, в Казахстане вопросы совершенствования законодательства в сфере судебной и экспертной деятельности обсуждаются на уровне руководства заинтересованных государственных органов.

К примеру, заинтересованными государственными органами (ответственный исполнитель – Министерство здравоохранения РК) в рамках исполнения поручения Главы государства, данного на третьем заседании национального совета общественного доверия при Президенте 27 мая 2020 года, прорабатывался вопрос целесообразности уголовной ответственности

медработников за «ненадлежащее выполнение своих обязанностей», совершенных по неосторожности.

В результате, Министерством здравоохранения разработан проект Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения», которым предусмотрено смягчение санкции ст.317 УК РК и внедрение страхования профессиональной ответственности медицинских работников с регламентацией порядка определения страхового случая и условий осуществления страховых выплат (законопроект находится на рассмотрении Мажилиса).

28 мая 2021 года в г.Нур-Султан состоялся круглый стол на тему: «Совершенствование законодательства в сфере судебно-экспертной деятельности», модератором выступил Мусин К.С. - председатель Комитета по законодательству и судебно-правовой реформе Мажилиса Парламента Республики Казахстан.

В процессе обсуждения Министерством внутренних дел приведены отдельные факты, негативно отражающиеся на сроках расследования уголовных дел и приводящих к необоснованной волоките, такие как: трудности с привлечением к проведению экспертизы высококвалифицированных специалистов в области медицины по делам о медицинских преступлениях, отсутствие штатов и филиалов института судебных экспертиз в районных и городских центрах, необработанность механизма заменяемости экспертов в случае их отсутствия по болезни, отпуска, учебы или увольнения и другие [67].

Полагаем необходимым согласиться с предложением Министерства внутренних дел о необходимости заключения соответствующего меморандума, принятия нормативного акта, в котором предусмотреть ведение реестра специалистов, привлекаемых экспертами при производстве судебных экспертиз, выработки механизма оплаты услуг специалистов, привлекаемых по ходатайству руководителя органа судебной экспертизы.

Необходимо отметить, что до настоящего времени данная проблема не решена.

К примеру, после изучения уголовного дела от 02.09.2020 года по ст.317 УК РК по факту извлечения у гражданки «М» недоношенного плода женского пола без признаков жизни, 06.10.2020 г. следователем было вынесено постановление о назначении комиссионной СМЭ с поручением ее производства Институту судебных экспертиз.

12.10.2021 года следователю экспертами направлено ходатайство о привлечении специалистов в области акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения, кардиологии. Экспертами рекомендованы отдельные медицинские работники городская поликлиники №3 и сотрудники АО «Медицинский университет Астана».

Однако, по ряду объективных причин следователем ходатайство экспертов не было исполнено, поэтому 27.10.2021 года материалы и объекты возвращены органу следствия без исполнения постановления о назначении СМЭ.

Еще пример. 16.05.2021г. в г.Нур-Султан в городской детской больнице скончался новорожденный ребенок «Е.А.», по которому начато досудебное расследование по ст.317 ч.3 УК РК.

09.09.2021 года органом следствия назначена комиссионная СМЭ, при производстве которой Институтом судебных экспертиз органу следствия заявлено ходатайство о привлечении специалистов в области педиатрии и детских инфекционных болезней.

Ходатайство не исполнено, поэтому экспертиза проведена без участия профильных специалистов, 11 поставленных вопросов (всего 13) не разрешены, в том числе о наличии причинно-следственной связи. В последующем дело прекращено за отсутствием состава преступления.

По нашему мнению, вопросы привлечения узкопрофильных специалистов в области медицины к проведению комиссионных СМЭ

необходимо законодательно возложить на органы судебной экспертизы, поскольку у последних больше возможностей по ведению соответствующего реестра специалистов и в случае необходимости их привлечения к производству экспертизы.

С целью сокращения сроков производства экспертиз, снижения нагрузки на государственных экспертов, развития института частной судебной экспертизы, сокращения расходов государственного бюджета 24 апреля 2020 года между Генеральной прокуратурой, Министерством внутренних дел и Министерством юстиции РК подписан совместный приказ «О поэтапном переходе отдельных видов судебных экспертиз в конкурентную среду путем аутсорсинга» и утвержден План совместных мероприятий на 2020-2021 года [68].

В конкурентную среду переданы товароведческая, строительная, автотовароведческая, трасологическая, психолого-криминалистическая, психолого-филологическая экспертизы, экспертиза обстоятельств ДТП и ТС, экспертиза средств компьютерной технологии, судебно-медицинская экспертиза живых лиц.

В случае положительных результатов от пилотного проекта предусмотрено инициирование внесения поправок в законодательство о судебно-экспертной деятельности (пункт 9 Плана).

Расследование уголовных дел о медицинских преступлениях остается сложным процессом. Одна из причин – не достаточное привлечение специальных знаний при расследовании дел данной категории.

Многими учеными, верно, указано (Сейтенов К.К., Шляхов А.Р., Винберг А.И., Крылов И.Ф. и другие) о том, что «органы (лица), ведущие уголовный процесс, используют специальные знания в пределах своих процессуальных полномочий и личного профессионального опыта».

Также нужно отметить, что эффективность расследования уголовных дел повысится в случае комплексного использования специальных знаний.

Основными формами использования специальных знаний в области медицины при расследовании уголовных дел о врачебных ошибках являются:

- а) привлечение врачей в качестве консультантов к производству следственных действий;
- б) получение показаний от медицинских работников, участвовавших в оказании медицинской помощи потерпевшего (лечащий врач, главный врач, заведующий поликлиникой, медицинская сестра и т.д.);
- в) истребование медицинской документации;
- г) назначение судебной экспертизы.

Между тем, в практической деятельности следователи не всегда используют возможности специалистов, тогда как врач с надлежащей компетенцией и опытом работы может помочь следователю определить круг лиц, подлежащих допросу, сформулировать вопросы к медицинским работникам, в постановке вопросов судмедэкспертам, в исследовании и оценке доказательств и т.д.

Причиной этого могут быть недооценка следователями возможностей специалистов-медиков, отсутствие надлежащего взаимодействия с органами здравоохранения или нежелание последних оказывать содействие следствию, отсутствие врача соответствующего профиля, негативный опыт привлечения специалистов по предыдущим уголовным делам.

Таким образом, на сегодняшний день наиболее проблемными вопросами при организации и производстве комиссионных СМЭ является следующее.

Во-первых, имеет место некачественное вынесение следователем постановления о назначении судебной экспертизы.

Учитывая характерные упущения при назначении судебных экспертиз, Генеральной прокуратурой в целях обеспечения всестороннего и объективного расследования уголовного дела территориальным прокурорам поручено обеспечить:

- правильность формулировки вопросов эксперту с целью исключения их неоднозначного толкования;
- определение в постановлении следователя круга четких, корректных вопросов эксперту в логической последовательности;
- недопущения использования шаблонных постановлений о назначении экспертиз и отражения в них широкого перечня вопросов, ответы на которых не представляют какой-либо ценности для расследуемого дела;
- предоставление эксперту достаточных материалов (объектов) для получения ответа на поставленные вопросы [69].

Для формирования более полных вопросов эксперту следователи должны руководствоваться не только указаниями, закрепленных в нормативных актах и ведомственных инструкциях, но и пользоваться рекомендациями научно-методического плана, опытом зарубежных стран.

Это обусловлено тем, что обстоятельства происшествия различаются: где-то провели операцию, после чего пациент скончался дома, где-то уже выписанный из больницы пациент внезапно умер дома. То есть, по каждому уголовному делу требуется индивидуальный подход.

В качестве примера можно привести учебные пособия Пристанского В.Д., Сейтенова К.К., Бычковой С.Ф., Шакирова К.Н., Поврезнюк Г.И. и других.

Во вторых, эффективность назначаемых судебно-медицинских экспертиз зависит от полноты материалов, направляемых эксперту.

Так, в процессе изучения уголовных дел установлено, что только из-за непредставления медицинских документов и объектов исследования не проведены комиссионные СМЭ либо большинство вопросов оставлены без разрешения по 11 делам.

К примеру, 06.02.2020 г. в г.Нур-Султан начато досудебное расследование по ст.317 ч.1 УК РК по заявлению К.М. о привлечении к ответственности врача одного из медицинского учреждения Б.В.А., которым 05.06.2019 г. некачественно проведена операция на правую руку.

20.03.2021 г. следователем С.Б. вынесено постановление о назначении комиссионной СМЭ с поручением ее производства Институту судебных экспертиз по г.Нур-Султан.

10.04.2021 г. Институту судебных экспертиз по г.Нур-Султан следователю направлено ходатайство о предоставлении дополнительных материалов (уголовное дело, акты проверок Департамента, медицинские документы и т.д.).

Однако, ходатайство своевременно не исполнено, в связи с этим, экспертиза осталась не проведенной.

Судебно-медицинская оценка тяжести причиненного вреда здоровью проводится экспертом путем медицинского обследования, а также может быть проведена по медицинским документам [53].

В большинстве случаев предоставление эксперту оригиналов медицинских документов либо заверенные их копии по делам о врачебных ошибках – обязательно.

Эти требования считаем вполне объективными, поскольку ятрогенные преступления оставляют следы не только на теле и в организме потерпевшего, а также в медицинских документах, позволяющие составить представление об обстановке и способе совершения преступления, месте, времени и других обстоятельствах.

Если следователь не представит эксперту медицинские документы, то последний вправе заявить ходатайство об их предоставлении в течение пяти суток. В случае оставления ходатайства без удовлетворения, эксперт обязан не проводить оценку тяжести вреда здоровью (пункты 10, 398 Правил).

С целью исключения рисков неполучения заключения эксперта будет правильным, если следователь заблаговременно произведет сбор (выемку) медицинских документов и направит их эксперту с постановлением о назначении экспертизы.

Бумажное ведение в больницах и поликлиниках медицинской документации также затрудняет их сбор. По состоянию на январь 2019 года в Казахстане насчитывалась 697 самостоятельных медицинских организаций, из них 692 (99,3%) перешли на безбумажное ведение медицинских записей.

Вице-министром здравоохранения Республики Казахстан О. Абишевым отмечено, что «на уровне Министерства здравоохранения есть 121 учётно-отчётная форма – случаи, противопоказания и тому подобное. Из них 103 формы уже переведены полностью в электронный формат. В течение 2019 года мы будем стопроцентно от всех бумажных отчётов полностью отказываться. Простой человек, обращаясь в поликлинику, либо в Центральную районную больницу, указывает удостоверение личности, мы считываем штрихкод и по ИИН находим амбулаторные карты, медицинские записи, всю историю полностью поднимаем в цифровом режиме. Такой формат хранения информации называется электронный паспорт здоровья (принято в 2017 году). В нём будет содержаться вся необходимая информация о пациенте, если он когда-либо обращался за помощью в медицинские организации» [70].

Следует отметить, что в Правилах в качестве медицинских документов, по которым проводится судебно-медицинская экспертиза, приводится только «карта стационарного больного, карта амбулаторного пациента (больного) и другие медицинские документы» (пункт 391 Правил).

При этом понятие «других медицинских документов» не раскрыто.

Ивановой Я.И. к медицинским документам отнесены история болезни, карта амбулаторного больного, протокол операции, операционный журнал, карта анестезиологического пособия, анестезиологический журнал, журнал рентгеновских исследований, журнал лабораторных исследований, протокол гистологических исследований, журнал гистологических исследований, журнал эхо кардиологических исследований, журнал электрокардиологических заключений, перфузионная карта, перфузионный журнал, реанимационная карта, журнал патологоанатомических вскрытий, журнал гистологических

заключений, журнал анализа летальных исходов, журнал лечебно-контрольных комиссий и многие другие медицинские документы и другие [71].

Кроме этого, к «медицинским документам» необходимо отнести материалы клинико-анатомической конференции (доклады лечащих врачей, иллюстрации и т.д.) о причинах наступления неблагоприятных для пациента последствий.

Такие конференции организуются и проводятся патологоанатомическими отделениями при медицинских организациях, где рассматриваются случаи смерти пациентов на операционном столе или вследствие врачебного вмешательства, а также случаи ошибок в поликлинической, клинической диагностике, дефекты оказания медицинской помощи (в отношении сроков госпитализации, преемственности ведения и лечения пациента в поликлинике, стационаре).

Необходимо отметить, что в ряде областей Республики Казахстан выявлены случаи непроведения патологоанатомических вскрытий при летальном исходе пациентов в связи с медицинскими манипуляциями. В связи с этим, такие уголовные дела после многочисленных следственных действий прекращены только из-за отсутствия заключений патологоанатома.

К примеру, в Мангистауской области 28.10.2020 года начато досудебное расследование по ст.317 ч.1 УК РК факту смерти А.Б.Р. от артериальной гипертонии.

Следователем для выяснения причинно-следственной связи между неблагоприятным исходом и врачебной ошибкой вынесено постановление о назначении комиссионной СМЭ и ее производство поручено Институту судебных экспертиз.

24.12.2021 г. судебными экспертами следователю направлено ходатайство о предоставлении протокола патологоанатомического исследования, которое не было исполнено. Так как, патологоанатомическое

вскрытие трупа не проводилось, а в последующем родственники отказались от эксгумации А.Б.Р.

Уголовное дело прекращено за отсутствием состава преступления.

В третьих, коррупционные составляющие среди экспертов.

Еще в 2018 году министр юстиции РК Бекетаев М. в ходе правительственного часа в Мажилисе Республики Казахстан отметил, что высокий рост коррупции в экспертной деятельности усложняет ситуацию с системой судебной экспертизы [72].

О нарушениях законности в деятельности судебных экспертов также свидетельствует интернет-статья Крыгина В. («Сотрудники судебно-медицинской экспертизы подделывают документы») о том, что сотрудники Алматинского филиала ГУ «Центр судебной медицины РК» во главе с его директором Н. Ережеповым выдавали ложные заключения экспертиз. Эксперты самолично подтасовывали результаты экспертиз. Например, смерть от причиненных тяжких телесных повреждений переквалифицировали на инфаркт или инсульт. Аналогичные факты органами следствия выявлены в деятельности кызылординского и астанинского филиалов ГУ [73].

В Германии одним из способов исключения коррупционных рисков является принятие экспертом присяги после дачи экспертного заключения и её содержание заключается в том, что эксперт дал экспертное заключение объективно, добросовестно и в соответствии с его знаниями [74].

Вместе с тем, немаловажную роль играет профессиональный уровень следователя, которая формируются, в первую очередь при получении профессионального образования.

Верно, отмечено Алдабергеновым А.Т. о том, что «полицейское образование в последние годы переживает глубочайший кризис», а в качестве решения предлагается «в целях модернизации, совершенствования учебно-воспитательной, методической работы в отечественном, ведомственном образовании необходимо провести тщательный анализ прошлого, сделать

необходимые выводы, отсеять все ненужное и бесполезное, оставить самое ценное из многолетнего опыта, в том числе школ милиции советского периода, изучить и внедрить лучшие образцы работы полицейских академий за рубежом» [75].

Полагаем необходимым проведение регулярных международных тематических научно-практических конференций по расследованию уголовных дел о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками с участием казахстанских и зарубежных ученых, сотрудников прокуратуры, экспертов, следователей, преподавателей вузов, медицинских работников и других заинтересованных лиц.

Министерству внутренних дел также необходимо организовывать проведения мероприятий (не реже 1 раза в год) по повышению уровня квалификации сотрудников следственных подразделений по расследованию уголовных дел о врачебных ошибках.

Данные меры позволят обменяться научными подходами, повысить качество расследования дел и организации, производства судебных экспертиз по делам о врачебных ошибках.

Отдельные нормы нормативных актов требуют доработки.

Так, в соответствии с п.392 Правил предусмотрено, что «при квалификации вреда здоровью в связи с дефектами оказания медицинской помощи необходимо устанавливать причинно-следственную связь между допущенными дефектами и неблагоприятным исходом. Оценку вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи необходимо проводить только при наличии прямой причинной связи между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи» [54].

Из изложенного следует, что эксперт с одной стороны обязан устанавливать причинно-следственную связь между допущенными дефектами и неблагоприятным исходом, а с другой - не обязан оценивать вред здоровью

при отсутствии прямой причинной связи между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи.

По нашему мнению, на эксперта необходимо возложить без альтернативы обязанность по установлению «причинной связи» и проведению оценки тяжести вреда здоровью вне зависимости от наличия либо отсутствия «причинной связи» между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи.

Заключение комиссионной СМЭ является ключевым доказательством виновности (невиновности) медицинского работника в совершении ятрогенного преступления, поэтому наличие в пункте 392 Правил двойного понятия нормы является недопустимым.

Отдельного внимания заслуживает организация деятельности патологоанатомических отделений по рассмотрению летальных исходов и мониторингу качества диагностической и лечебной работы [76].

В настоящее время заведующий ПАО и врач, виновный в смерти пациента, зависимы от руководителя организации здравоохранения, поскольку они назначаются и освобождаются от должности им же.

Выявлены случаи не проведения патологоанатомических вскрытий при летальном исходе пациентов в связи с медицинскими манипуляциями, а также факт фальсификации протокола патологоанатомического исследования и непринятие руководителем больницы мер по установлению виновных лиц.

Так, выборочным изучением уголовных дел установлено 6 фактов не проведения патологоанатомических вскрытий летального исхода в связи с медицинскими манипуляциями.

Все уголовные дела после многочисленных следственных действий прекращены только из-за отсутствия заключений патологоанатома.

В октябре 2020 года в ходе расследования уголовного дела по факту смерти у беременной Б.Т. плода мужского пола в истории родов (форма 096/у)

обнаружена вклеенная копия выписки из протокола вскрытия №149 от 06.2020 года, подлинность, которой вызвала сомнения.

Так, при сличении копии двух Протоколов вскрытия (вклеенная в историю родов и представленная кабинетом медицинской статистики) выявлено множество видимых несоответствий, в том числе и по длительности внутриутробной гипоксии плода (указаны 24 часа и 48 часов соответственно). Данные обстоятельства свидетельствуют о попытке сокрытия работниками Перинатального Центра оказания некачественной медицинской помощи Б.Т. По результатам служебной проверки лицо, вклеившее поддельную копию выписки из Протокола в историю родов, не установлено.

Учитывая изложенное, п.16 Стандарта организации оказания патологоанатомической диагностики в Республике Казахстан необходимо изложить в следующей редакции «ПАО возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности *местным органом государственного управления здравоохранением*, и непосредственно подчиняющийся руководителю организации здравоохранения и его заместителю по медицинской (лечебной) части».

Таким образом, для обеспечения качественного сбора доказательств по делам данной категории требуется:

- проведения заинтересованными государственными и правоохранительными органами научно-практических конференций, в том числе международных, направленных на обмен научными подходами;
- Министерству внутренних дел организовать проведение мероприятий по повышению уровня квалификации сотрудников следственных подразделений по расследованию уголовных дел о врачебных ошибках;
- разработка (с учетом требований Казахстанского законодательства) методических рекомендации по расследованию уголовных дел о врачебных ошибках;

- внесения изменений и дополнений в Правила организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы» и «Стандарт организации оказания патологоанатомической диагностики в Республике Казахстан, утвержденной Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-259/2020 в части закрепления обязанностей по проведению оценки тяжести вреда здоровью вне зависимости от наличия либо отсутствия «причинной связи» между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи и исключения прямой зависимости заведующего патологоанатомического отделения от руководителя организации здравоохранения.

2.4 Организационно-процессуальные особенности организации (назначения) и производства судебных экспертиз по делам о ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником.

Анализ следственной практики органов полиции по расследованию уголовных дел позволил выделить типичные недостатки при назначении комиссионных СМЭ.

Это постановка на разрешение экспертов некачественных и не полных вопросов для исследования обстоятельств уголовного правонарушения (стадий: диагностики, лечения, преемственности) и процесса оказания медицинской помощи (стадий: подготовительной, исполнительной, завершающей).

Прежде всего, это связано с незнанием следователем специфики медицинской деятельности и непониманием особенностей процесса оказания медпомощи.

При определении вопросов к экспертам, на начальном этапе следователю (дознавателю) путем изучения медицинских документов необходимо проанализировать все стадии врачевания - от момента обращения пациента за

медицинской помощью (к примеру, с вызова скорой медицинской помощи, обращения в приемный покой больницы, постановки беременной женщины на учет в больнице по месту жительства и т.д.) до наступления неблагоприятного исхода.

Пристансковым В.Д. предлагается ориентироваться «по качеству медицинских исследований» (зафиксированы ли жалобы больного, достаточно ли они детализированы; записан ли анамнез болезни, достаточно ли он уточнен; проводились ли осмотры больного, насколько подробно изложены данные осмотров; изложены ли данные физикальных наблюдений, достаточно ли они детализированы; имеются ли данные о проведении необходимых консультаций врачей-специалистов, были ли они проведены своевременно); «по качеству лабораторных исследований» (были ли проведены необходимые лабораторные исследования; проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность); «по качеству инструментальных исследований» (были ли проведены необходимые инструментальные исследования; проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность; были ли проведены инструментальные исследования, которые могли способствовать ухудшению состояния здоровья потерпевшего); «по полноте диагноза» (был ли больному поставлен диагноз; имеется ли нозологический диагноз; выделено ли основное заболевание; указаны ли особенности, стадия и выраженность основного заболевания; было ли выделено сопутствующее заболевание; указаны ли особенности, стадия и выраженность сопутствующего заболевания; выделены ли осложнения основного заболевания и причины их возникновения; указаны ли стадия и выраженность осложнения основного заболевания; правильно ли проведено выделение основных и сопутствующих заболеваний); «по обоснованности диагноза» (обоснован ли диагноз: жалобами больного, данными осмотра, анамнезом, физикальными данными, данными лабораторных исследований, данными инструментальных исследований; достаточно ли было полученных данных проведенных обследований для постановки клинического

диагноза; достаточно ли обоснован диагноз заключениями врачей-специалистов; достаточно ли было полученных заключений врачей-специалистов или требовались заключения и других врачей-специалистов); «по совпадению диагноза» (совпал ли диагноз: а) с результатами вскрытия, б) с диагнозом последующего этапа оказания медицинской помощи; имела ли место неправильная оценка: а) жалоб больного, б) данных анамнеза, в) данных осмотра, г) физикальных данных, д) лабораторных исследований, е) инструментальных исследований, ж) заключений врачей-специалистов; имела ли место недооценка: лабораторных исследований, инструментальных исследований, заключений врачей-специалистов); «по качеству лечения» (проводилось ли лечение необходимыми лекарственными препаратами; проводилось ли лекарственное лечение необходимыми препаратами: а) в недостаточной разовой дозе, б) в недостаточной курсовой дозе, в) в избыточной разовой дозе, г) в избыточной курсовой дозе; был ли верен способ введения препарата; имело ли место лечение индифферентными, непоказанными препаратами; имело ли место лечение противопоказанными препаратами; была ли избрана правильная схема лечения; имела ли место полипрагмазия (избыточное назначение лекарственных препаратов); при проведении лекарственной терапии были ли учтены сопутствующие заболевания; проводилось ли лечение несовместимыми препаратами; при назначении лекарственной терапии были ли учтены рекомендации врачей-специалистов; при проведении лечения имелись ли осложнения основного заболевания и какова причина их возникновения; имели ли место побочные действия назначенных лекарственных препаратов; было ли показано проведенное лечение (полностью, частично); если было неправильно проведено лечение, то способствовало ли оно ухудшению здоровья больного; какие были допущены упущения в назначении лекарственной терапии); «по качеству инструментальных исследований» (проводилось ли необходимое лечение с использованием инструментальных исследований; проводилось ли лечение

необходимыми инструментальными методами с достаточной интенсивностью (с недостаточной интенсивностью, с избыточной интенсивностью); имело ли место проведение лечения противопоказанными методами; проведенное лечение инструментальными методами: а) могло способствовать ухудшению состояния здоровья пациента, б) способствовало ухудшению состояния здоровья пациента, в) не влияло на состояние здоровья пациента, г) было показано частично, д) было показано полностью); по качеству лечения методами лечебной физкультуры (проводилось ли необходимое лечение методами ЛФК; были ли использованы все необходимые методы ЛФК; лечение было проведено: а) с недостаточной интенсивностью, б) с избыточной интенсивностью, в) с использованием противопоказанных методов ЛФК; проведенное лечение методами ЛФК: а) могло способствовать ухудшению состояния здоровья пациента, б) способствовало ухудшению состояния здоровья пациента, в) было частично показано, г) было показано полностью); «по соблюдению правил преемственности» (была ли нарушена этапность в установленном порядке получения специализированной медицинской помощи; соответствовало ли заболевание специализации ЛПУ; не был ли больной передан на последующий этап: а) с опозданием, б) с недостаточным информационным сопровождением; не был ли больной передан на этап медицинской помощи, где ему не мог быть обеспечен необходимый объем помощи); «имело ли место нарушение правил оказания медицинской помощи, если да, то каких именно»; «имелся ли дефект оказания медицинской помощи, если да, то какой, на каком этапе врачебного процесса он мог возникнуть, что могло послужить причиной его возникновения; является ли дефект ятрогенным» (т.е. возникшим вследствие допущенных нарушений правил оказания медпомощи медработником); «имелись ли нежелательные или неблагоприятные последствия медицинской помощи, чем могло быть обусловлено их развитие»; «что явилось непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода. Обусловлена ли непосредственная

причина неблагоприятного исхода ятрогенией», «имеется ли обоснование причинной связи между действиями медицинских работников по оказанию медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом», «было ли пациентом подписано информированное добровольное согласие на выполнение медицинского мероприятия, имеющего высокий риск причинения вреда здоровью или смерти. Содержится ли в информированном добровольном согласии информация о вероятном неблагоприятном исходе медицинского мероприятия, о возможном ином варианте лечения»; «имело ли место при оказании медицинской помощи отступление от требований нормативных стандартов выполнения медицинского мероприятия»; «имел ли право врач осуществлять медицинское мероприятие... (например, наркологическую процедуру), имея лицензию на... (например, терапевтическую) деятельность»; «какими документами (стандартами, приказами и т.д.) регламентирована технология выполнения медицинского мероприятия, осуществленного в интересах пациента. Кем (каким органом) она разработана, каков порядок ее применения в медицинской практике, был ли он соблюден» [77].

Приведенный перечень вопросов может быть дополнен с учетом обстоятельств конкретного уголовного дела.

Зачастую органы следствия и дознания грубо нарушают предусмотренные законом права потерпевших, подозреваемых, обвиняемых, защитников и представителей потерпевших на ознакомление с постановлением о назначении СМЭ и получение разъяснении принадлежащих им прав (ст.274 УПК РК).

В результате, по делу по жалобе участников уголовного процесса вынужденно назначается повторные комиссионные СМЭ, тем самым происходит необоснованное затягивание сроков расследования уголовного дела.

На практике заключение комиссионной СМЭ воспринимается как особое доказательство и ее выводы существенно завышаются. Только на основании

заклучения СМЭ органы следствия могут вынести постановление о прекращении уголовного дела за отсутствием состава преступления.

Однако заключение эксперта может оказаться неверным и необоснованным полностью или частично.

К.К. Сейтенов, высказываясь по поводу оценки заключения эксперта, считает, что «оценивая заключения эксперта, назначивший его орган не должен допускать как его немотивированного игнорирования, так и завышенной оценки его доказательственного значения по отношению к другим материалам по делу, некритичного использования в качестве доказательств. В результате оценки заключения эксперта орган (лицо), ведущее уголовный процесс, может принять одно из следующих решений: признать заключение полным и обоснованным, а фактические данные, имеющие в нем, - достоверными и имеющими значения по делу; признать заключение недостаточно ясным и полным; признать заключение необоснованным и вызывающим сомнения в его правильности» [78].

К примеру, в уголовном деле о смерти в ноябре 2018 года в медицинском учреждении гражданки «Ж.А.К.» имелось заключение комиссионной СМЭ от 10.08.2021 года, согласно которому определить наличие или отсутствие прямой причинной-следственной связи между выявленными дефектами организации и лечения в медицинском учреждении не представилось возможным.

Однако, истинные обстоятельства смерти «Ж.А.К.» были найдены в исследовательской части заключения комиссионной СМЭ, где описывались заключение судебно-медицинской экспертизы трупа от 21.12.2018 года о том, что смерть «Ж.А.К.» наступила от введения «магний сульфат» врачом-анестезиологом «П.Д.».

В результате, Генеральной прокуратурой Республики Казахстан постановление о прекращении уголовного дела было отменено и дело направлено для организации дополнительного расследования.

Еще пример. 07.08.2019 года хирург ТОО «К.М.» З.Р.Р. при проведении операции по иссечению крайней плоти полового члена (обрезание) ребенку Т.А. (2011 г.р.), по неосторожности произвел ампутацию головки полового члена.

10.08.2019 года дознавателем Б.Е. вынесено постановление о назначении СМЭ в ИСЭ по г.Алматы с целью установления наличия телесных повреждений у Т.А. и их степени тяжести.

Согласно заключению комиссионной СМЭ от 17.10.2019 года:

- На момент проведения настоящей экспертизы исход данной ятрогенной травмы, позволяющей достоверно установить степень тяжести вреда здоровью ребенка Т.А. в соответствии с «Методикой экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причинённого вреда здоровью» еще не наступил. Поэтому, в соответствии с пунктом 25 указанной Методики не позволяет определить степень тяжести вреда здоровью Т.А.;

- Исходом травмы полового члена, отмеченной у Т.А. с учетом его несущих функций, могут быть потеря способности к совокуплению и оплодотворению, что в соответствии с п.5.6.2 Методики имеет квалифицирующие признаки тяжкого вреда здоровью по признаку потери органа или утраты органом его функции. Однако, в силу малолетнего возраста Т.А. и продолжающегося физического и физиологического развития, установить указанный исход до наступления 17-18 возраста не представляется возможным.

Заведующий отделения детской урологии «Центра детской неотложной медицинской помощи г.Алматы» К.Б. показал, что оперировал Т.А., его здоровью причинен тяжкий вред, поскольку нет нормального мочеиспускания и в будущем не будет нормальной половой жизни.

23.11.2021 по уголовному делу назначена повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза и ее производство поручено экспертам ИП «Центр судебной экспертизы».

Согласно заключению экспертов от 21.12.2021 года, при проведении Т.А. хирургического вмешательства хирургом З.Р. допущен дефект оказания медицинской помощи, состоящий в прямой причинно-следственной связи с причинением средней тяжести вреда здоровью Т.А.

Таким образом, оценка заключения комиссионной СМЭ предполагает установление относимости и допустимости заключения как доказательства, определения его места в формировании доказательственной базы по уголовному делу.

Процедуру оценки заключения комиссионной СМЭ о качестве медицинской помощи Пристансковым В.Д. верно разделены следующим образом:

- «Проверка соблюдения требований закона при назначении и проведении комиссионной СМЭ. Выясняются следующие вопросы: обладают ли эксперты достаточными знаниями и опытом для решения поставленных задач, не вышли ли они за пределы своей компетенции. Также необходимо обратить внимания, соблюдены ли права участников процесса при назначении и производстве экспертизы».

- «Проверка подлинности и достаточности исследованных доказательств и образцов. Если экспертиза назначается по поводу летального исхода и к моменту ее проведения труп оказывается захороненным, основными объектами исследования становятся медицинские документы, в которых отражен осуществленный в интересах пациента врачебный процесс (история болезни, амбулаторная карта, медицинская книжка, заключение патологоанатома и др.), и медицинская документация, содержащая сведения о правилах оказания медицинской помощи (стандарты, инструкции, методические пособия и т. п.)».

- «Оценка научной обоснованности экспертной методики и правомерности ее применения».

- «Проверка и оценка полноты и достаточности проведенного исследования и обоснованности выводов экспертного заключения. Следователь должен выяснить, насколько полно исследованы представленные на экспертизу медицинские документы и другие объекты».

- «Логическая обоснованность экспертного исследования. Оценка осуществляется путем анализа последовательности стадий экспертного исследования, логической обусловленности этой последовательности, логической обоснованности экспертных выводов промежуточных результатов исследования».

- «Относимость результатов экспертного исследования к данному уголовному делу. Под относимостью в данном случае понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела, установление которых необходимо для достижения целей судопроизводства. Проверка относимости результатов экспертного исследования заключается в выяснении, входит ли факт, установленный экспертом, в предмет доказывания или в число иных существенных для дела обстоятельств и позволяют ли выводы, сделанные экспертом, этот факт установить, доказать».

- «Соответствие выводов эксперта имеющимся по делу доказательствам, т. е. оценка экспертного заключения в совокупности с другими доказательствами. Основная цель - убедиться в достаточности экспертных данных для установления причинно-следственной связи между врачебной ошибкой и неблагоприятными последствиями для пациента».

Таким образом, в настоящее время наиболее проблемным при организации и производстве СМЭ является обеспечение экспертов медицинскими документами, специалистами с медицинским образованием и оплата их услуг. Поскольку это отнимает у следователей длительное время, что порождает волокиту расследования уголовного дела и истечения срока давности

привлечения виновных лиц к уголовной ответственности. Одним из путей решения данной проблемы видется введение специализации следователей по расследованию уголовных дел о врачебных ошибках.

Предлагаемая мера позволит не только повысить уровень квалификации дознавателей и следователей по расследованию уголовных дел анализируемой категории, но и недопущение нарушений конституционных прав участников уголовного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью магистерского исследования является комплексное изучение вопросов организации и производства комиссионных СМЭ по уголовным делам о врачебных ошибках с учетом новых реалий.

Исследование направлено на разработку предложений и рекомендаций по совершенствованию законодательства судебно-экспертной деятельности, по принятию Генеральной прокуратурой и Министерством внутренних дел Республики Казахстан комплекса организационно-практических мер, направленных на недопущение уголовно-процессуального законодательства при организации судебных экспертиз.

В процессе исследования реализованы поставленные в исследовании задачи:

1. Проведен анализ зарубежного опыта по вопросам юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения.

В Республике Казахстан имеется достаточное законодательное регулирование правовых отношений между медицинскими организациями, их работниками и пациентами, законодательно гарантировано право на охрану здоровья и качество медицинской помощи.

Принимаемые государством дополнительные меры по совершенствованию системы здравоохранения, оснащению современным оборудованием учреждения здравоохранения, повышению уровня профессионализма медработников и специалистов здравоохранения, доступности населению обслуживания в клиниках позволили Казахстану повысить свой мировой рейтинг в области медицины. По версии рейтинга Bloomberg Республика Казахстан среди бывших постсоветских республик в рейтинговый список опережает Белоруссию, Россию и Азербайджан.

2. В Генеральной прокуратуре изучены уголовные дела по ст.317 УК РК за 2019-2021 годы, заключения комиссионных СМЭ, ходатайства органов судебной экспертизы и жалобы участников уголовного процесса. В результате определены характерные нарушения законности при организации и производстве комиссионных СМЭ, а также проблемные вопросы, требующие разрешения путем совершенствования законодательства.

По результатам работы в адрес прокуроров областей подготовлено и Службой уголовного преследования Генеральной прокуратуры направлено информационное письмо, в котором поручено:

- провести оперативные совещания с участием руководства Департаментов полиции и Институты судебных экспертиз, разобраться в причинах допущенных нарушений законности с принятием мер реагирования в отношении виновных сотрудников;

- принять меры по усилению надзора за началом досудебного расследования, пресекать факты незаконной регистрации дел без соответствующего акта проверки уполномоченного органа;

- обеспечить своевременное назначение комиссионных СМЭ с предоставлением экспертам узкопрофильных специалистов и необходимых документов.

- квалифицировать случаи гибели плода в организме матери из-за дефектов оказания медицинской помощи по ст.317 ч.2 УК.

3. Отдельные нормы Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы и Стандарта организации оказания патологоанатомической диагностики в Республике Казахстан нуждается в совершенствовании, в связи с чем, на основании результатов исследования предлагается следующая редакция:

Пункт 392 Правил.

При квалификации вреда здоровью в связи с дефектами оказания медицинской помощи необходимо устанавливать причинно-следственную

связь между допущенными дефектами и неблагоприятным исходом. Оценку вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи необходимо проводить *вне зависимости от наличия (отсутствия)* прямой причинной связи между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи.

Пункт 16 Стандарта.

ПАО возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности *руководителем местного органа государственного управления здравоохранением*, и непосредственно подчиняющийся руководителю организации здравоохранения и его заместителю по медицинской (лечебной) части.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Турдалиева Б.С., Байсугурова В.Ю. Оценка населением города Алматы Республики Казахстан медицинской помощи: поперечное исследование. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-naseleniem-goroda-almaty-respubliki-kazahstan-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-poperechnoe-issledovanie/viewer>
2. Kazinform. Насколько казахстанцы удовлетворены качеством оказания медицинских услуг. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://www.inform.kz/ru/naskol-ko-kazahstancy-udovletvoreny-kachestvom-okazaniya-medicinskih-uslug_a3593698
3. Портал органов правовой статистики и специальных учетов Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Режим доступа: <https://qamqor.gov.kz/>.
4. Бастрыкин создал в СК отделения по расследованию ятрогенных преступлений. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://vademec.ru/news/2018/11/29/bastrykin-sozdal-v-sk-otdeleniya-po-rassledovaniyu-yatrogennykh-prestupleniy-/>
5. Симонян Р.З. История медицины: с древнейших времен до современности. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://phsreda.com/e-publications/e-publication-143.pdf>.
6. Древние лекари – врачи или маги. [Электронный ресурс] - режим доступа: http://potustorony.ru/publ/tajnye_znaniya/drevnie_lekari_vrachi_ili_magi/5-1-0-204.
7. Султанов И.Я. Некоторые этические и правовые аспекты проблемы врачебных ошибок в свете истории медицины. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-eticheskie-i-pravovye-aspekty-problemy-vrachebnyh-oshibok-v-svete-istorii-meditsiny>
8. Законы Хаммурапи: тексты и пояснения к ним. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://ageiron.ru/byit-proshlogo/prestupleniya-i-nakazaniya/zakonyi-hammurapi-teksty-i-poyasneniya-k-nim>.

9. Сорокина Т.С. История медицины. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://academia-media.kz/ftp_share/_books/fragments/fragment_17389.pdf.
10. «Медицина в древнем Риме». Мурзим. [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://murzim.ru>
11. Сисакьян А.К. К истории юридической ответственности врачей. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-istorii-yuridicheskoy-otvetstvennosti-vrachey/viewer>
12. Сарсембаев М.А. Казахское ханство как суверенное государство средневековой эпохи. [Электронный ресурс] - режим доступа: kazahskoe_hanstvo.pdf (zqai.kz)
13. Уголовный Кодекс Казахской ССР от 22 июля 1959 года, с изменениями и дополнениями на 1 марта 1997 года. Учебное издание-Алматы,1997- С.120.
14. Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 года //ИПС Әділет - режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
15. Борчашвили И.Ш. Комментарий к Уголовному Кодексу Республики Казахстан (Особенная часть). [Электронный ресурс] - режим доступа: https://zakon.uchet.kz/rus/docs/T9700167_1_.
16. Уголовный Кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года//ИПС Әділет - режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
17. Понкина А.А. Право на безопасную медицинскую помощь: конституционно-правовое исследование. Автореферат, к.ю.н. Понкина А.А. - Москва , 2013.
18. Всеобщая декларация прав человека: Декларация Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года//ИПС Әділет - режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/O4800000001>.
19. Закон Республики Казахстан от 1 октября 2015 года № 353-V ЗРК « О ратификации Соглашения между Правительством Республики Казахстан и Всемирной организацией здравоохранения об открытии Географически удаленного офиса Всемирной организации здравоохранения по

первичной медико-санитарной помощи в городе Алматы, Республика Казахстан. //ИПС Эділет - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000353>.

20. 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.

21. 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.

22. Толеубаев М. Отношение к врачебным ошибкам в Казахстане и мире. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-vrachebnym-oshibkam-v-kazahstane-i-mire/fviewer>.

23. Щиголева Е.В. Публикация врачебных ошибок как воспитательный метод Н.И. Пирогова и ценнейший опыт для его последователей. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/publikatsiya-vrachebnyh-oshibok-kak-vozpitateyny-metod-n-i-pirogova-i-tsenneyshiy-opyt-dlya-ego-posledovateley/viewer>.

24. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>.

25. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы, утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года №982. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>.

26. Закон Республики Казахстана от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании». [Электронный ресурс] - режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32908862#pos=3;-106.

27. Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года №672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2000000672>.
28. Первый год реализации медицинского страхования: итоги и задачи на 2021 год. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.primeminister.kz/ru/news/reviews/pervyy-god-realizacii-medicinskogo-strahovaniya-itogi-i-zadachi-na-2021-god-2005747>.
29. Концепция проекта Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам гарантирования профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан». [Электронный ресурс] - режим доступа: [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A6%D0%95%D0%9F%D0%A6%D0%98%D0%AF+%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%D0%90+%D0%97%D0%90%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A6%D0%95%D0%9F%D0%A6%D0%98%D0%AF+%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%D0%90+%D0%97%D0%90%20(1).pdf).
30. Кодекс Республики Казахстан от 5 июля 2014 года «Об административных правонарушениях». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K140000235>.
31. Гражданский Кодекс Республики Казахстан от 27 декабря 1994 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K940001000_
32. Рейтинг стран по уровню медицины. [Электронный ресурс] - режим доступа - <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index>
33. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения. Bloomberg – [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health>.
34. Цыганова О.А., Светличная Т.Г. Формирование защиты прав пациентов в зарубежных странах // Журнал экология человека, 2013-3, стр.39.

35. Уголовный кодекс Германии. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://constitutions.ru/?p=5854>.
36. Раков А.А. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников в России и некоторых зарубежных странах. [Электронный ресурс] - режим доступа: <Users/Admin/Downloads/problemu-ugolovnoyotvetstvennosti->
37. Отношение к врачебной ошибке в зарубежных странах. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://studbooks.net/1092922/pravo/otnoshenie_vrachebnoy_oshibke.
38. Японские врачи сами разрабатывают стандарты деятельности. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=5498>
39. Уголовный Кодекс Кыргызской Республики от 28 октября 2021 года №127. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36675065&pos=82;-48#pos=82;-48
40. Уголовный Кодекс Республики Армения от 29 апреля 2003 года №ЗР-528. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=7472
41. Уголовный кодекс Туркменистана от 12 июня 1997 года № 222-I. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31295286
42. Уголовный кодекс Украины от 5 апреля 2001 года № 2341-III. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30418109
43. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ. [Электронный ресурс] - режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/
44. Интернет статья «В каких случаях планируют смягчить наказание за врачебную ошибку». [Электронный ресурс] - режим доступа:

<https://strategy2050.kz/ru/news/v-kakikh-sluchayakh-planiruyut-smyagchit-nakazanie-za-vrachebnuyu-oshibku-rasskazali-v-minzdrave/>

45. О.А. Цыганов, Т.Г. Светличная. Формирование систем защиты прав пациентов в зарубежных странах. [Электронный ресурс] - режим доступа: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/formirovanie-sistem-zaschity-prav-patsientov-v-zarubezhnyh-stranah.pdf>

46. Симон Сандье, Валери Пари, Доминик Полтон. Системы здравоохранения: время перемен. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80701/E83126R.pdf

47. Декларация о правах пациентов. Принята на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве. [Электронный ресурс] - режим доступа - <https://mntkcheb.ru/patsientam/prava-patsientov/deklaratsiya-o-pravakh-patsientov/>

48. Как защищают от врачебной ошибки в Беларуси и в Литве [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://belaruspartisan.by/m/life/149318/>.

49. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение. [Электронный ресурс] - режим доступа - <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure>

50. Концепция проекта закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения. [Электронный ресурс] - режим доступа - <https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=8217135>

51. Уголовно-процессуальный Кодекс Республики Казахстан от 4 июля 2014 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000231>

52. Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 марта 2017 года №306 «Об утверждении Перечня видов судебных экспертиз, проводимых органами судебной экспертизы, и экспертных специальностей, квалификация по которым присваивается Министерством юстиции Республики Казахстан. ИПС Әділет - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700014992>

53. Закон Республики Казахстан от 10 февраля 2017 года № 44-VI ЗРК «О судебно-экспертной деятельности». ИПС Әділет - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1700000044>
54. Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года №484 «Об утверждении Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы». ИПС Әділет - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015180>
55. Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 марта 2017 года № 303 «Об утверждении Правил определения категорий сложности судебных экспертиз, порядка исчисления сроков производства судебных экспертиз в зависимости от категории их сложности, а также оснований и порядка приостановления и продления срока производства судебных экспертиз». ИПС Әділет - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700014961>
56. Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 30 марта 2017 года №330 «Об утверждении Правил разработки, апробирования и внедрения методик судебно-экспертных исследований». ИПС Әділет - режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700014988>
57. Марина Скрипник. Мировой опыт судебно-экспертной деятельности. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://ua-expert.com/news/svitoviy-dosvid-u-sudovo-ekspertniy-diyalnosti/>
58. Развитие судебной медицины в США. [Электронный ресурс] - режим доступа: https://studme.org/73094/meditsina/razvitie_sudebnoy_meditsiny
- Безопасность в Португалии, кто и как это гарантирует. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://withportugal.com/immigration/policiais>
59. Ш.Н. Хазиев. Судебная экспертиза и судебные экспертные учреждения в странах арабского мира. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://docplayer.com/62395237-Sudebnaya-ekspertiza-i-sudebno-ekspertnye-uchrezhdeniya-v-stranah-arabskogo-mira.html>

60. Закон Республики Молдова от 14 апреля 2016 года №68 «О судебной экспертизе и статусе судебного эксперта». [Электронный ресурс] - режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=86142#A000000096
61. Закон Республики Беларусь от 18 декабря 2019 года №281-3 «О судебно-экспертной деятельности». [Электронный ресурс] - режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=121384
62. Закон Республики Узбекистан от 01.06.2010 г. №ЗРУ-349 «О судебной экспертизу» (утратило силу). [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://lex.uz/docs/1633100>
63. Интернет статья «Второй пакет законодательных мер судебно-правовой реформы в Азербайджане: цели и задачи». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://1news.az/news/20191220104636887-Vtoroi-paket-zakonodatelnykh-aktov-sudebno-pravovoi-reformy-v-Azerbaidzhane-tseli-i-zadachi>
64. Федеральный Закон Российской Федерации «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901788626>
65. Интервью исполняющего обязанности директора СЭЦ СК России Михаила Ингашкина информационному агентству «РИА Новости». [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://sledcom.ru/press/interview/item/1532317/>
66. Материалы Международной научно-практической конференции на тему «Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками». Москва, 15 февраля 2018 года:
67. Круглый стол на тему «Совершенствование законодательства в сфере судебно-экспертной деятельности». [Электронный ресурс] - режим доступа: URL: <https://www.parlam.kz/ru/blogs/koloda/Details/14/77076>
68. «О поэтапном переходе отдельных видов судебных экспертиз в конкурентную среду путем аутсорсинга», утвержденный совместным приказом Генерального Прокурора Республики Казахстан от 24 апреля 2020 года №57,

- Министра внутренних дел Республики Казахстан от 14 апреля 2020 года №319, Министра юстиции Республики Казахстан от 9 апреля 2020 года №3.
69. Информационный бюллетень Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Нур-Султан, 2020 год. С.134
70. Интернет статья «К 2022 году все медучреждения РК перейдут на безбумажный документооборот». [Электронный ресурс] - режим доступа: https://baigenews.kz/special/poslanie_prezidenta_2018/k_2022_godu_vse_meduchrezhdeniya_rk_pereidut_na_bezbumazhnii_dokumentoorot/
71. Иванова Я.И. Методика расследования ятрогенных преступлений, совершаемых в сфере родовспоможения. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.dissercat.com/content/metodika-rassledovaniya-yatrogennykh-prestuplenii-sovershaemykh-v-sfere-rodovspomozheniya>
72. Казахстанская правда. Коррупция в экспертной деятельности усложняет ситуацию с системой судебной экспертизы в РК – Бекетаев. Нур-Султан, 15.01.2018. <https://www.kazpravda.kz/news/obshchestvo/problema-sistemi-sudmedekspertizi--korruptsiya--beketaev>
73. Крыгин В. Сотрудники судебно-медицинской экспертизы подделывают документы. [Электронный ресурс] - режим доступа: online.zakon.kz/Document/?doc_id=31340002&pos=3;-70#pos=3;-70
74. Уголовно-процессуальный Кодекс Федеративной Республики Германия. Параграф 79 «Присяга эксперта». <https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/6039/file/sdrs02.pdf>
75. Алдабергенов А.Т. Этико-правовая ответственность педагогов организаций образования МВД Республики Казахстан за подготовку, повышение квалификации и переподготовку кадров для всех категорий должностей службы в органах внутренних дел. Алматы. 2019. С72.
76. «Стандарта организации оказания патологоанатомической диагностики в Республике Казахстан», утвержденный приказом Министра здравоохранения

Республики Казахстан от 14 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-259/2020.
<https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021790>

77. Пристанский В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 2007. С.49-54.

78. Сейтенов К.К., Бычкова С.Ф. Правовые, организационные и научно-методические основы судебной экспертизы. Учебник. Нур-Султан, 2020. С.168.