

ЭКОНОМИКА И ПРАВО КАЗАХСТАНА

Журнал издается с 1 января 1995 года
Периодичность – 1 раз в 2 месяца

СОБСТВЕННИК И ИЗДАТЕЛЬ -

Центр деловой книги «Глобус»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР -

А.П. Скворцов

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры,
информации и общественного согласия
Республики Казахстан.
Регистрационное свидетельство
№ 238 – Ж от 21 мая 1998 года.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

К.С. МАУЛЕНОВ — профессор Международного университета информационных технологий, лауреат премии имени Ч. Валиханова в области науки, доктор юридических наук.

В.М. ШУМИЛОВ — заведующий кафедрой международного права Всероссийской академии внешней торговли, доктор юридических наук, профессор, Заслуженный юрист Российской Федерации.

Ю.А. ЗЮБАНОВ — доцент, член-корреспондент РАЕН, кандидат юридических наук.

В.В. РОССИХИН — доктор юридических наук, профессор, академик Европейской академии естествознания, Глава ВГО «Права Народов», проректор Харьковского национального университета радиоэлектроники.

З.К. АЮПОВА — профессор кафедры международного права, факультета международных отношений КазНУ им. аль-Фараби, доктор юридических наук

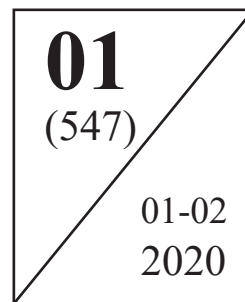
А.Н. САХАНОВА — проректор по стратегическому развитию Казахского Университета Международных Отношений и Мировых Языков им. Аблай хана, профессор, доктор экономических наук.

Ж.А. АУБАКИРОВА — профессор кафедры «Экономика» КазНУ им. аль-Фараби, доктор экономических наук.

И.П. КОРЯКИН — профессор кафедры уголовного процесса Карагандинской академии МВД РК

Г.Ж. СУЛЕЙМАНОВА — заместитель начальника Актобинском юридического института МВД РК им. М. Букенбаева по научной работе, кандидат юридических наук

С.Н. БАЧУРИН — профессор кафедры юриспруденции Казахско-Русского Международного университета г. Актобе



В номере

АВТОРСКИЕ СТАТЬИ

**Л. И. МУРЗИНА,
Е. А. ФЕДОСЕЕВА**

Проблемы законодательного закрепления отдельных принципов производства по делам об административных правонарушениях 2

**О. А. КУПРЯШИНА,
Е. Б. КАЗАКОВА**

Защита деловой репутации юридического лица 5

**М. Е. КУРНОСОВ,
Е. Б. КАЗАКОВА**

Правовые вопросы имущественного страхования в условиях современного правового регулирования 7

А. К. АХАШЕВА

Принятие наследства 9

ЛИСТАЕМ СТРАНИЦЫ КНИГ

**МАУЛЕНОВ К.С.,
МАУЛЕНОВА Б.Н.**

Медицинское право Республики Казахстан 11



Л. И. МУРЗИНА

кандидат юридических наук, доцент,
доцент кафедры «Правоохранительная деятельность»
Пензенский государственный университет, г. Пенза,
Российская Федерация

Е. А. ФЕДОСЕЕВА

Студент гр. 17ЮПЗ
Пензенский государственный университет, г. Пенза
Российская Федерация

Проблемы законодательного закрепления отдельных принципов производства по делам об административных правонарушениях

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные принципы административного права, способы и формы закрепления принципов. Так же анализируются различные мнения авторов, которые описывают принципы с точки зрения теории административного процессуального права. Рассматриваются основные проблемы закрепления законодательством различных принципов. Для решения проблем предлагается усовершенствование, внесение поправок и дополнений в действующий КоАП.

Ключевые слова: административное право, административный процесс, законодательство, принципы, нормы права, кодекс.

Annotation. This article discusses the basic principles of administrative law, methods and forms of fixing the principles. Different opinions of the authors who describe the principles from the point of view of the theory of administrative procedural law are also analyzed. The main problems of consolidation of various principles by the legislation are considered. To solve the problems, it is proposed to improve, amend and Supplement the current administrative Code.

Key words: administrative law, administrative process, legislation, principles, norms of law, code.

В теории административного права важное место уделяется принципам производства по делам об административных правонарушениях. Как самостоятельный элемент правового регулирования принципы представляют собой основу возникновения, развития и функционирования права. Принципы производства по делам об административных правонарушениях весьма схожи с принципами других отраслей права, но закрепляются в КоАП РФ бессистемно и не полно, что вызывает интерес к их изучению. С точки зрения практики внимание привлекают формы и особенности реализации принципов производства по делам об административном правонарушении.

В законодательстве, регулирующем порядок осуществления производства по делам об административных правонарушениях нет единого перечня принципов. Основные принципы административного права закреплены в Кодексе об административных правонарушениях: принцип равенства перед законом (ст.1.4 КоАП РФ); принцип презумпции невиновности (ст.1.5 КоАП РФ); принцип законности (ст.1.6 КоАП РФ). Отдельно в разделе IV КоАП РФ законодатель закрепил и два принципа производства по делам об административных правонарушениях: принцип языка производства (ст.24.2 КоАП РФ); принцип открытости рас-

смотрения дела об административном правонарушении (ст.24.3 КоАП РФ) [4].

Так как производство по делам об административных правонарушениях регулируется нормами процессуального, а не материального права, в теории административного процесса высказываются различные точки зрения по выделению и закреплению принципов. Так, Лещина Э.Л. и Магденко А.Д. полагают, что производство по делам об административных правонарушениях базируется на следующих принципах: законности, объективности, презумпции невиновности, равенства перед законом, гласности производства, оперативности в решении индивидуальных административных дел, государственного языка [6, с.6]

Можно так же отметить, что в своих публикациях авторы кроме перечисленных выделяют и дополняют перечень принципов. Например, Ю.М. Козлов наряду с принципом «гласности» выделяет принцип «доступности» административного процесса. В свою очередь И.В. Панов дополняет перечень вышеперечисленных принципов «принципом двух ступенчатости административного процесса»

В своей работе доктор юридических наук профессор В.И. Майоров выделяет и раскрывает принципы административного процесса, говоря о системе процессуальных принципов, которые определяют основы административно процессуальной деятельности, а именно: Принцип законности; принцип объективной истины; принцип гласности; принцип национального языка; принцип процессуального равенства; принцип оперативности и экономичности; принцип ответственности компетентных органов [7, с.18-19].

Принципы закрепляются в значительном количестве нормативно-правовых актов, как правило законодательного уровня. К примеру, КАС РФ, закрепляет, некоторые принципы, которые прописаны в КоАП:

- равенство всех перед законом;
- независимость судей;
- законность и справедливость судебных решений;
- принцип гласности и открытости;

В КАС по большому счету содержатся общие принципы и устанавливается порядок рассмотрения и разрешения дел [3], возникших из административных и иных публичных правоотношений, а в КоАП закреплены отдельные составы административного правонарушения и определен порядок производства по делам об административ-

ном происшествии, тем самым в КоАП прописано и установлено больше принципов, чем в КАС.

Если посмотреть на процессуальные нормы, закрепленные в УПК РФ, КАС РФ можно выделить отдельные принципы, которые непосредственно относятся и к производству по делам об административных правонарушениях, но не выделяются ни законодателем, ни учеными-процессуалистами.

Так, например, в ст.16 УПК [2] и в ст.85 КАС [3], говорится о принципах обеспечения права на защиту, который гарантирует права на получение квалифицирующей юридической помощи, в случаях, предусмотренных законом, так же данный принцип относится к производству по делам об административном правонарушении, но не прописан.

В пример так же можно привести принцип свободной оценки доказательств, данный принцип прописан в ст.17 УПК [2] и в ст.84 КАС [3], где четко прописано определение, а именно что оценка доказательств должна быть в совокупности и руководствоваться внутреннему убеждению, при этом законом и совестью. Принцип имеет непосредственное отношение к КоАП, где должен регламентироваться для усовершенствования законодательства.

Можно отметить что, в основе правового регулирования принципов производства по делам об административных правонарушениях лежит единая система правовых средств, при помощи которой обеспечивается результативное правовое воздействие на общественные отношения в целом. Существуют основные звенья, которые помогают регулировать принципы:

- 1) юридические нормы;
- 2) правовые отношения, субъективные права и юридические обязанности;
- 3) акты реализации прав и обязанностей [9, с.147]

Значение принципов определяется функциями, которые они выполняют в правовом регулировании:

- Возможность заполнения пробелов в праве;
- Установление общих требований к правотворчеству;
- установление общих требований к порядку производства по делам об административных правонарушениях;
- защита прав, свобод и законных интересов участников производства по делам об административных правонарушениях;

- формирование правовой культуры [10, с.148];

Как отмечалось ранее, на каждой стадии производства по делам об административном правонарушении, в основе лежит тот или иной принцип.

Например, в стадии рассмотрения дела по существу лежит в основе принцип презумпции невиновности; на стадии возбуждения дела лежит в связи с доказыванием принцип всестороннего, полного, объективного и своевременного установления обстоятельств дела; на этапе подготовки к рассмотрению дела действует принцип определения языка производства и принцип открытого рассмотрения дела. Как показывает практика, принципы играют важное значение не только на стадиях, но и в производстве дела [5].

Так же для более детального рассмотрения принципов КоАП РФ и их применении на практике, можно сослаться на научное исследование, которое было проведено в научной работе А.С. Никитиным. Им было исследовано сто постановлений по делам об административных правонарушениях высших судебных инстанций (Конституционный Суд РФ; судов общей юрисдикции и арбитражных судов разных уровней), где принимались решения с учетом различных принципов права. Цель анализа заключалась в том, чтобы ответить на вопрос: насколько востребованы принципы КоАП РФ в судебной практике по делам об административных правонарушениях?

Причем анализу подвергались вышеуказанные документы из самых разных регионов РФ, о чем свидетельствуют материалы конкретных дел об административных правонарушениях. Выборка дел была произвольной, но касалась самого широкого спектра видов административных правонарушений.

В процессе анализа было установлено, что принцип презумпции невиновности был приме-

нен в 9% постановлений по делам об административных правонарушениях, принцип законности – в 2%, а принцип равенства – в 10%. Причем последний принцип умышленно искажен, потому что в восьми из десяти постановлений говорилось не о принципе «равенства перед законом», который закреплен в ст. 1.4 КоАП РФ. В них было сказано о принципе «равноправия сторон», предусмотренном в ст. 8 АПК РФ. Хотя в данном Кодексе имеется и ст. 7, где закреплено «равенство всех перед законом и судом», но ею судьи не хотят почему-то пользоваться. Поэтому говорить об использовании принципа равенства в указанных постановлениях можно очень условно. Оставшиеся два постановления были приняты Конституционным Судом РФ, в которых сделаны ссылки на ст. 19 Конституции РФ и на «общие принципы права».

Следовательно, принцип «равенства перед законом», предусмотренный ст. 1.4 КоАП РФ, как показала выборка, недостаточно востребован в административной практике судебных инстанций РФ. Данный результат печален для нашей юриспруденции и о многом говорит [8].

Принципы административного права носят субъективный характер, они формулируются законодателем, исходя из правового опыта и базируются на положениях правовой системы. Детальное закрепление принципов будет обеспечивать более полное соблюдение норм законодательством при производстве по делам об административном правонарушении [11, с.585].

Изучение принципов административного права дает нам ответ на многие вопросы, которые представляют особенности различных институтов административного права. Основное значение принципов административного права заключается в том, что в них определяется практическая организация и исполнение административной ответственности законодательством.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) // Собрании законодательства РФ. – 04.08.2014- N 31- ст. 4398.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 04.11.2019) // Собрание законодательства РФ. – 24.12.2001- N 52 (ч. I). – ст. 4921.
3. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 N 21-ФЗ (ред. от 26.07.2019) // Собрание законодательства РФ. – 09.03.2015- N 10. – ст. 1391.

4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 07.01.2002. – N 1 (ч. 1). – ст. 1.
5. Гусев А.Н. Комментарий к Кодексу об административных правонарушениях // Специально для системы ГАРАНТ. – 2010.
6. Лецина Э.Л., Магденко А.Д. Курс лекций: Административное процессуальное право // Учебники и учебные пособия для вузов. – 2015. – С. 6-7.
7. Майоров В.И. Курс лекций по административному процессуальному процессу // Учебник и учебное пособие для вузов. – 2012. – С. 18-19.
8. Никитин А.С. К вопросу о внешних обстоятельствах административного правонарушения // Административное право. – 2017. – №7. – С.26-30.
9. Хорев А.А. Принципы как элемент механизма правового регулирования производства по делам об административном правонарушении // Вестник Московского университета МВД России. – 2018. – №4. – С.147-148.
10. Хорев А.А. Принципы производства по делам об административном правонарушении постановка проблемы // Вестник Московского университета МВД России. – 2016. – №8. – С.142-144.
11. Чжао Л., Ван Х. общеправовые принципы Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях. // Молодой ученый. – 2016. – №20. – С. 583-586.

УДК 347.19

О. А. КУПРЯШИНА
магистрант кафедры частного и публичного права
Пензенский государственный университет
(Россия, г. Пенза)

Е. Б. КАЗАКОВА
к.ю.н., доцент кафедры частного и публичного права
Пензенский государственный университет
(Россия, г. Пенза)

Защита деловой репутации юридического лица

***Аннотация.** В статье показан механизм формирования деловой репутации, исследованы возможные способы нарушения деловой репутации и рассмотрены конкретные способы защиты.*

***Ключевые слова:** юридическое лицо, деловая репутация, защита деловой репутации.*

***Annotation.** The article shows the mechanism of forming business reputation, explores possible ways of violating business reputation and considers specific ways of protection.*

***Keywords:** legal entity, business reputation, protection of business reputation.*

В настоящее время ученые-цивилисты считают, что деловую репутацию необходимо рассматривать как многоаспектное и сложное явление. По мнению А.П. Сухенко деловая репутация может одновременно являться элементом правоспособности, социальным благом и предпринимательским интересом, охраняемыми законом, и субъективным правом [2, с.15].

Деловая репутация формируется посредством осуществления юридическим лицом деятельности.

В связи с этим следует отметить, что «хорошая» деловая репутация может формироваться в течение длительного времени, при этом она может быть потеряна в миг вследствие принятия неверных решений либо распространения сведений, порочащих деловую репутацию и восстановить свое доброе имя может быть крайне затруднительным.

Итак, определив отличительные черты деловой репутации юридического лица и выявив ее

сущность, можно перейти к рассмотрению механизма ее формирования и способам защиты.

В российском гражданском законодательстве и отечественной цивилистике точного ответа на этот вопрос нет.

Деловая репутация юридического лица представляет собой оценку лица, основанную на его качествах и результатах деятельности.

Что касается процедуры формирования деловой репутации, то на нее влияют самые разнообразные факторы: профессиональные качества сотрудников, добросовестность исполнения своих обязательств, качество товаров, работ и услуг, производимых юридическим лицом. При этом необходимо отметить, что наработать деловую репутацию можно годами, а потерять ее вследствие недобросовестности контрагентов, распространения порочащих сведений конкурентами и просто ненадлежащего исполнения принятых на себя обязательств. Деловая репутация – это очень «хрупкое» явление. Иногда даже применение мер ответственности к нарушителям не в силах исправить ситуацию.

Основными мерами гражданско-правовой ответственности при нарушении деловой репутации юридического лица являются возмещение убытков и компенсация морального вреда. Оба способа защиты имеют своей целью компенсацию имущественных потерь в результате причинения вреда деловой репутации. Однако справедливости ради следует отметить, что как правило денежная

компенсация не позволяет восстановить нарушенную деловую репутацию в полной мере, негативный осадок все равно остается.

Особым способом защиты права на деловую репутацию выступает опровержение. Данный способ является достаточно эффективным, поскольку позволяет уменьшить вред, причиненный деловой репутации путем восстановления положительной оценки деловых качеств юридического лица в глазах общественности, существовавшей до правонарушения.

Процесс восстановления права юридического лица на деловую репутацию является длительным и затратным. Наиболее полное восстановление нарушенного права юридического лица на деловую репутацию достигается за счет сочетания мер гражданско-правовой ответственности.

На основе вышесказанного, можно сделать вывод, что безусловно основным способом восстановления нарушенного права на деловую репутацию юридического лица является справедливая, разумная и обоснованная денежная компенсация причиненного вреда.

При определении размера гражданско-правовой ответственности за нарушение права юридического лица на деловую репутацию следует учитывать и принимать во внимание возможность уменьшения этой ответственности с учетом фактических обстоятельств правонарушения и требований справедливости, разумности и добросовестности.

Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51 – ФЗ (ред. от 19.07.2018) // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, № 32, ст. 3301; Российская газета, № 238 – 239, 08.12.1994.
2. Никуличева Н. Ю. Право юридических лиц на деловую репутацию и ее гражданско-правовая защита: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Новосибирск, 2004.

М. Е. КУРНОСОВ

магистрант кафедры частного и публичного права
Пензенский государственный университет
(Россия, г. Пенза)

Е. Б. КАЗАКОВА

к.ю.н., доцент кафедры частного и публичного права
Пензенский государственный университет
(Россия, г. Пенза)

Правовые вопросы имущественного страхования в условиях современного правового регулирования

***Аннотация.** В статье рассмотрены особенности имущественного страхования, уделено внимание договору имущественного страхования и показаны его разновидности.*

***Ключевые слова:** страхование, имущественное страхование, договор страхования, страхование имущества, страхование гражданской ответственности, страхование предпринимательского риска.*

***Annotation.** The article considers the features of property insurance, pays attention to the property insurance contract and shows its varieties.*

***Keywords:** insurance, property insurance, insurance contract, property insurance, liability insurance, business risk insurance.*

Граждане и организации, обладая личными и/или имущественными благами (жизнь, здоровье, трудоспособность, жилье, автомобиль, бизнес и т.п.), при определенных условиях несут риск гибели или повреждения этих благ. При этом некоторые из них невосстановимы (например, жизнь), другие трудно восстановимы (такие как здоровье и трудоспособность), а третьи могут быть восстановлены (имущество). Но в любом случае возникают имущественно-неблагоприятные последствия, которые если и нельзя предотвратить, то по крайней мере можно немного сгладить или уменьшить путем выплаты некоторой денежной компенсации.

Обязательства по страхованию представляют собой самостоятельный вид гражданско-правовых обязательств, оформляющих отношения по оказанию финансовых услуг.

Различают две большие группы обязательств по страхованию – личное и имущественное. В данной статье остановимся подробно на рассмотрении особенностей такого вида страхования как имущественное. Согласно ст.929 ГК РФ по договору имущественного

страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить другой стороне (страхователю) или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), причиненные вследствие этого события убытки в застрахованном имуществе либо убытки в связи с иными имущественными интересами страхователя (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором суммы (страховой суммы) [2].

Имущественное страхование в экономическом аспекте включает в себя организацию особого фонда страхования, предназначенного для возмещения ущерба его участникам, который появился в результате наступления неблагоприятного события. Страхователями могут выступать не только собственники имущества, но и иные юридические, физические лица, которые несут ответственность за его безопасность [3, с.141].

Имущественное страхование дает возможность гражданам и юридическим лицам действовать

более уверенно, что способствует развитию производства и здоровой конкуренции.

Договор имущественного страхования – одно из важнейших договорных обязательств по оказанию услуг. Именно он призван минимизировать потери от неудачной предпринимательской деятельности либо некоторым образом восстановить имущественную сферу потерпевшего в результате гибели или повреждения имущества.

Каждая страховая компания предлагает свои условия заключения договора страхования. Заключая договор необходимо внимательно изучить предмет договора, который для любого гражданско-правового договора является существенным условием. Предмет должен быть определен четко и конкретно, также должны быть указаны неблагоприятные события, на случай наступления которых заключается договор и при наступлении которых страховщик будет обязан произвести страховую выплату.

Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет недействительность договора.

Согласно действующего гражданского законодательства по договору имущественного страхования могут быть, в частности, застрахованы следующие имущественные интересы:

1) риск утраты (гибели), недостачи или повреждения определенного имущества (страхование имущества);

2) риск ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда

жизни, здоровью или имуществу других лиц, а в случаях, предусмотренных законом, также ответственности по договорам – риск гражданской ответственности (страхование гражданской ответственности);

3) риск убытков от предпринимательской деятельности из-за нарушения своих обязательств контрагентами предпринимателя или изменения условий этой деятельности по не зависящим от предпринимателя обстоятельствам, в том числе риск неполучения ожидаемых доходов – предпринимательский риск (страхование предпринимательских рисков).

Таким образом, все три разновидности договора предполагают выплату страхового возмещения при наступлении соответствующего страхового случая, т.е. компенсацию имущественных потерь вследствие неблагоприятного развития событий.

Существующая в России система страхования призвана способствовать соблюдению основополагающего принципа гражданского права – восстановление нарушенных прав. Именно соблюдение данного принципа позволяет участникам гражданского оборота чувствовать себя уверенно и защищенно. Договор страхования и вытекающие из него обязательства, носящие рисковый характер, тем не менее позволяют говорить о действенном правовом регулировании имущественных отношений в данной сфере. Это подтверждается многообразием видов договора страхования и достаточно полным правовым регулированием каждого из них.

Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51 – ФЗ (ред. от 19.07.2018) // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, № 32, ст. 3301; Российская газета, № 238 – 239, 08.12.1994.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 29.07.2018) // Собрание законодательства РФ, 29.01.1996, № 5, ст. 410; Российская газета, № 23, 06.02.1996, № 24, 07.02.1996, № 25, 08.02.1996, № 27, 10.02.1996.
3. Быкова Н.Н. Сущность страхования и механизм реализации имущественного страхования на современном этапе // Вестник НГИЭИ. 2016.

А. К. АХАШЕВА**кандидат юридических наук, ст. преподаватель,
Карагандинский экономический университет Казпотребсоюза**

Принятие наследства

Принятие наследства возникает в том случае, когда появляется юридический факт, создающий наследственное правоотношение. Правовая природа права на принятие наследства неоднозначна, в понимании правовой сущности среди ученых отсутствует единство. Его понимают, во-первых, как субъективное гражданское право, во-вторых, как правомочие субъективного гражданского права, в-третьих, как фактический акт (сделку).

ГК РК не дает определения принятия наследства, устанавливая в ст. 1072 лишь его общие правила (принципы):

1. Принятие наследником части наследства означает принятие всего причитающегося ему наследства. При призвании наследника к наследованию одновременно по нескольким основаниям наследник может принять наследство, причитающееся ему по одному из этих оснований, по нескольким из них или по всем основаниям. Не допускается принятие наследства под условием или с оговорками. (п.2)

2. Принятие наследства одним или несколькими наследниками не означает принятия наследства остальными наследниками. (п.3)

3. Принятое наследство признается принадлежащим наследнику со дня открытия наследства независимо от времени его фактического принятия, а также независимо от момента государственной регистрации права наследника на наследственное имущество, когда такое право подлежит государственной регистрации. (п.4)

Принятие наследства возможно двумя способами: путем подачи наследником соответствующего заявления и путем фактического принятия наследства. По мнению В.И. Серебровского, «принятие наследства есть завершающая стадия наследования. С момента принятия наследства призванный к наследованию наследник вступает в имущественные отношения наследодателя, делается субъектом перешедших к нему имущественных прав, несет ответственность по долгам, обременяющим наследство». [1] Так, Ю.К. Толстой считает, что право на принятие наследства представляет собой *Gestaltungsrecht* (конститутивное право, право выбора действия) и является

схожим по своей природе с правоспособностью.

[2] Н.Ю. Рассказова в своих научных работах рассматривала институт принятия наследства и отмечала, что данное право является абсолютным, однако обеспечивает не обладание имуществом, а возможность приобрести право на имущество.

[3] Родионова О.М., по поводу правовой природы этого понятия, отмечает, что принятие наследства это не особое право, а односторонняя сделка наследника, в которой он выражает согласие на то, чтобы стать субъектом тех отношений, участником которых являлся наследодатель. [4] По вопросу содержания принятия наследства А.В. Бегичев полагает, что акт принятия наследства - это право, а не обязанность наследника, для реализации которого необходимо волеизъявление лица, призванного к наследованию [5] Пишет А.Е. Казанцева: «Принятие наследства – один из элементов права наследования, его реализация по своей правовой природе является односторонней сделкой, которую могут совершать только сделкоспособные наследники, т.е. граждане, обладающие полной дееспособностью». [6]

В.И. Серебровский отмечал, что право на принятие наследства – это субъективное гражданское право. Субъективное право – это предусмотренная юридической нормой мера возможного поведения участника правоотношения. [7]

Подводя итоги анализу юридической природы принятия наследства, можно констатировать, что это односторонняя сделка, которая порождает права и обязанности у наследника (наследников).

Принятие наследства - право, а не проявление гражданской правосубъектности. Доказательством этому служит то, что по наследству передается право принять другое наследство (наследственная трансмиссия). Право на принятие наследства можно определить как субъективное право лица, призванного к наследованию. Право наследника принять наследство или отказаться от наследства есть субъективное гражданское право наследника. Акт принятия наследства носит универсальный характер. В результате реализации данного права лицо приобретает права и обязанности наследодателя. Наследник, принявший

наследство считается собственником этого имущества со дня смерти наследодателя, а не со дня государственной регистрации данного имущества. Принятие наследственной массы возможно только в полном объеме. Принятие наследником части имущества, означает, что наследник принял всё имущество (принцип универсального правопреемства).

При наличии нескольких оснований призвания к наследованию у наследников есть альтернативы выбора, т.е. законодатель не ограничивает наследников в их правах, они могут выбрать одно основание наследования или несколько оснований. Принятие наследства носит исключительно личный характер, что, с одной стороны, означает, что принятие наследства одним или несколькими наследниками не означает принятия наследства остальными наследниками (1072-3 ГК РК), с другой стороны, позволяет принять наследство через представителя (п. 1 ст. 1072 ГК РК). Принятие наследства допустимо через представителя, если данное полномочие оговорено в доверенности.

Несовершеннолетние, малолетние и признанные недееспособными лица вступают в права наследования с согласия или через законных представителей. В соответствии со ст. 1044 и 1072

ГК РК только наследник, призванный к наследованию, может принять наследство. Правом на принятие наследства обладают дееспособные физические и правоспособные юридические лица, а также РК или какое-либо коммунальное образование. При этом наследник может быть любой, закон не накладывает никаких ограничений: от физического лица до публично – правового образования.

Типы принятия наследства (с полной ответственностью по долгам; с ограниченной ответственностью по долгам) казахстанскому праву неизвестны.

Закон устанавливает шестимесячный срок на принятие наследства, который исчисляется с момента открытия наследства или с момента вступления в силу решения суда об объявлении наследодателя умершим. Положениями ст. 1072-1 ГК, законодатель определил формальные и фактические способы принятия наследства. Под формальными способами следует понимать заявления наследника, поданные нотариусу или должностному лицу. К фактическим способам следует относить действия наследника, направленные на физическое принятие наследуемого имущества.

Список литературы

1. *Серебровский В.И.* Избранные труды. М., 1997. С.324
2. Гражданское право: Учебник. В 3 ч. / Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. Ч. 3. С. 524.
3. *Рассказова Н.Ю.* Право на принятие наследства [Электронный ресурс] // Доступ из справ. -правовой системы «Консультант Плюс».
4. *Родионова О. М.* К вопросу о регулирующей силе односторонних сделок «Государство и право. Юридические науки» <https://cyberleninka.ru>
5. *Бегичев А.В.* Наследственное право России: учебное пособие. – М.: Логос, 2014. – С. 86-87.
6. *Казанцева А.Е.* Наследственное право: учеб. пособие. – М.: Норма, 2013. – С. 226.
7. *Серебровский В.И.* Очерки советского наследственного права. М., 1956. С. 50.



ЛИСТАЕМ СТРАНИЦЫ КНИГ

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ

**К. С. МАУЛЕНОВ,
Б. Н. МАУЛЕНОВА**

**МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Учебное пособие

АЛМАТЫ
2019

УДК 614
ББК 51.1
М35

Рецензенты:

Калматаева Ж. А. – доктор медицинских наук, профессор

Аубакирова А. А. – доктор юридических наук, профессор

Мауленов К. С., Мауленова Б. Н.

Медицинское право Республики Казахстан. Учебное пособие. – Алматы: издательство КазНУ им. аль-Фараби, 2019. – 206 с.

В учебном пособии рассматриваются вопросы: понятие и система медицинского права, правовые основы организации здравоохранения в республике, правовые вопросы системы здравоохранения и организации медицинской помощи, защита прав пациентов и медицинских работников по законодательству республики, правонарушения и юридическая ответственность медицинских работников по законодательству Республики Казахстан и другие.

Учебное пособие предназначено для студентов, магистрантов, докторантов и преподавателей юридических и медицинских вузов, научных работников и специалистов правоохранительных органов, учреждений здравоохранения, а также для всех интересующихся проблемами юридического обеспечения медицинской деятельности.

ISBN 978-601-04-3881-1

*СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ НАШИХ ДОРОГИХ РОДИТЕЛЕЙ:
МАУЛЕНОВА СЫРБАЯ, АМИРОВОЙ КУЛЬЖАМАЛ,
ЕТЕКБАЕВА НУСИФА, ЕТЕКБАЕВОЙ ЗЯЙТУНЫ
ПОСВЯЩАЕТСЯ*

Содержание

Введение	с. 5 – 10
1. Предмет и метод медицинского права	с. 11 – 14
2. Понятие и виды медицинских правоотношений	с. 15 – 21
3. Источники медицинского права Республики Казахстан	с. 22 – 24
4. Государственное регулирование и управление в области здравоохранения в Республике Казахстан	с. 25 – 27
5. Уголовная ответственность врачей и иного персонала медицинских организаций	с. 28 – 54
6. Гражданско – правовая ответственность медицинских работников	с. 55 – 75
7. Возмещение морального вреда по законодательству Республики Казахстан	с. 76 – 107
8. Защита чести и достоинства медицинских работников по законодательству Республики Казахстан	с. 108 – 114
9. Административная ответственность медицинских работников в Республике Казахстан	с. 115 – 141
Глоссарий	с. 142 – 171

ВВЕДЕНИЕ

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана от 10 января 2018 г. «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции» поставлена задача создания в стране первоклассного здравоохранения и здоровой нации.

В частности, отмечается, что с ростом продолжительности жизни населения и развитием медицинских технологий объем потребления медицинских услуг будет расти. Современное здравоохранение должно больше ориентироваться на профилактику заболеваний, а не на дорогостоящее стационарное лечение. Нужно усилить управление общественным здоровьем, пропагандируя здоровый образ жизни. Особое внимание следует уделить охране и укреплению репродуктивного здоровья молодежи.

Следует переходить от малоэффективной и затратной для государства диспансеризации к управлению основными хроническими заболеваниями с применением дистанционной диагностики, а также амбулаторного лечения. Этот опыт давно есть в мире. Нужно смело и активно его внедрять.

Необходимо принять комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями, создать научный онкоцентр. Должны быть обеспечены высокоэффективные ранняя диагностика и лечение рака на основе передового международного опыта. Необходимо провести такую же работу, которую мы провели в кардиологии, борьбе с туберкулезом и родовспоможении.

Здравоохранение будет поэтапно переходить на систему обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), основанную на солидарной ответственности населения, государства и работодателей. Необходимость ее внедрения не вызывает сомнений. Однако требуется более тщательно провести подготовительную работу, которая не была выполнена Минздравом и Минтрудсоцзащиты.

Нужно разработать новую модель гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), определив четкие границы обязательств государства. Услуги, не гарантированные государством, население сможет получать, став участником ОСМС или через добровольное медицинское страхование, а также сооплату. Необходимо повысить доступность и эффективность медицинской помощи через интеграцию информационных систем, использование мобильных цифровых приложений, внедрение электронных паспортов здоровья, переход на «безбумажные» больницы. Требуется приступить к внедрению в медицине технологий генетического анализа, искусственного интеллекта, которые на порядок повышают эффективность диагностики и лечения заболеваний.

Важным вопросом являются обеспеченность и качество подготовки медицинских кадров. Сегодня мы имеем уникальную Школу медицины Назарбаев Университета, при которой функционирует интегрированная университетская клиника. Этот опыт должен транслироваться на все медицинские вузы. Для реализации этих и других мер следует разработать новую редакцию Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» [1].

В Казахстане принят Указ Президента республики Н.А.Назарбаева от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы (в дальнейшем программа «Денсаулық») и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» [2].

В программе «Денсаулық» отмечается, что для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Назарбаевым Н.А. в Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30-ти наиболее развитых стран мира к 2050 году следует преодолеть разрыв в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) и Казахстаном.

В этой связи государство должно обеспечить поэтапное внедрение стандартов стран ОЭСР, направленных на улучшение качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, повышение эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения, а также рациональное использование имеющихся ресурсов.

Реализация Программы будет способствовать устойчивости и динамичному развитию социально-ориентированной национальной системы здравоохранения с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечения качественной медицинской помощью и солидар-

ной ответственности за здоровье в соответствии с ключевыми принципами политики Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) «Здоровье-2020».

Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) за 2015-2016 годы Казахстан занял 42-ое место в рейтинге среди 140 стран, поднявшись на 8 мест в сравнении с результатами рейтинга прошлого года. По индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 93-е место из 140 стран. По Индексу человеческого развития в 2014 году республика вошла в группу стран с высоким уровнем развития, заняв 70 место из 187 стран [3].

Считаем важным отметить, что отдельные правовые аспекты в медицинской деятельности рассматривались еще в советской юридической и медицинской литературе. В частности, вопросы врачебной ошибки как наиболее часто встречающегося вида дефекта медицинской помощи исследовались в работах советских ученых медиков и юристов: Г.Бобковой-Басовой, И.В.Давыдовского, Ю.В. Каннабиха, О.А.Красавчикова, Я.Лейбовича, И.В.Марковина, К.К.Платонова, В.М.Смолянинова, С.С. Юдина, К.Б.Ярошенко и др.

В Казахстане правовые проблемы возмещения вреда здоровью гражданина, отдельные вопросы оказания медицинских услуг и медицинского права, уголовной ответственности за медицинские правонарушения рассматривались в трудах: Б.Б.Базарбаева, С.М.Баймолдиной, Ю.Г.Басина, А.И.Беспаловой, А.Г.Диденко, И.У.Жанайдарова, Г.Б.Испаевой, Н.Е.Ильясова, К.М.Ильясовой, У.К.Ихсанова, Т.Е.Каудырова, Мауленова К.С., Мауленовой Б.Н., Б.В.Покровского, Г.Р.Рустемовой, Г.М.Степаненко, М.К.Сулейменова, Г.И.Тулеугалиева и других.

В настоящее время проблемы связанные с медицинским правом активно рассматриваются в различных отраслях российского права. Значительное внимание им уделено в работах по вопросам конституционного, административного, гражданского, уголовного и экологического права, а также некоторых других отраслей.

Так, административно-правовые аспекты статуса граждан Российской Федерации при оказании им медицинской помощи, лицензирования медицинской деятельности, трансплантации органов и тканей, организации системы здравоохранения и т.п. освещены в диссертационных исследованиях: Г.В.Акимцевой, П.Л.Алексеевой, В.В.Кизилова, А.Ю.Малышко, Д.В.Новохатского, А.В.Свидерского и др.

Конституционные гарантии медицинских прав человека и гражданина проанализированы в работах: А.Ф.Антоненко, Г.В.Балашовой, В.П.Бушуевой, В.В.Власенковой, Ю.Ю.Кавалерова, Н.В.Косолаповой, А.Б.Литовки, Т.Ю.Холодовой и др.

Проблематика гражданско-правовых институтов и инструментов, в первую очередь ответственности, договора об оказании медицинских услуг и иных, исследуется в работах: В.С.Абдуллиной, О.В.Богословской, Е.В.Васильевой, С.В.Егизаровой, К.В.Егорова, Н.К.Елиной, Н.В.Зайцевой, П.З.Иванишина, И.Г.Ломакиной, А.В.Мелихова, Е.В.Муравьевой, Л.Т.Первовой, С.С.Шевчук и др.

Проблемы уголовно-правовой охраны в сфере медицинской деятельности разработаны в диссертационных исследованиях: А.Г.Блинова, О.С.Капинус, Н.Е.Крыловой, Н.В.Мирошниченко, К.О.Палеевой, Я.В.Старостиной, В.В.Татаркина, С.С.Тихоновой, Б.Г.Хмельницкого, А.С.Якименко и других криминалистов.

Вопросы правового содержания, правовых последствий и правовой квалификации дефектов медицинской помощи и, в частности, врачебных ошибок были рассмотрены в работах следующих современных российских исследователей: А.И. Авдеев, В.И. Акопов, О.Ю. Александрова, Е.Х. Баринов, И.Ю. Григорьев, О.Ю. Дмитриев, Н.Е. Добровольская, С.В. Ерофеев, А.Я. Иванюшкин, С.В. Козлов, Г.А. Комаров, О.Н. Лебединец, О.В. Леонтьев, Е.Ю. Лозинский, В.П. Мазин, П.В. Мазин, А.С. Мнацаканян, А.А. Мохов, И.Н. Мохова, А.В. Панов, В.Л. Попов, Н.Л. Попова, П.О. Ромодановский, А.Ю. Руденко, Н.С. Русина, В.А. Рыков, А.В. Саверский, Ю.Д. Сергеев, Ю.С. Сидорович, А.В. Сучков, И.В. Тимофеев, Т.В. Тимошенкова, А.В. Тихомиров, И.Л. Трунов, Д.В. Тягунов, Е.П. Шевчук, С.С. Шевчук, И.И. Шмыкова и др.

Особенности врачебной ошибки с медицинской точки зрения также были исследованы в трудах: А.А. Андреева, Ю.Г. Бойко, М.В. Войно-Ясенецкого, П.В. Гуринова, А.С. Димова, Ю.Ю. Квасковой, В.В. Лебедева; В.К. Лепахина, Л.А. Лучихина, А.Д. Макацарии, С.М. Михайлова, В.Т. Пальчуна, Н.И. Пирогова, А.Р. Поздеева и др.

Вопросы правовой ответственности за нанесение вреда здоровью пациента рассматривались в ра-

ботах таких авторов, как: А.А. Александрова, О.Ю. Александрова, Н.Г. Балибардина, Г.А. Беляева, О.Е. Бобров, О.Ю. Боева, А.З. Виноградов, В.И. Витер, Н.Ф. Герасименко, И.В. Гецманова, И.К. Григорьев, Ю.И. Григорьев, Р.А. Давыдов, К.В. Егоров, А.Г. Кибальник, М.С. Князь, О.А. Красавчиков, А.В. Кудakov, Ю.Д. Курганский, В.Д. Кустов, О.В. Леонтьев, М.Н. Маркин, Х.Л. Михайлова, А.С. Мнацаканян, А.А. Мохов, И.Н. Мохова, Е.В. Муравьева, Н.В. Мусина, Е.А. Отставнова, А.Н. Пищита, А.Р. Поздеев, А.М. Пономарёва, В.А. Рыков, А.В. Саверский, Я.В. Старостина, А.А. Старченко, В.В. Татаркин, А.В. Тихомиров, Е.В. Федорова, Е.В. Червонных, П.С. Чупрына, Е.П. Шевчук, К.Б. Ярошенко и др.

Из зарубежных авторов вопросы медицинской ошибки и в целом дефекта медицинской помощи, ответственности за них рассматривали следующие авторы (фамилия автора указана вначале): Аргентина: Кемельмахер де Карлуччи Аида (Kemelmajer de Carlucci Aída); Триго Репресас Феликс А. (Trigo Represas Félix A.); Буэрес Альберто Х. (Bueres Alberto J.) и др.; Беларусь: Е.И. Волчанина; П.О. Милькова и др.; Бельгия: Женико Жиль (Genicot Gilles) и др.; Бразилия: Мейреллеш Гомеш Жулио Сезар (Meirelles Gomes Julio César) и де Франса Женивал Велосо (de França Genival Veloso); Брандэн Рикардо (Brandão Ricardo) и др.; Великобритания: Чэрэтэн Фред (Charatan Fred); Нолан Томас У. (Nolan Thomas W.); Росс Стюарт (Ross Stewart); Лестер Хелен (Lester Helen) и Трайттер Джонатан К. (Tritter Jonathan Q.) и др.; Германия: фон Лау Николетта К. (von Laue Nicoletta C.) и Шваппах Давид Л.Б. (Schwappach David L.B.) и др.; Испания: Масья Гомес Рамон (Maciá Gómez Ramón); Гонсалес-Эрмосо Фернандо (González-Hermoso Fernando); Мартин Пайин Х.А. (Martín Pallín J.A.) и др.; Италия: Валентини Джанни (Valentini Gianni); Марин Мауро (Marin Mauro); де Тризио Н., Вергари Б., Вергари Ф. и Занарди Л.; Феррари Моурицио (Ferrari Maurizio) и др.; Канада: Хендерсон Джим (Henderson Jim); МакДэмэйд Лора Дж. (MacDermaid Laura J.); МакКурт Дункэн (MacCourt Duncan) и Бернстин Джозеф (Bernstein Joseph) и др.; Мексика: Фажардо-Дольчи Херман (Fajardo-Dolci Germán), Мельем-Моктесума Хоце (Meljem-Moctezuma José), Висенте-Гонсалес Эстер (Vicente-González Esther), Агирре-Гас Эктор Г. (Aguirre-Gas Héctor G.); Кариyo-Хаймес Артуро (Carrillo-Jaimes Arturo) и др.; Португалия: да Роша Аморим Давид (da Rocha Amorim David); Магро Альберто Альмейда (Magro Alberto Almeida); Гомеш душ Сантуш Жоана (Gomes dos Santos Joana), Родригеш Лопеш Рикардо (Rodrigues Lopes Ricardo) и Камосса Рикардо (Camossa Ricardo) и др.; США: Ригельман Ричард К. (Riegelman Richard K.); Банджа Джон (Banja John); Бешер Элис К. (Becher Elise C.) и Чэссин Марк Р. (Chassin Mark R.); Лип Л. (Leape L.); Дженисек Милош (Jenicek Milos); Миллер Сильвия Р. (Miller Sylvia R.); Либман Кэрол Б. (Liebman Carol B.) и Хаймэн Крис Стирн (Hyman Chris Stern); Лайен Брайен А. (Liang Bryan A.); Ливэн Брэндон (Levan Brandon); Кон Линда Т. (Kohn Linda T.), Глак Пол А. (Gluck Paul A.) и др.; Украина: С.Г. Стеценко, М.И. Иншин, В.А. Галай и др.; Франция: Бруардель Поль (Brouardel Paul); Мэньян Клэр (Mme Maignan Claire); Вьялла Франсуа (Vialla François); Бюргелэн Ж.-Ф. (Burgelin J.-F.); Стофт Анри (Stofft Henri) и др.; Швейцария: Стаежер Филипп (Staeger Philippe), Фавра Бернар (Favrat Bernard), Фёзье Микаэль (Feusier Michael); Виллиман Урс (Willimann Urs) и др.

Общие вопросы природы и содержания человеческой ошибки были исследованы такими авторами, как: Питере Дж.Э. (Peters G.A.) и Питере Б.Дж. (Peters B.J.); Ризон Джеймс (Reason James) и др. Вопросы медицинской деонтологии, биоэтики рассмотрены в трудах следующих российских и зарубежных авторов: А.П. Зильбер, А.Я. Иванюшкин, Ю.П. Лисицын, И.В. Силуянова, Ю.М. Хрусталева, Тавани Марио (Tavani Mario), Пикозци Марио (Picozzi Mario) и Сальвати Габриэла (Salvati Gabriella); Кэмпбэлл Алестэйр (Campbell Alastair), Джиллет Гранд (Gillet Grand) и Джонс Гарет (Jones Gareth) и др. [4].

Авторы выражают искренние слова благодарности рецензентам за ценные рекомендации по данной работе. В частности, Калматаевой Жанне Амантаевне – декану факультета медицины и здравоохранения Казахского национального университета имени аль-Фараби, доктору медицинских наук, профессору, Аубакировой Анне Александровне – начальнику кафедры уголовного процесса и криминалистики Алматинской академии МВД Республики Казахстан, полковнику полиции, доктору юридических наук, профессору.

Авторы надеются, что обозначенные проблемные вопросы, новые подходы к их решению будут способствовать развитию новой отрасли казахстанского права, учебной дисциплины «Медицинское право». Все замечания будут авторами с благодарностью приняты по адресу: Казахстан, Алматы 050040, проспект аль-Фараби 71, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, медицинский факультет.

Адреса авторов для переписки: k.maulenov@mail.ru, bakhytmaulnova@mail.ru. Нормативные правовые акты и названия государственных органов Республики Казахстан приведены по состоянию на 1 декабря 2018 г.

Список использованной литературы к Введению:

1. Казахстанская правда, 2018 г., 11 января
2. Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>
3. Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>
4. Список зарубежных исследователей проблем медицинского права приводится по работе: Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. – М., 2012. – С. 21-27.

1. ПРЕДМЕТ И МЕТОД МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

В Казахстане, несмотря на трудности и противоречия социально-экономического развития, вновь возрастают требования к объему и качеству медицинской помощи, состоянию системы здравоохранения в целом.

Сложившаяся объективная ситуация в здравоохранении нашла отражение в Указе Президента Республики Н.А.Назарбаева от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы (в дальнейшем программа «Денсаулық») и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» [1].

За период реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма «Саламатты Қазақстан») отмечены: 1) увеличение численности населения в республике до 17 417,7 тыс. человек (на 01.01.2015 года) с ежегодным темпом прироста населения на 1,4%; 2) рост ожидаемой продолжительности жизни до 71,62 лет (2010 год – 68,45 лет); 3) снижение общей смертности населения почти на 15,3% (2010 год – 8,94 на 1000 населения, 2014 год – 7,57); 4) увеличение рождаемости на 2,6% (2010 год – 22,54 на 1000 населения, 2014 год – 23,13); 5) снижение материнской смертности в 1,9 раза (2010 год – 22,7 на 100 000 родившихся, 2014 год – 11,7); 6) снижение младенческой смертности в 1,7 раза (2010 год – 16,58 на 1000 родившихся живыми, 2014 год – 9,72); 7) снижение заболеваемости населения туберкулезом на 30,3% (2010 год – 95,3 на 100 000 населения, 2014 год – 66,4) и смертности более чем в 2 раза (2010 год – 10,6 на 1000 населения, 2014 год – 4,9); 8) удержание распространенности вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (далее – ВИЧ/СПИД) на концентрированной стадии (2010 год – 0,118, 2014 год – 0,169) [2].

Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по подтверждению Межведомственной группы агентств Организации Объединенных Наций (далее – ООН) позволило Казахстану достичь 4-ой и 5-ой (детская и материнская смертность) целей развития тысячелетия.

Несмотря на позитивную динамику показателей здоровья населения, ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев почти на 10 лет меньше, чем в странах-членах ОЭСР. Сохраняется значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (2014 год – 8,82 года), смертность у мужчин в трудоспособном возрасте на 24% выше, чем у женщин.

В структуре общей смертности ведущей причиной являются болезни системы кровообращения (22,3%), наиболее частые – ишемическая болезнь сердца, сосудистое поражение мозга, от которых ежегодно умирают около 30 тысяч человек. Рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составляет почти 15% (2010 год – 2086,7 на 100 тыс. населения, 2014 год – 2394,7).

Второй причиной является смертность от злокачественных новообразований (12,1%), от которых ежегодно умирают около 17 тысяч человек, из них 16,9% составляет рак легких. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился на 9,7% (2010 год – 181,2 на 100 тыс. населения, 2014 год – 198,7).

На третьем месте – смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (11,3%), от которых ежегодно умирает около 16 тысяч человек. Ежегодно свыше 3000 человек погибают от преднамеренного самоповреждения, опережая смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП).

Среди причин бремени хронических заболеваний в 87,5% являются 4 фактора риска (высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя). По данным ВОЗ годовой уровень потребления алкоголя в Казахстане (в эквиваленте литров чистого спирта/душа населения в год) снизился незначительно: с 7,1 в 2007 году до 6,6 в 2012 году [3].

По результатам Глобального опроса населения о потреблении табака распространенность табакокурения в Казахстане (% курения табака в возрасте > 15 лет) снизилась с 23,1 в 2007 году до 22,4% в 2011 году (в странах ОЭСР – 20,65%). С 2007 года на 38,1% снизился уровень употребления наркотических средств.

По результатам 5-го национального исследования (2012 год) 31,2% взрослых имеют избыточную массу тела или ожирение. По прогнозам Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – МНЭ) численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек, доля пожилых людей увеличится с 7,7% ориентировочно до 11-13% (ОЭСР – 15,5%). Изменение демографической ситуации с ростом хронических заболеваний повлияет на спрос медицинских услуг.

В республике отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней. Достигнут 95% охват иммунизацией против 11 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. В 2012 году ВОЗ ресертифицировал Казахстан страной, свободной от полиомиелита и малярии. Предпринимаемые усилия позволили сдержать эпидемию ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на концентрированной стадии. В ГИК по показателю «Распространенность ВИЧ в возрастной группе 15-49 лет» Казахстан вошел в группу стран с низким показателем, занимающих 1-е место.

Несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (снижение заболеваемости более чем на 9% ежегодно, смертности – более чем в 2 раза за 5 лет), по данным 2014 года Казахстан среди 18 стран Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза занимает 7-е место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза – 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза – 102-е место [4].

Все вышеприведенные факты говорят о необходимости правового регулирования многосторонних отношений в области здравоохранения. Нужны четкие и доступные законодательные акты, регулирующие правоотношения с одной стороны между медицинской организацией и пациентом. С другой стороны необходимо учитывать, что возникают новые отношения между врачами и пациентами, сегодня в медицине активно применяются новые технологии лечения, нуждающиеся в правовых оценках, которые реализуются, но далеко не всегда, на необходимой правовой и медицинской базе.

Также необходимо отметить, что законодательство Казахстана в сфере здравоохранения остается пробельным и противоречивым, а медицинское право в республике, поскольку признается его существование, находится лишь в состоянии становления.

В юридической литературе даются разные определения предмета медицинского права. Так, по мнению С.Г.Стеценко медицинское право – это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности. Наличие самостоятельной отрасли права важно как для общества в целом, так и для самих медицинских работников и пациентов.

Медицинское право позволит на более высоком уровне осуществлять разработку принципов (основных начал) государственной политики в сфере здравоохранения, более качественно проработать вопросы защиты прав граждан при оказании медицинской помощи, детально определить правовой статус субъектов возникающих в сфере медицинской деятельности правоотношений [5].

И.А.Иванников и Н.А.Рубанова дают свое следующее определение: «Медицинское право – представляющая собой совокупность юридических норм, установленных или санкционированных государством, международными организациями, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности (в системе медицинского обеспечения прав на жизнь, здоровье, физической и психической неприкосновенности, по оказанию медицинских услуг, а также действия или деятельность медицинских работников по сохранению, представлению последним достоверной информации о их диагнозе, динамике протекания болезни, методах и предполагаемых конечных результатах лече-

ния, обязанностях пациента, трансплантации органов и тканей человека, вопросы эвтаназии, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз)» [6].

По мнению А.А.Рёрихт предмет медицинского права включает в себя общественные отношения, которые возникают при осуществлении медицинской деятельности, реализуются специфическим кругом физических и (или) юридических лиц, связаны с использованием специальных медицинских знаний, направлены на изменение состояния здоровья пациента, а также общественные отношения организационно-управленческого, научно-исследовательского и иного характера, обеспечивающих основные (лечебно-профилактические) отношения, связанные с оказанием медицинскими работниками профессиональной медицинской помощи пациентам [7].

К правильному выводу приходит Г.Б.Романовский: «Назрела практическая необходимость осмысления медицинского права. Растет объем нормативных актов, регулирующих деятельность медицинских работников. Если раньше многие аспекты профессиональной деятельности разрешались этическими правилами, то сейчас все больше возникает потребность именно в правовом обеспечении. Медицинские технологии становятся все агрессивнее по отношению к человеку. Законодательство должно ставить четкие барьеры, когда человек, его идентичность, права и свободы, могут серьезно пострадать» [8].

Наряду с предметом медицинского права необходимо выделить и его метод правового регулирования. В юридической науке и литературе выделяют два основных метода правового регулирования общественных отношений – императивный и диспозитивный.

Императивный метод – это метод властных предписаний (властных отношений) и он характеризуется как отношения субординации, власти и подчинения. К примеру, отношения между правительством Казахстана и министерством здравоохранения республики по различным вопросам медицинской деятельности. Или отношения между министерством здравоохранения как уполномоченным государственным органом и различными субъектами медицинской деятельности (государственными и частными медицинскими учреждениями).

Диспозитивный метод предусматривает юридическое равенство участников медицинских правоотношений. В медицинской деятельности – это правоотношения, возникающие между равными субъектами по поводу оказания различных медицинских услуг. Так, в сфере здравоохранения это правоотношения между производителями, поставщиками и продавцами лекарственных средств и медицинских изделий.

Известные российские ученые Ю.Д.Сергеев и А.А.Мохов отмечают, что медицинское право активно использует эти методы правового регулирования, так как посредством применения различных методов правового регулирования право проявляет (осуществляет) свою социально-политическую роль регулятора общественных отношений. Неразрывное сочетание частных и публичных интересов в сфере оказания медицинских услуг, медицинской помощи делает необходимым и единое регулирование всей совокупности общественных отношений, возникающих в этой сфере человеческой жизни и деятельности. Сочетание методов можно охарактеризовать как диспозитивно-императивное регулирование общественных отношений (диспозитивно-императивный метод) в сфере охраны здоровья граждан [9].

Список использованной литературы к главе 1:

1. Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>
2. Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>
3. Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>
4. Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>
5. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004, с.21
6. Иванников И.А., Рубанова Н.А. Медицинское право: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К»; Академцентр, 2009.- с.28
7. Рёрихт А.А. Юридизация медицинского права: развитие публично-правовых начал. – Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук.- М. 2009, с.8
8. Романовский Г.Б. Проблемы становления медицинского права как учебной дисциплины. – Медицинское право, 2017, №6, с.56
9. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Основы медицинского права России. Учебное пособие / Под ред. чл.- корр. РАН, проф. Ю.Д.Сергеева.- 3-е изд., обнов. и доп.- М.- 2016, с.38

2. ПОНЯТИЕ И ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРАВООТНОШЕНИЙ

Сегодня в области медицины существуют самые различные виды правоотношений. Хотелось бы отметить некоторые из них: государственное регулирование в сфере охраны здоровья граждан, контроль за осуществлением медицинской деятельности, правоотношения в области обязательного медицинского страхования, оказание платных медицинских услуг населению, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, правоотношения донорства, трансплантации, репродуктивных технологий, оказание психиатрической и наркологической помощи населению, производство судебных медицинских экспертиз, телемедицинские технологии в системе оказания медицинской помощи и другие.

На практике существуют различные мнения о правовой природе отношений между медицинской организацией и пациентом по поводу врачевания. Установление ясности по данному вопросу имеет существенное значение для определения правового положения пациента, его прав, а также обязанностей медицинского учреждения. Ряд авторов полагают, что эти отношения имеют административно-правовую природу, и лишь причинение материального вреда пациенту медицинской организацией служит основанием возникновения гражданских (деликтных) обязательств по возмещению вреда [1]. Таким образом, отношения по поводу оказания медицинских услуг являются гражданско-правовыми. Это мнение выражено также в российской и зарубежной юридической литературе [2].

Вопросы возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина регулируются Гражданским кодексом Республики Казахстан. В частности, в ГК РК выделена глава 47 «Обязательства, возникающие вследствие причинения вреда» (статьи 917 – 952). Представляет интерес параграф 2 главы 47 который называется «Возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина» (статьи 936 – 946). Нам представляется важным рассмотреть следующие базовые статьи ГК РК по данному вопросу.

Статья 936 ГК РК «Возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина при исполнении договорных и иных обязательств» устанавливает, что вред, причиненный жизни и здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств, трудовых (служебных) обязанностей, обязанностей воинской службы, возмещается по правилам настоящей главы, если законодательными актами или договором не предусмотрена повышенная ответственность.

Важное практическое значение имеет статья 937 ГК РК «Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья». В частности, в пункте 1 данной статьи предусмотрено, что при причинении гражданину увечья или иного повреждения здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также расходы, вызванные повреждением здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и другие), если признано, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не получает их бесплатно.

Расходы, вызванные повреждением здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и другие), возмещаются работодателем, причинившим вред здоровью работника, в пределах, установленных Трудовым кодексом Республики Казахстан.

В пункте 2 статьи 937 ГК РК предусмотрено, что при определении утраченного заработка (дохода) пособие по инвалидности, назначенное потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, другие виды пособий, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, а также пенсионные выплаты в счет возмещения не засчитываются. В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок, получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

В судебной практике республики широко применяются правила статьи 938 ГК РК «Определение заработка (дохода), утраченного в результате повреждения здоровья». В пункте 1 данной статьи установлено, что размер подлежащего возмещению утраченного заработка (дохода) определяется в процентах к среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до наступления утраты трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии ее – общей трудоспособности.

Нам представляется важным привести пункт 2 анализируемой статьи. В состав утраченного заработка (дохода) включаются все виды оплаты труда по трудовым и гражданско-правовым договорам, как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые индивидуальным подоходным налогом. Не учитываются выплаты единовременного характера (компенсации за неиспользованный отпуск, выходное пособие при увольнении и другие). За период временной нетрудоспособности и отпуска по беременности и родам учитывается выплаченное пособие. Доходы от предпринимательской деятельности, а также авторский гонорар включаются в состав утраченного заработка, при этом доходы от предпринимательской деятельности включаются на основании данных органа государственных доходов. Все виды заработка (дохода) учитываются в суммах, начисленных до удержания налогов.

В пункте 3 статьи 938 ГК РК говорится, что среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за двенадцать месяцев работы, предшествовавших повреждению здоровья либо наступлению утраты трудоспособности, на двенадцать. В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда работал менее двенадцати месяцев, среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за фактически проработанное число месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев. Не полностью проработанные потерпевшим месяцы по его желанию заменяются предшествующими полностью проработанными месяцами либо исключаются из подсчетов при невозможности их замены.

В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается по его желанию заработок до увольнения либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее десятикратного установленного законодательными актами месячного расчетного показателя (пункт 4 статьи 938 ГК РК).

Если в заработке (доходе) потерпевшего до причинения ему увечья или иного повреждения здоровья произошли устойчивые изменения, улучшающие его имущественное положение (повышена заработная плата по занимаемой должности, переведен на более высокооплачиваемую работу, поступил на работу после окончания учебного заведения и в других случаях, когда будет доказана устойчивость изменения или возможность изменения оплаты труда потерпевшего), при определении его среднемесячного заработка (дохода) учитывается только заработок (доход), который он получил или должен был получить после соответствующего изменения (пункт 5 статьи 938 ГК РК).

В договорном порядке может быть предусмотрено, что наступление оговоренных параметров здоровья является необходимым условием какой-либо медицинской услуги. В этом смысле нужно различать здоровье как цель и здоровье как результат. В Древнем Китае врачи, обслуживавшие элиту, получали жалование, пока пациенты были здоровы, т.е. оплачивалось собственно состояние здоровья, действовала обратная связь: врач был экономически заинтересован в здоровье больного [3]. Кроме того, некоторые страны различают рынки медицинских услуг и рынки здоровья [4].

С этой точки зрения можно условно выделить три способа организации рынка в медицине: рынок, сориентированный на особенности медицинской услуги как товара (США. В этом случае рынок наиболее приближен к свободному рынку); рынок, на котором товаром является здоровье (Великобритания. При таком подходе общество старается оплачивать именно здоровье нации через оплату медицинских услуг, направленных на его поддержание); рынок, ориентированный на особенности товара, связанный со случайно возникающим спросом на него (Германия. Система оказания медицинской помощи в рамках модели социальной рыночной экономики).

Сама же правовая категория «здоровье» как цель медицинской услуги, а также как самостоятельный объект гражданских правоотношений нуждается в четком правовом определении. В статье 1 пункте 35 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» дается следующее определение: здоровье – это состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Однако, несмотря на многолетние усилия, в медицинской и юридической литературе Казахстана нет общепринятого определения, а тем более количественной меры здоровья. Например, древние греки различали три состояния тела: здоровое, больное, промежуточное между ними. Через тысячу лет Авиценна утверждал, что бывает тело здоровое до предела; тело здоровое не до предела; тело не здоровое, но не больное; затем тело в хорошем состоянии, быстро воспринимающее здоровье; тело, больное легким недугом; тело, больное до предела. Данная классификация хотя и примитивна, но по своей сути

совершеннее всех остальных и могла бы быть использована для юридической квалификации наличия вреда здоровью и противоправности как необходимых условий наступления гражданско-правовой ответственности.

Даваемое Всемирной организацией здравоохранения определение здоровья как полного физического и духовного благополучия, а не просто отсутствия болезни невозможно использовать в правовых целях. Тем не менее определение здоровья в ряду других уже существующих определений объектов гражданского права должно быть дано. Это является важным не только для его юридической оценки, но и оценки со стороны медицины, которая должна обладать стандартом здоровья.

Определить его следует исходя из средней нормы здоровья для каждого человека, с учетом индивидуальных особенностей организма. Значительные трудности возникают и при использовании его в экономических целях: здоровье как товар не подлежит оценке и измерению. Кроме того, что рассматривать с юридической точки зрения как полное физическое и психическое благополучие? Кто призван его оценивать? Врач или пациент? Если признавать важнейшей оценку здоровья врачом, то здоровье можно понимать как отрицание наличия у индивида болезни. Поэтому среди медиков и принято считать, что абсолютное здоровье существует лишь в качестве недоступного идеала. Для их формулировок характерен термин «относительное здоровье» [5]. Но термин «здоровье» поименован в качестве объекта гражданских правоотношений законодателем, и соответственно данная категория имеет место быть в своем абсолютном значении в юриспруденции. В данном случае требования потребителя являются основополагающими, так как здоровье – это первая и важнейшая потребность самого человека. Для одного пациента-потребителя медицинские оценки такого благополучия совпадут с его собственными, а для другого они завышены, либо наоборот. И пока четкого юридического определения здоровья не существует, в основу должны быть положены именно его требования. Пациент чувствует и самостоятельно оценивает свое здоровье. Здоровье – это, на наш взгляд, нормальная деятельность организма, удовлетворяющая потребности его обладателя. Давая определение здоровья, нужно иметь в виду, что понятия здоровья как объекта гражданских правоотношений и как цели медицинской услуги несколько различны. Медицинская услуга, как уже было сказано, предполагает наступление не абсолютного здоровья, а, скорее, «определенного его состояния».

Понятие «медицинская услуга» с точки зрения ее гражданско-правового регулирования появилось в законодательстве недавно. До сих пор оно отождествлялось с понятием «медицинская помощь». Тем не менее их правовое разграничение в настоящее время не вызывает сомнений и имеет большое значение для правильной трактовки понятия медицинской услуги.

К медицинским услугам применяются нормы ГК РК главы 33 статьи 683-687, регулирующие возмездное оказание услуг. Так, в статье 683 ГК РК «Договор возмездного оказания услуг» в пункте 1 установлено, что по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Пункт 2 данной статьи прямо предусматривает, что правила настоящей главы применяются к договорам оказания услуг связи, медицинских, ветеринарных, аудиторских, консультационных, информационных услуг, услуг по обучению, туристическому обслуживанию и иных, за исключением услуг, оказываемых по договорам, предусмотренным главами 32, 34, 35, 39, 41, 43, 44 Гражданского Кодекса.

Можно различать возникновение медицинских отношений по воле пациента и без нее. К первому случаю относится большинство обычных обращений к врачу, ко второму – экстренные ситуации, о которых было сказано выше. В последнем варианте отношения возникают при наличии в законе такого юридического факта, как состояние, не позволяющее гражданину выразить свою волю и требующее неотложного медицинского вмешательства.

Решение принимает консилиум, а при невозможности его собрать – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения. Если пациент приходит в сознание, то его дальнейшие отношения с лечебным учреждением складываются уже в соответствии с его волеизъявлением. В указанном бессознательном состоянии возникают отношения медицинской помощи, но не могут возникнуть отношения по поводу оказания медицинской услуги. С приходом в сознание возникают отношения по поводу оказания медицинской услуги, но и отношения медицинской помощи продолжают существовать, наполняя услугу медицинским содержанием. Таким образом,

медицинская помощь оказывается как в рамках медицинской услуги, так и вне их, соответственно, категория медицинской помощи шире категории медицинской услуги. В любом случае отношения, возникающие как из оказания медицинской помощи, так и из оказания медицинской услуги, имеют гражданско-правовую природу, как было установлено выше.

Медицинская услуга, с точки зрения А.В.Тихомирова, представляет собой «совокупность необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг)» [6]. Она направлена на удовлетворение объективных потребностей пациента (заказчика, потребителя услуг). При этом объективная необходимость должна соотноситься с субъективными устремлениями и дозволением пациента подвергнуться конкретному медицинскому вмешательству [7]. Трактовка всех составляющих действий медицинской услуги в данном определении является не совсем верной потому, что потребует правового разъяснения каждого из них. Между тем правовая квалификация действий исполнителя услуг уже предусмотрена действующим законодательством. Кроме того, в самом определении отсутствует указание на цель медицинской услуги как важной ее составляющей.

Проведенное исследование позволяет дать более верное определение. Медицинская услуга – это совокупность профессиональных возмездных целесообразно необходимых действий исполнителя, в отдельных случаях -встречных со стороны пациента (заказчика, потребителя), направленных на удовлетворение потребностей последнего в форме определенного состояния здоровья.

Неоднозначен и актуален вопрос, что же отнести к медицинской услуге, регулируемой гражданским законодательством и оказываемой наряду с комплексом иных услуг медицинской организации. В отличие от прочих услуг содержанием медицинской услуги является совокупность профессиональных действий, специальная деятельность в отношении здоровья – услуга медицинского характера. Именно данный признак позволяет выделить из комплекса услуг, которые предоставляются гражданам в сфере охраны здоровья, медицинскую услугу. Это принципиально важно потому, что из медицинской услуги вытекают иные правовые последствия по сравнению с другими услугами. Например, само по себе нахождение в стационаре, получение услуг общественного питания не являются медицинскими услугами.

В то же время медицинская услуга настолько специфична, что иногда ее составляющими могут оказаться действия немедицинского характера, направленные на достижение той же цели – улучшения состояния здоровья. Такие услуги нельзя рассматривать отдельно от медицинской услуги, без нее они не существуют и направлены на ее обеспечение (например, помимо оказания основной медицинской услуги – проведения операции, необходимо проветривать палату, поддерживать надлежащую температуру воздуха в ней и т.д.). В этих случаях договор на оказание медицинских услуг один, но объект его смешанный, состоящий из разного рода действий. Основным критерием выделения таких вспомогательных видов услуг является связь с целью медицинской услуги и с формой регулирования. Поэтому их не нужно отождествлять с абсолютно самостоятельными видами услуг немедицинского характера, оказываемыми в медицинских организациях.

Можно сделать вывод о настоятельной необходимости детальной правовой регламентации медицинской услуги. Важно закрепить квалифицирующее ее правовое определение, а также понятия иных связанных с ней услуг, оказываемых медицинскими организациями.

В юридической литературе высказываются предложения отдельных ученых относиться к медицинской деятельности как к источнику повышенной опасности. Так, Ю.А.Звездина отмечает, что некоторые методы и способы осуществления медицинской деятельности никогда не могут быть признаны источником повышенной опасности, но саму деятельность можно внести в список источников повышенной опасности [8]. Противоположное мнение высказывает М.Н.Малеина. Она пишет, что лечебная деятельность неоднородна и не может быть признана в целом источником повышенной опасности, но отдельные способы лечения соответствуют определению источника повышенной опасности [9].

На наш взгляд, следует согласиться с мнением С.В.Шиманской, что отдельные услуги и работы в медицинской деятельности необходимо признавать источником повышенной опасности, но всю совокупность медицинской деятельности, в которую входят действия, никогда не признаваемые и в будущем повышено опасными, нельзя признать источником повышенной опасности при ее «осуществлении».

Представляется, что необходимо проводить четкое разграничение между медицинской деятельно-

стью в целом и отдельными ее видами и конкретными действиями субъектов медицинской деятельности, которые могут быть отнесены к источнику повышенной опасности [10].

Известный российский профессор – юрист О.А.Красавчиков подразделяет все источники повышенной опасности в медицине на следующие виды:

1) Физические, к которым относятся механические (приборы ультразвука, ядерные водители ритма и сердца, томографы); электрические (медицинская аппаратура с использованием электрических токов) и тепловые источники повышенной опасности.

2) Химические источники повышенной опасности подразделяются на отравляющие (дихлорэтан, метиловый спирт, которые судебной практикой признаются источниками повышенной опасности), лекарственные препараты с наркотическим действием и т.п., взрывчатые (лекарственные препараты с взрывоопасными свойствами) и огнеопасные вещества (лекарственные препараты с огнеопасным свойством).

3) Физико-химические источники повышенной опасности – рентгеновские лучи, лазер, радоновые ванны, кобальтовые пушки и т.д.

4) Биологические источники повышенной опасности – болезнетворные микробы [11].

Для медицинской деятельности характерна высокая вероятность причинения вреда большим количеством врачей, лечащего одного пациента. Порой каждый год меняются врачи на участке. Часты случаи, когда у пациента несколько заболеваний, а диагностируют и назначают лечение профильные врачи без системного подхода к общей картине анамнеза. Чтобы этого избежать, действуют клинико-экспертные комиссии на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Медицинская деятельность по своей природе направлена на предотвращение опасности для организма пациента, и при этом медицинским работникам необходимо проявлять осмотрительность и бдительность, так как от медицинских манипуляций зависят жизнь и здоровье человека, в связи с чем решающее значение имеют методы (технологии) осуществления деятельности (например, методов лечения).

Для предотвращения вреда разработаны различные методики обращения с источниками повышенной опасности, регламентированные обычно в правилах техники безопасности и т.п. В медицинской деятельности при работе с рентгеном, лазером, источниками тока, в физиопроцедурных кабинетах разработаны свои инструкции и правила обращения. При осуществлении диагностики и назначении лечения специально разрабатываются Стандарты оказания медицинской помощи при той или иной болезни, что имеет такой же смысл, как и правила техники безопасности. В судебном процессе при решении вопроса о надлежащем оказании медицинской помощи невыполненный пункт стандартов оказания медицинской помощи является доказательством ненадлежащего исполнения обязанностей, так же как и несоблюдение пункта правил техники безопасности становится решающим для суда (например, в строительной деятельности).

Если строительная деятельность оправданно отнесена к источнику повышенной опасности с особым характером деятельности, то медицинскую деятельность тоже можно признать деятельностью с особым повышенно опасным характером. Здесь очень высока общественная важность охраняемого интереса (здоровье, жизнь), а также неизбежен определенный риск при оказании медицинской помощи, который признается и медицинской наукой, и органами здравоохранения, и самим пациентом.

Нам представляется важным обратиться к статье 931 ГК РК «Ответственность за вред, причиненный деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих (источником повышенной опасности)». В частности, в пункте 1 установлено, что юридические лица и граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих (транспортные организации, промышленные предприятия, стройки, владельцы транспортных средств и др.) обязаны возместить вред, причиненный источником повышенной опасности, если не докажут, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего.

Обязанность возмещения вреда возлагается на юридическое лицо или гражданина, которые владеют источником повышенной опасности на праве собственности, праве хозяйственного ведения или праве оперативного управления либо на любом другом законном основании (договоре имущественного найма, доверенности на право управления транспортным средством, в силу распоряжения компетентного органа о передаче источника и т.п.) [12].

Список использованной литературы к главе 2:

1. Ярошенко К.Б. Имущественная ответственность лечебных учреждений за вред, причиненный их работниками // Вопросы государства и права. Вып. 2. Минск, 1970. С. 217.
2. Суховерхий В.Л. Гражданско-правовое регулирование отношений по здравоохранению // СГП. 1975. N 6. С. 106; Малеин Н.С. Гражданский закон и права личности в СССР. М.: Юрид. лит., 1981. С. 32-33; Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов: Виц. шк.: Изд-во при Львов. ун-те, 1982. С. 33-47; Вагацума Сакаэ, Ариидзуми Тору. Гражданское право Японии / Под ред. и со вступ. ст. Р.О. Халфиной. М.: Прогресс, 1983. С. 159.
3. Пекелис В. Как найти себя. М.: Дет. лит., 1988. С. 20.
4. Данилочкина Ю.В. Понятие и правовая природа медицинских услуг. – «Медицинское право», 2008, N 4, с.35
5. Понятие здоровья и болезни в Аюрведе // <http://students.informika.ru/Detailed/9578.html>.
6. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. М.: Статут, 1998. С. 112.
7. Там же.
8. Звездина Ю.А. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда при оказании медицинских услуг: Автореф. дис.... канд. юр. наук. СПб., 2001. С. 17.
9. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 146.
10. Шиманская С.В. Критерии повышенной опасности при осуществлении медицинской деятельности «Медицинское право», 2008, N 2 с.45
11. Красавчиков О.А. Возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности. М., 1966. С. 65-66.
12. Гражданский кодекс Республики Казахстан (Общая и Особенная части).- Алматы, ЮРИСТ, 2018.

3. ИСТОЧНИКИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Количество действующих правовых актов в Республике Казахстан очень много. На первом месте по количеству это акты в сфере медицины и здравоохранения. Если обратиться к правовой базе «Адилет» Министерства юстиции республики то в ней приводится цифра, что в сфере здравоохранения на сегодня в Казахстане действуют – 4592 правовых актов.

В Казахстане действует Закон Республики Казахстан «О правовых актах» от 6 апреля 2016 года № 480-V ЗРК. В статье 3 данного закона установлены общие требования к правовым актам и виды правовых актов. В частности все правовые акты должны отвечать следующим общим требованиям:

- 1) содержать нормативные или индивидуальные властные правовые предписания;
- 2) приниматься на республиканском референдуме либо в порядке, установленном настоящим Законом и иными законодательными актами;
- 3) должны быть обращены к неопределенному кругу лиц или к индивидуально определенным лицам;
- 4) должны быть направлены на регулирование общественных отношений;
- 5) должны быть направлены на возникновение, изменение, дополнение или прекращение прав и обязанностей физических и (или) юридических лиц.

Также следует назвать статью 7 рассматриваемого закона в которой все нормативные правовые акты подразделяются на основные и производные. При этом к основным видам нормативных правовых актов относятся:

- 1) Конституция Республики Казахстан, конституционные законы Республики Казахстан, кодексы Республики Казахстан, консолидированные законы Республики Казахстан, законы Республики Казахстан;
- 2) нормативные правовые указы Президента Республики Казахстан;
- 2-1) нормативные правовые акты Председателя Совета Безопасности Республики Казахстан;
- 3) нормативные правовые постановления Парламента Республики Казахстан и его Палат;
- 4) нормативные правовые постановления Правительства Республики Казахстан;
- 5) нормативные постановления Конституционного Совета Республики Казахстан, Верховного Суда Республики Казахстан;
- 6) нормативные правовые постановления Центральной избирательной комиссии Республики Казахстан, Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета Республики Казахстан, Национального Банка Республики Казахстан и иных центральных государственных органов;

7) нормативные правовые приказы министров Республики Казахстан и иных руководителей центральных государственных органов;

8) нормативные правовые приказы руководителей ведомств центральных государственных органов;

9) нормативные правовые решения маслихатов, нормативные правовые постановления акиматов, нормативные правовые решения акимов и нормативные правовые постановления ревизионных комиссий.

К производным видам нормативных правовых актов относятся:

1) положение;

2) технический регламент;

3) стандарт государственной услуги;

4) регламент государственной услуги;

5) правила;

6) инструкция.

Законодательными актами Республики Казахстан могут быть предусмотрены иные формы нормативных правовых актов производного вида. Нормативные правовые акты производных видов принимаются или утверждаются посредством нормативных правовых актов основных видов и составляют с ними единое целое.

Важное значение имеет пункт 5 статьи 7 анализируемого закона. Территориальные подразделения уполномоченных органов, а также местные исполнительные органы, уполномоченные акимом, финансируемые из местных бюджетов, не вправе издавать нормативные правовые акты.

Важное значение в системе правовых актов имеют кодексы. Поэтому Статья 8 данного закона устанавливает, что Кодексы Республики Казахстан принимаются с целью регулирования следующих однородных важнейших общественных отношений:

1) бюджетных;

2) гражданских;

3) гражданских процессуальных;

4) брачно-семейных;

5) экологических;

6) водных;

7) земельных;

8) лесных;

9) налоговых;

10) таможенных;

11) трудовых;

12) связанных с исполнением уголовных наказаний;

13) связанных с привлечением к административной ответственности;

14) связанных с привлечением к уголовной ответственности;

15) уголовно-процессуальных;

16) в сфере здравоохранения;

17) в сфере предпринимательства;

18) в сфере недр и недропользования.

Все нормативные правовые акты имеют разную юридическую силу поэтому в статье 10 данного закона установлена иерархия нормативных правовых актов. Высшей юридической силой обладает Конституция Республики Казахстан.

Соотношение юридической силы иных, кроме Конституции Республики Казахстан, нормативных правовых актов соответствует следующим нисходящим уровням:

1) законы, вносящие изменения и дополнения в Конституцию;

2) конституционные законы Республики Казахстан;

3) кодексы Республики Казахстан;

4) консолидированные законы, законы Республики Казахстан;

5) нормативные постановления Парламента Республики Казахстан и его Палат;

6) нормативные правовые указы Президента Республики Казахстан;

7) нормативные правовые постановления Правительства Республики Казахстан;

8) нормативные правовые приказы министров Республики Казахстан и иных руководителей центральных государственных органов, нормативные правовые постановления Центральной избирательной комиссии Республики Казахстан, Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета Республики Казахстан, Национального Банка Республики Казахстан и иных центральных государственных органов;

9) нормативные правовые приказы руководителей ведомств центральных государственных органов;

10) нормативные правовые решения маслихатов, нормативные правовые постановления акиматов, нормативные правовые решения акимов и нормативные правовые постановления ревизионных комиссий.

Пунктом 3 статьи 10 предусмотрено, что каждый из нормативных правовых актов нижестоящего уровня не должен противоречить нормативным правовым актам вышестоящих уровней.

Практическое значение имеет пункт 5 статьи 10 устанавливающий положение: Акты Председателя Совета Безопасности Республики Казахстан, нормативные постановления Конституционного Совета Республики Казахстан и Верховного Суда Республики Казахстан находятся вне иерархии нормативных правовых актов, установленной настоящей статьей.

Официальное опубликование нормативных правовых актов, касающихся прав, свобод и обязанностей граждан, является обязательным условием их применения (Статья 37 рассматриваемого закона).

Официальными изданиями являются Ведомости Парламента Республики Казахстан, Собрание актов Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан, «Вестник Национального Банка Республики Казахстан».

Официальное опубликование законодательных актов осуществляется также периодическими печатными изданиями, получившими такое право на конкурсной основе, в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан.

Официальное опубликование нормативных правовых актов осуществляется также в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан в электронном виде.

Первое официальное опубликование нормативных правовых актов должно быть осуществлено одновременно на казахском и русском языках в течение тридцати календарных дней после дня их вступления в силу.

В статье 42 «Время вступления в силу и введения в действие нормативных правовых актов» рассматриваемого закона установлено:

1. Нормативные правовые акты, за исключением нормативных правовых актов, указанных в части второй настоящего пункта, вступают в силу после их подписания.

Нормативные правовые акты, подлежащие государственной регистрации в органах юстиции в соответствии со статьей 44 настоящего Закона, вступают в силу со дня государственной регистрации.

2. Обязательным условием введения в действие нормативных правовых актов, касающихся прав, свобод и обязанностей граждан, является их официальное опубликование.

3. Нормативные правовые акты вводятся в действие в следующие сроки:

1) законодательные акты Республики Казахстан, за исключением постановлений Парламента Республики Казахстан и его Палат, нормативные правовые указы Президента Республики Казахстан, Председателя Совета Безопасности Республики Казахстан, нормативные правовые постановления Правительства Республики Казахстан – по истечении десяти календарных дней после дня их первого официального опубликования, если в самих актах или актах о введении их в действие не указаны иные сроки;

2) постановления Парламента Республики Казахстан и его Палат, нормативные постановления Верховного Суда Республики Казахстан – со дня первого официального опубликования, если в самих актах не указаны иные сроки;

3) постановления Конституционного Совета Республики Казахстан – со дня их принятия;

4) нормативные правовые приказы министров Республики Казахстан и иных руководителей центральных государственных органов и их ведомств, нормативные правовые постановления Центральной избирательной комиссии Республики Казахстан, Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета Республики Казахстан, Национального Банка Республики Казахстан и иных центральных государственных органов, нормативные правовые решения маслихатов, нормативные правовые постановления акиматов, нормативные правовые постановления ревизионных комиссий и нормативные правовые решения акимов – по истечении десяти календарных дней после дня их первого официального опубликования, если в самих актах не указаны иные сроки.

4. В нормативных правовых актах или актах о введении их в действие могут быть указаны иные сроки введения в действие отдельных разделов, подразделов, параграфов, глав, статей, частей, пунктов, подпунктов и абзацев статей нормативных правовых актов, чем установленные для всего акта в целом.

5. Закон, предусматривающий юридическую ответственность за действия (бездействие), которые ранее не влекли такой ответственности, либо устанавливающий более строгую ответственность по сравнению с прежней, не может быть введен в действие до истечения десятидневного срока после дня его первого официального опубликования.

6. Нормативные правовые акты, которыми утверждаются квалификационные или разрешительные требования, предъявляемые к отдельным видам (подвидам) деятельности, и перечень документов, подтверждающих соответствие квалификационным или разрешительным требованиям, а также перечни отдельных товаров, экспорт и импорт которых подлежат лицензированию, не могут быть введены в действие до истечения двадцатидневного срока после дня их первого официального опубликования.

7. Нормативные правовые акты, содержащие государственные секреты или иную охраняемую законом тайну, вводятся в действие со дня их принятия или в сроки, указанные в самом акте.

8. Во всех нормативных правовых актах должен быть указан срок введения их в действие с учетом норм настоящей статьи.

В статье 43 анализируемого закона предусмотрена обратная сила нормативного правового акта. В частности, установлено:

1. Действие нормативного правового акта не распространяется на отношения, возникшие до его введения в действие.

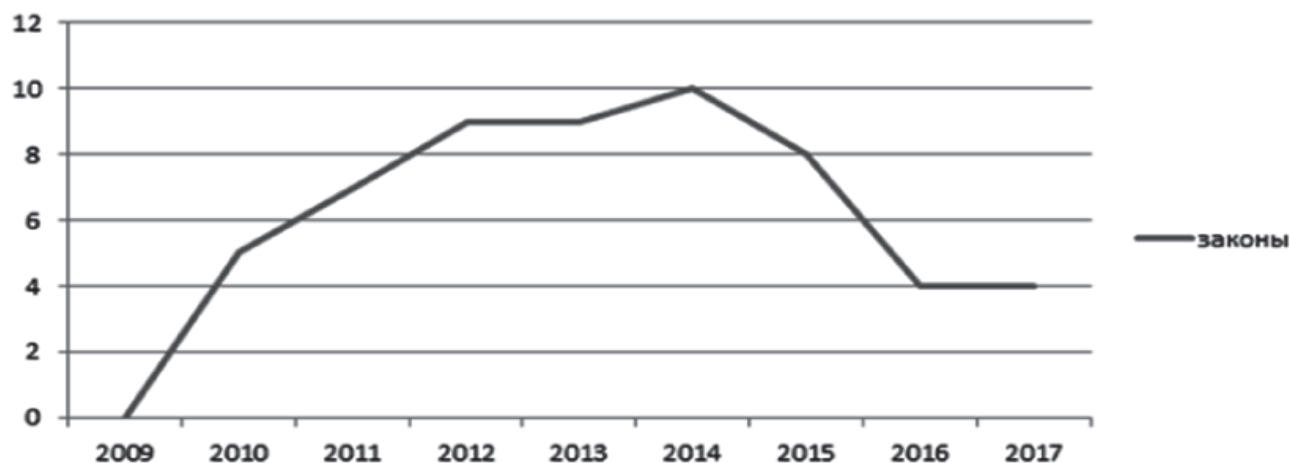
2. Исключения из правила пункта 1 настоящей статьи представляют случаи, когда обратная сила нормативного правового акта или его части предусмотрена им самим или актом о введении в действие нормативного правового акта, а также когда последний исключает обязанности, возложенные на граждан, или улучшает их положение.

3. Нормативные правовые акты, возлагающие новые обязанности на граждан или ухудшающие их положение, обратной силы не имеют.

4. Законодательные акты, устанавливающие или усиливающие ответственность, возлагающие новые обязанности на граждан или ухудшающие их положение, обратной силы не имеют. Если после совершения правонарушения ответственность за него законом отменена или смягчена, применяется новый закон.

Интересный статистический анализ Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года (далее – Кодекс) был проведен казахстанскими научными исследователями Акимовой Н.М. и Абсеметовой А.К. Как известно Кодекс был принят 18 сентября 2009 года. Начиная с 2009 года, в период 98 месяцев (включая 2017 г.), в Кодекс внесены изменения и дополнения 56 законами. При этом наибольшее количество поправок в Кодекс вносились на отрезке 2012 – 2014 годов. В этот период законодательная активность в сфере здравоохранения совпадает с общей тенденцией интенсивности законотворчества (Диаграмма 1).

Диаграмма 1



Общая динамика принятия законов, вносящих изменения и дополнения в Кодекс, подчиняется собственным закономерностям и практике внесения изменений и дополнений в Кодекс при разработке и принятии отраслевых законов, предусматривающих совершенствование системы здравоохранения.

Средний период стабильности Кодекса равен значению 1,75 из чего следует, что в среднем в Кодекс внесены изменения 1 раз в 2 месяца.

В 2014 году в Кодекс внесены изменения и дополнения максимальным количеством законов (Таблица 1).

Таблица 1

Год	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Количество законов, которыми внесены изменения и дополнения в Кодекс	0	5	7	9	9	10	8	4	4

Представляет научно-практический интерес постатейный анализ Кодекса. Анализ законодательных актов, которыми вносились поправки в Кодекс, показал, что наиболее часто подвергались изменениям статьи Кодекса, закрепляющие компетенцию уполномоченного органа, Правительства Республики Казахстан, органов местного государственного управления области, города республиканского значения и столицы.

При этом наибольшее количество изменений и дополнений внесены в статью 7, определяющую компетенцию уполномоченного органа. В нее внесены 152 поправки 21 законами.

Далее следуют статья 1 (134 поправок 15 законами), посвященная основным понятиям, используемым в Кодексе, и статья 9 (39 поправок 13 законами), устанавливающая компетенцию органов местного государственного управления областей, города республиканского значения и столицы.

Частым изменениям также подвергались статьи 6, 21 и 62:

- в статью 6, определяющую компетенцию Правительства Республики Казахстан, 11 законами внесены 18 поправок;
- статья 21, регламентирующая государственный санитарно-эпидемиологический контроль и надзор, подвергалась поправкам 16 раз;
- статья 62, регулирующая санитарно-эпидемиологическую экспертизу, – 20 раз (Таблица 2).

Таблица 2

Год внесения изменений / Номера статей	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Статья 1	3	5	6	3	4	95	2	16	134
Статья 6	1	5	2	3	3	3	0	1	18
Статья 7	1	4	66	20	38	5	17	1	152
Статья 9	1	2	4	19	5	6	1	1	39
Статья 21	0	3	1	0	5	3	3	1	16
Статья 62	1	4	6	0	5	2	0	2	20

Необходимо отметить следующие изменения в названных статьях:

1) пункт 1 статьи 1 ежегодно с 2010 года дополняется новыми подпунктами. Наибольшее количество дополненных подпунктов было в 2015 году (36 новых понятий), так как изменения и дополнения, внесенные в 2015 году, были направлены непосредственно на совершенствование законодательства в сфере здравоохранения;

2) в 2014 году в статье 6 из компетенции Правительства Республики Казахстан были исключены 20 полномочий;

3) с начала действия Кодекса компетенция уполномоченного органа (статья 7) была расширена 44 полномочиями, 14 из них были перенесены из компетенции Правительства Республики Казахстан;

4) тенденция расширения полномочий наблюдается и в статье 9, где полномочия местных исполнительных органов возросли на 35%;

5) в статью 21 Кодекса, регламентирующую вопросы государственного санитарно-эпидемиологического контроля и надзора, в 2015 году были внесены существенные изменения в части проверок в целях приведения в соответствие с Предпринимательским кодексом Республики Казахстан;

6) в 2017 году редакция пункта 3 статьи 62 была принята в новой редакции, также данная статья была дополнена подпунктом 3-1.

Авторы проведенного исследования приходят к справедливому выводу о том, что статистический анализ показывает, что Кодекс является нестабильным. С начала действия он подвергался изменениям 56 раз [1].

Список использованной литературы к главе 3:

Акимова Н.М., Абсеметова А.К. Статистический анализ Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года. – Правовая база Адилет: <http://adilet.zan.kz/rus>

4. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Принципы государственной политики в области здравоохранения определены в статье 4 Кодекса об охране здоровья народа. В частности, государственная политика в области здравоохранения проводится на основе следующих принципов: 1) обеспечения равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи; 2) солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья; 3) охраны материнства и детства; 4) обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; 5) приоритетности профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения; 6) доступности медицинской помощи; 7) постоянного повышения качества медицинской помощи; 8) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; 9) преемственности деятельности организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи; 10) обеспечения непрерывности и преемственности медицинского и фармацевтического образования с использованием современных технологий обучения; 11) государственной поддержки отечественной медицинской и фармацевтической науки, внедрения передовых достижений науки и техники в области профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, инновационных разработок новых лекарственных средств и технологий, а также мирового опыта в области здравоохранения; 12) поощрения добровольного безвозмездного донорства; 13) государственной поддержки отечественных разработок и развития конкурентоспособной медицинской и фармацевтической промышленности; 14) участия общественных объединений в обеспечении прав граждан на охрану здоровья; 15) социальной ориентированности здравоохранения, направленной на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни; 16) содействия в формировании здорового образа жизни и здорового питания; 17) отнесения здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности; 18) обеспечения доступности безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Статья 5 Кодекса об охране здоровья народа устанавливает основы государственного регулирования в области здравоохранения. В частности, государственное регулирование в области здравоохранения осуществляют: 1) Президент Республики Казахстан; 2) Правительство Республики Казахстан; 3) уполномоченный орган; 4) иные центральные и местные исполнительные органы в пределах компетенции, установленной Кодексом об охране здоровья народа, иными законами Республики Казахстан, актами Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан.

Государственное регулирование в области здравоохранения осуществляется путем проведения: 1) государственного контроля за медицинской, фармацевтической деятельностью и государственного санитарно-эпидемиологического надзора; 2) лицензирования медицинской и фармацевтической дея-

тельности; 2-1) лицензирования ввоза на территорию Республики Казахстан из стран, не входящих в Таможенный союз, и вывоза с территории Республики Казахстан в эти страны органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов; 3) аккредитации в области здравоохранения; 4) аттестации в области здравоохранения; 4-1) сертификации специалистов в области здравоохранения; 5) государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, отдельных видов продукции и веществ, оказывающих вредное воздействие на здоровье человека; 6) подтверждения соответствия товаров (работ, услуг) в области здравоохранения требованиям, установленным техническими регламентами, нормативными документами по стандартизации и условиями договоров, за исключением лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники; 7) государственного регулирования цен на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Таблица N1



Компетенция Правительства Республики Казахстан установлена в статье 6 Кодекса об охране здоровья народа. Правительство Республики Казахстан осуществляет следующие функции: 1) разрабатывает основные направления государственной политики в области здравоохранения; 2) издает в пределах своей компетенции нормативные правовые акты в области здравоохранения; 6) осуществляет руководство деятельностью центральных и местных исполнительных органов по вопросам здравоохранения; 9) определяет порядок, виды и объем медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения; 12) определяет порядок организации и проведения закупок лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг, а также медицинской техники для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, лечения и профилактики эпидемиологических заболеваний и в системе обязательного социального медицинского страхования; 12-2) определяет порядок закупок услуг по хранению и транспортировке лекарственных средств и изделий медицинского назначения, услуг по учету и реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения единым дистрибьютором в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного соци-

ального медицинского страхования; 18) определяет перечень заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, порядок, сроки их проведения и группы населения, подлежащие плановым прививкам; 23) определяет случаи ввоза на территорию Республики Казахстан лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в качестве гуманитарной помощи, не прошедших государственную регистрацию в Республике Казахстан; 27) определяет единого дистрибьютора; 28) выполняет иные функции, возложенные на него Конституцией, законами Республики Казахстан и актами Президента Республики Казахстан.

5. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ И ИНОГО ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Впервые в истории развития казахстанского уголовного законодательства апробированы новые подходы в определении критериев классификации уголовных правонарушений. Законодатель не дает определение понятия «уголовное правонарушение». Это задача науки уголовного права. Опираясь на общепринятые принципы данной отрасли права, можно дать следующее определение: «Уголовное правонарушение - совершенное виновно и характеризующееся различной степенью общественной опасности деяние (действие или бездействие), запрещенное уголовным законом под угрозой применения мер уголовной ответственности. В действующем УК уголовные правонарушения в зависимости от степени их общественной опасности и наказуемости подразделены на преступления и уголовные проступки [1].

В соответствии с частью 2 статьи 10 Уголовного кодекса РК преступлением признается совершенное виновно общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное настоящим Кодексом под угрозой наказания в виде штрафа, исправительных работ, привлечения к общественным работам, ограничения свободы, лишения свободы или смертной казни.

Согласно части 3 УК РК уголовным проступком признается совершенное виновно деяние (действие либо бездействие), не представляющее большой общественной опасности, причинившее незначительный вред либо создавшее угрозу причинения вреда личности, организации, обществу или государству, за совершение которого предусмотрено наказание в виде штрафа, исправительных работ, привлечения к общественным работам, ареста, выдворения за пределы Республики Казахстан иностранца или лица без гражданства.

Проблемы уголовной ответственности за ятрогенные преступления против жизни и здоровья, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинской помощи, повлекшие юридически значительные последствия, недостаточно исследованы учеными-юристами. Более того, в среде ученых сложилось мнение, что права и законные интересы пациентов не нуждаются в защите средствами уголовного закона, так как в достаточной мере обеспечиваются нормами, регулирующими здравоохранение [2].

В последние годы в доктрине уголовного права начал формироваться новый подход к преступлениям в сфере здравоохранения. В научный оборот введен термин «ятрогенные преступления», под которыми понимаются «умышленные или неосторожные общественно опасные деяния медицинских работников, нарушающие законные принципы и условия оказания медицинской помощи, совершенные при исполнении своих профессиональных или служебных обязанностей и ставящие под угрозу причинение вреда или причиняющие вред жизни и здоровью и иным законным правам и интересам пациентов» [3].

В новом Уголовном кодексе Республики Казахстан от 3 июля 2014г. появилась специальная глава 12 «Медицинские уголовные правонарушения», состоящая из 7 статей, со ст. 317 по ст. 323 УК РК.

Для объединения правонарушений в самостоятельную группу необходимо было найти в них общий критерий, объединяющий все эти уголовные правонарушения. Таковым признаком является специфический субъект анализируемых общественно опасных деяний и его противоправная деятельность [4].

Рустимова Г.Р. дает следующее определение медицинскому уголовному правонарушению: «Под медицинским уголовным правонарушением следует признавать совершаемое медицинским работником виновное противоправное общественно опасное деяние, в нарушение профессиональных или служебных обязанностей [5].

Указанные составы уголовных правонарушений представляют собой посягательства на жизнь и здоровье человека, образующие преступную ятрогению, т.е. ятрогенные преступления, которые совершают лица, имеющие медицинское образование, умышленно или по неосторожности.

В качестве непосредственного объекта преступлений, совершаемых медицинскими работниками, выступают общественные отношения, обеспечивающие охрану жизни и здоровья пациентов.

Объективная сторона ятрогенных преступлений заключается в нарушении медработником профессиональных обязанностей, выполнение которых предусмотрено нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Казахстан, иными локальными нормативными правовыми актами, издаваемыми должностными лицами медучреждений.

Обязательным признаком объективной стороны являются последствия в виде смерти, причинения вреда здоровью, заражения ВИЧ-инфекцией или венерическим заболеванием и наступление других неблагоприятных для пациента последствий, которые приводят к нарушению функций организма. Необходимым признаком объективной стороны выступает причинно-следственная связь между непрофессиональным действием (бездействием) медработника и наступлением негативных последствий у пациента.

Практическую сложность привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за непрофессиональное оказание медицинской помощи вызывает установление дефекта оказания медицинской помощи, находящегося в прямой причинной связи с наступившими последствиями [6].

Перейдем к рассмотрению конкретных составов медицинских уголовных правонарушений.

АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ В РК: ИНФОРМАЦИЯ ПО ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ (СОГЛАСНО ДАННЫХ МВД)			
Статья УК	В 2015г.	В 2016г.	10 месяцев 2017 г.
ВСЕГО	691	585	467
Статья 317	633	550	451
Статья 318	7	12	6
Статья 319	35	10	2
Статья 320	6	1	2
Статья 322	8	12	6
Статья 323	2	-	-
Окончено	40	40	29
Направлено в суд	18	19	10

Статья 317. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником

1. Невыполнение, ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если эти деяния повлекли по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью человека,

- наказываются штрафом в размере до двухсот месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до ста восьмидесяти часов, либо арестом на срок до пятидесяти суток.

2. Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, повлекшие по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью, -

наказываются штрафом в размере до трех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же

срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до одного года или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть человека, -

наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

4. Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть двух или более лиц, -

наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

5. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, а равно работником организации бытового или иного обслуживания населения вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяние повлекло заражение другого лица ВИЧ, -

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

В Казахстане в 2008 г. было зарегистрировано - 60, в 2009 г. – 72, в 2010 г. – 78, в 2011 г. - 81, в 2012 г. – 149, в 2013 г. – 481, в 2014 г. – 511, в 2015 г. – 642 случая совершения этого деяния [7].

Рассмотрим пример из судебной практики Акмолинской области. Пациентка Б. при поступлении в Центральную районную больницу (в дальнейшем ЦРБ) была осмотрена врачом Р., с выставлением диагноза «Ущемленная правосторонняя паховая грыжа. Перитонит», с рекомендацией экстренного оперативного лечения.

Врач Р. произвел оперативное лечение Б. «Лапаротомия. Ушивание петли тонкого кишечника, грыжесечение, пластика пахового канала, дренирование брюшной полости», поставив послеоперационный диагноз «Ущемленная правосторонняя паховая грыжа, разрыв петли тонкого кишечника, разлитой каловый перитонит». Как установлено в суде, врач в ходе оперативного лечения неверно выбрал метод лечения, а именно, не произвел резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей, произвел ушивание петли тонкого кишечника, не произвел соответствующее лечение установленно-го у последней разлитого калового перитонита, после грыжесечения произвел пластику грыжевых ворот по методу Жирара-Спасокукоцкого, тогда как следовало произвести простое сшивание тканей апоневроза, в результате последнего действия врач повредил бедренную артерию справа, что привело к аррозии (разрушению) стенки сосуда, с кровотечением, формированием гематомы в паховой области справа и развитием тромбоза правой бедренной артерии, вызвавшего гангрену правой нижней конечности, потребовавшей ее ампутации на уровне верхней трети бедра, произведенной врачами Акмолинской областной больницы.

Таким образом, деяние врача Р. было квалифицировано судом по ст. 317 ч.2 Уголовного Кодекса республики Казахстан (в дальнейшем УК РК) как ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей, вследствие небрежного к ним отношения, повлекшем по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью Б.

Принимая во внимание данные, положительно характеризующие личность подсудимого Р., суд назначил наказание в виде ограничения свободы сроком на один год, с лишением права занимать врачебной деятельностью на тот же срок, с возложением обязанностей, предусмотренных УК РК.

Суд пришел к выводу, что на основании ст.170 Уголовно-Процессуального Кодекса, ст.ст.917, 921, 951 ГК РК, с ответчика ЦРБ, как работодателя Р., в пользу истца подлежит взысканию денежная компенсация причиненного морального вреда, так как суд констатирует нарушение ответчиком неимущественного права истца на качественную медицинскую помощь, благо иметь здоровье.

Определяя размер компенсации, суд руководствовался ст.952 ГК РК, принял во внимание важность нарушенных неимущественных прав и блага истца, в связи с чем, согласился с доводами истца о том, что она испытала чувства физической боли, ущербности, беспомощности, досады, также суд учел то, что ЦРБ является государственным предприятием, предоставляющим медицинские услуги и финансируемым, в том числе и из государственного бюджета, а нарушение прав истца явилось следствием нарушений со стороны работника предприятия, потому суд нашел достаточной денежную компенсацию, в размере 500 000 тенге [8].

Объектом данного правонарушения являются общественные отношения, возникающие по поводу охраны здоровья граждан, а также жизнь человека.

Объективная сторона выражается в несоблюдении требований, предъявляемых к различным направлениям медицинской деятельности, обозначенных в заголовке анализируемой статьи.

Субъект – физическое лицо, которое совершает преступление или уголовный проступок (в нашем случае это будет медицинский или фармацевтический работник);

Субъективная сторона уголовного правонарушения выражается в неосторожной форме вины.

Деяния, предусмотренные ч.1 ст. 317 УК Республики Казахстан, относятся к уголовным проступкам.

Деяния, предусмотренные ч. ч.2, 3, 5 ст. 317 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям средней тяжести.

Деяния, предусмотренные ч.4 ст. 317 УК Республики Казахстан, относятся к тяжким преступлениям [9].

Статья 318. Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации

1. Нарушение медицинским работником порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации -

наказывается штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до шести сот часов, либо

ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

То же деяние, совершенное должностным лицом либо повлекшее тяжкие последствия, -

наказывается штрафом в размере до четырех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до одной тысячи часов, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет.

В Казахстане в 2015 г. было зарегистрировано 8 случаев совершения этого деяния [10].

Объективная сторона выражается в несоблюдении требований, предъявляемых к различным направлениям медицинской деятельности, обозначенных в заголовке анализируемой статьи.

В соответствии с п.59 ст. 1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV клиническое исследование - исследование с участием человека в качестве субъекта, проводимое для выявления или подтверждения безопасности и эффективности средств, методов и технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний;

Согласно п. 44 ст. 1 вышеуказанного Кодекса диагностика - комплекс медицинских услуг, направленных на установление факта наличия или отсутствия заболевания.

Лечение – комплекс медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования (п. 48 ст. 1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Законодатель медицинскую реабилитацию трактует как комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, частичное или полное восстановление нарушенных и (или) утраченных функций организма больных и инвалидов (п.76 ст. 1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Субъективная сторона уголовного правонарушения выражается в неосторожной форме вины.

Статья 319. Незаконное производство аборта

1. Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, -

наказывается штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до шести сот часов, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, совершенное неоднократно, -

наказывается штрафом в размере до четырех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до одной тысячи часов, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо лишением свободы на тот же срок.

3. Незаконное производство аборта лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля, -

наказывается штрафом в размере до одной тысячи месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до четырехсот часов, либо ограничением свободы на срок до одного года, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

4. Деяние, предусмотренное частью третьей настоящей статьи, совершенное неоднократно, - наказывается штрафом в размере до трех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до восьмисот часов, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

5. Незаконное производство аборта, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, -

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

В Казахстане в 2008 г. было зарегистрировано 5, в 2009 г. - 4, в 2010 г. - 1, в 2011 г. - 0, в 2013 г. - 8, в 2014 г. - 7, в 2015 г. - 35 случаев совершения этого деяния [12].

Деяние состоит в активных действиях, направленных на искусственное прерывание беременности и нарушающих установленные правила. Квалифицирующим признаком является смерть потерпевшей в результате неосторожности виновного лица, производившего аборт, либо отсутствия у него профессиональных навыков и соответствующего образования. В данной ситуации необходимо установить причинную связь между действием и наступившими последствиями. Составы носят формально-материальный характер.

С субъективной стороны уголовного правонарушения, предусмотренное ч.1 ст. 319 УК РК, характеризуется прямым умыслом, ч.5 ст. 319 УК РК – умыслом по отношению к действию (производству аборта) и неосторожностью (легкомыслие или небрежность) по отношению либо к смерти потерпевшей, либо причинению тяжкого вреда ее здоровью.

Субъектом уголовного правонарушения является специальный субъект, в качестве которого может быть как лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля (ч.1) как врач, имеющее такое образование и специальность, позволяющее производить подобные операции, но с соблюдением всех необходимых требований (ч.3).

Законодатель применительно к вышеназванным видам специального субъекта уголовного правонарушения предусмотрел одинаковое квалифицирующее обстоятельство – неоднократно (ч.2, 4).

Деяния, предусмотренные ч.ч.1,3 ст.319 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям небольшой тяжести.

Деяния, предусмотренные ч.ч.2,4 ст.319 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям средней тяжести.

Деяния, предусмотренные ч.5 ст.319 УК Республики Казахстан, относятся к тяжким преступлениям [13].

Статья 320. Неоказание помощи больному

1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом Республики Казахстан или по специальному правилу, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, -

наказывается штрафом в размере до двухсот месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до двухсот часов, либо арестом на срок до пятидесяти суток, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, -

наказывается штрафом в размере до пяти тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

В Казахстане в 2008 г. было зарегистрировано 2, в 2009 г. -1, в 2010 г. – 0, в 2011 г. -1, в 2012 г. – 1, в 2013 г. – 7, в 2014 г. – 9, в 2015 г. - 6 случаев совершения этого деяния [14].

В соответствии со статьей 49 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения скорой медицинской помощью является форма предоставления медицинской помощи при возникновении заболеваний и состояний, требующих экстренной медицинской помощи для предотвращения существенного вреда здоровью и (или) устранения угрозы жизни, а также при необходимости транспортировки органов (части органов) для последующей трансплантации.

Для оказания скорой медицинской помощи создается служба скорой медицинской помощи в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

Потерпевшим от данного преступления является больной, т.е. лицо, страдающее каким-либо заболеванием и поэтому нуждающееся в медицинской помощи.

В некоторых источниках под неоказанием помощи понимается также несвоевременное оказание помощи как разновидность профессиональной недобросовестности медицинских работников. Такое толкование не соответствует букве закона, который, используя термин «неоказание помощи», устанавливает ответственность по данной норме только за «чистое бездействие» [15].

Объект преступления - жизнь и здоровье человека, которому необходима медицинская помощь; установленные правила и стандарты в сфере медицинской и фармацевтической деятельности.

Объективная сторона преступления характеризуется бездействием - неоказанием необходимой помощи больному без уважительных причин, наступлением последствия в виде средней тяжести вреда здоровью и причинной связью между бездействием и указанным последствием. Преступным является не оказание только необходимой (по медицинским показаниям, а не всякой запрошенной помощи).

Обязательным условием наступления уголовной ответственности является отсутствие уважительных причин для неоказания больному помощи. Уважительными причинами не оказания помощи больному могут быть и обстоятельства личного характера, относящиеся к объективным и субъективным свойствам медицинских сотрудников. К ним могут относиться: психофизическое состояние врача в момент не оказания помощи: внезапное заболевание либо резкое обострение хронической болезни; помещение медицинского работника в лечебное учреждение с травмами и т.п. Подобными причинами в зависимости от конкретных обстоятельств дела могут признаваться и невозможность оказания помощи в силу профессиональной неподготовленности, узкой специализации медицинского сотрудника и т.п.

Таким образом, уважительные причины не оказания помощи больному не являются универсальной и однозначной категорией. Их уголовно-правовая оценка возможна применительно к каждому конкретному случаю, с учетом всех обстоятельств дела в их совокупности.

Допустимо и признание только одной из причин в качестве уважительной, которая и будет являться основанием для исключения уголовной ответственности [16].

Субъективная сторона характеризуется умыслом в отношении действия и неосторожностью по отношению к наступившим последствиям.

При оказании помощи лицо имеет право не ставить себя в чрезмерную опасность, не предусмотренную прямыми профессиональными обязанностями. Случайно оказавшаяся на месте происшествия медсестра не обязана проникать в горящий автомобиль, который вот-вот взорвется, для спасения раненного.

При оказании помощи не имеет значения, оказался ли больной в требующем помощи состоянии умышленно. Так, не добившемуся успеха самоубийце, участникам обоюдной драки или участникам дорожно-транспортных происшествий, независимо от их вины, всегда оказывается необходимая первичная медико – санитарная помощь [17].

Приведем другой пример из судебной практики.

Н., работая врачом скорой медицинской помощи, не оказал помощь больному В., вследствие чего здоровью В. был причинен тяжкий вред при следующих обстоятельствах: в ходе ссоры А., умышленно путем применения имевшегося у него перочинного ножа, нанес В. проникающее ранение, после чего В. был доставлен в отделение скорой медицинской помощи, где дежурил врач Н., который по обращению В. необходимые меры по оказанию неотложной медицинской помощи не принял, а наоборот, убедив пострадавшего в отсутствии тяжких последствий, отправил домой, где он находился в течение двух дней. Ночью В. стало плохо и его в тяжелом состоянии родители отвезли в больницу, где оперировали и удалили почку. Из заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы следует, что

несвоевременная госпитализация В. привела к ухудшению состояния больного, что привело к операции и удалению левой почки.

Суд признал Н. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 320 УК РК, назначил наказание в виде лишения свободы на полтора года (один год шесть месяцев) с лишением права заниматься медицинской деятельностью на тот же срок [18].

Другой пример. Врач П. пришла для оказания медицинской помощи в связи с поступившим вызовом от К. по поводу болей в области сердца его жены – Л. П., обследовав Л., пришла к ошибочному выводу о том, что у последней наблюдаются признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника, назначив соответствующее данному заболеванию лечение, при этом, проигнорировав без уважительных причин жалобы на боли в области сердца у Л. На просьбу Л. провести электрокардиограмму, П. ответила отказом и посоветовала самостоятельно пройти данное обследование по истечении двух - трех дней, посетив поликлинику, когда больная станет лучше себя чувствовать, таким образом, не оказав должную медицинскую помощь, без уважительных на то причин. На следующий день после посещения врача Л., находясь у себя в квартире, скончалась. П. не предвидела наступление общественно-опасных последствий в виде смерти Л., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности могла и должна была их предвидеть.

Суд признал П. виновной в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст. 320 УК РК, по которому назначил наказание в виде 2 лет лишения свободы с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на 1 год 6 месяцев [19].

Статья 321. Разглашение врачебной тайны

1. Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ, -

наказывается штрафом в размере до ста шестидесяти месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до ста шестидесяти часов, либо арестом на срок до сорока суток, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

2. Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, если это деяние повлекло тяжкие последствия, -

наказывается штрафом в размере до четырех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до одной тысячи часов, либо ограничением свободы на срок до четырех лет либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

В Казахстане в 2008 г. был зарегистрирован 1, в 2009 г. – 0, в 2010 г. – 0, в 2011 г. – 0, в 2012 г. – 1, в 2013 г. – 43, а 2014 г. – 23, в 2015 г. – 0 случая совершения этого деяния [20].

Содержание понятия «врачебная тайна» изложено в статье 95 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну.

Законодатель установил правовой запрет на распространение сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия ее обладателя, одновременно обозначив ситуации, при которых данный правовой запрет не действует:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе при донорстве крови и ее компонентов;

3) по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;

4) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законных представителей;

5) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных деяний.

6) при обнаружении у гражданина психических отклонений и склонностей к сексуальному насилию;

7) при проведении мониторинга договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг.

Право на врачебную тайну вытекает из конституционно установленного права на неприкосновенность частной жизни и личную тайну (п. 1 ст. 18 Конституции Республики Казахстан). Неприкосновенность является объектом права как нематериальное благо, охраняемое законом. Закон устанавливает требование ко всем воздерживаться от посягательства на охраняемое законом благо. Нарушение правового запрета на получение информации, составляющей врачебную тайну, влечет меры применения юридической ответственности (уголовной, административной, дисциплинарной, гражданско-правовой) к правонарушителю.

Цель правового запрета на распространение сведений, составляющих врачебную тайну, - предоставить субъекту права возможность комфортно существовать в социуме и не испытывать неблагоприятных воздействий на свою психическую и телесную сферу в связи с изменениями, которые могут иметь место в силу тех или иных перемен в состоянии здоровья индивидуума.

Объектом уголовного правонарушения является право на неприкосновенность частной жизни.

Объективная сторона выражается в активных действиях медицинских работников, направленных на разглашение без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ/СПИД.

Субъективная сторона правонарушения характеризуется прямым или косвенным умыслом.

Субъект правонарушения специальный – медицинские работники - физические лица, имеющие профессиональное медицинское образование и осуществляющие медицинскую деятельность (п/п 67 ст. 1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Квалифицированным составом (ч.2 ст. 321 УК) является такое разглашение, которое повлекло за собой тяжкие последствия. При этом под тяжкими последствиями следует понимать последствия в виде суицида (самоубийства); психического заболевания и т.д. (п/п 4) ст. 3 УК).

Деяния, предусмотренные ч.1 ст. 321 УК Республики Казахстан, относятся к уголовным проступкам.

Деяния, предусмотренные ч.2 ст. 321 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям небольшой тяжести [21].

Статья 322. Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ

1. Занятие медицинской или фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим сертификата и (или) лицензии на данный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью человека, -

наказывается штрафом в размере до двухсот месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до двухсот часов, либо арестом на срок до пятидесяти суток, с лишением права занимать определенные должности и заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового.

То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека, -

наказывается штрафом в размере до трех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до восьмисот часов, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть человека, -

наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

4. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, -

наказывается ограничением свободы на срок от трех до семи лет либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

5. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, -

наказывается штрафом в размере до пяти тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до одной тысячи двухсот часов, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

В Казахстане в 2008 г. было зарегистрировано 8, в 2009 г. - 2, 2010 г. - 4, в 2011 г. - 4, в 2012 г. - 9, в 2013 г. - 5, в 2014 г. - 0, в 2015 г. - 8 случаев совершения этого деяния [22].

Предмет правонарушения - рецепты или иные документы, дающие право на получение наркотических средств или психотропных веществ.

Рецепт - это письменное предписание врача, составленное на бланке установленного образца и имеющее все необходимые реквизиты, о выдаче

(готового или требующего) лекарства или препарата, содержащего наркотические или психотропные вещества, о его составе и способе применения.

К иным относятся документы, являющиеся основанием для выдачи (продажи) наркотических средств или психотропных веществ. Такими документами могут быть лицензия на определенный вид деятельности, связанной с оборотом наркотических средств или психотропных веществ, заявка медицинского учреждения на получение наркотических средств или психотропных веществ для использования в лечебной практике, товарно - транспортная накладная и т.п. [23].

Объектом данного правонарушения является здоровье населения.

Объективная сторона данного правонарушения, предусмотренного ч.1 ст. 322 УК Республики Казахстан, характеризуется занятием частной медицинской практикой частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью человека (см. п/п 12) ст. 3 УК Республики Казахстан.

Субъективная сторона правонарушения характеризуется только прямым умыслом.

Субъектом правонарушения может быть физическое вменяемое лицо, достигшее 16 - летнего возраста, не имеющее сертификата и (или) лицензии на данный вид медицинской или фармацевтической деятельности [24].

Деяния, предусмотренные ч.1 ст. 322 УК Республики Казахстан, относятся к уголовным проступкам.

Деяния, предусмотренные ч.ч. 2,3,4 ст. 322 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям средней тяжести.

Деяния, предусмотренные ч.5 ст. 322 УК Республики Казахстан, относятся к тяжким преступлениям [25].

Статья 323. Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами или медицинскими изделиями

1. Производство, изготовление или хранение в целях сбыта, а равно применение или сбыт фальсифицированных лекарственных средств или медицинских изделий, если это повлекло тяжкие последствия, -

наказываются штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до шестисот часов, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок, с конфискацией имущества, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового.

2. Те же деяния, совершенные:

- 1) группой лиц по предварительному сговору;
- 2) неоднократно;
- 3) в крупном размере, -

наказываются штрафом в размере до пяти тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до одной тысячи двухсот часов, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок, с конфискацией имущества, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные преступной группой, -

наказываются лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

В Казахстане в 2015 г. зарегистрировано 2 случая совершения этого деяния [26].

Содержание понятия «фальсифицированное лекарственное средство и медицинское изделие» изложено в п/п 50 статьи 1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» фальсифицированное лекарственное средство и медицинское изделие - лекарственное средство, медицинское изделие, противоправно и преднамеренно снабженные недостоверной информацией и поддельной этикеткой об их составе или комплектации и (или) производителях лекарственных средств и медицинских изделий.

П/п 75 статьи 1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» так характеризует медицинские изделия: «любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, которые применяются в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также с принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, предназначены производителем медицинского изделия для профилактики, диагностики, лечения заболеваний, медицинской реабилитации и мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности и функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека и может поддерживаться применением лекарственных средств».

Объектом данного правонарушения является здоровье населения.

Объективная сторона правонарушения, предусмотренного ч.1 ст. 323 УК Республики Казахстан, выражается в производстве, изготовлении или хранении в целях сбыта, а равно применение или сбыте фальсифицированных лекарственных средств или медицинских изделий.

Субъект правонарушения – физическое вменяемое лицо, достигшее 16 – летнего возраста, имеющее сертификат и (или) лицензию на данный вид медицинской или фармацевтической деятельности.

Субъективная сторона правонарушения характеризуется наличием лишь прямого умысла.

Деяния, предусмотренные ч.1 ст. 323 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям небольшой тяжести.

Деяния, предусмотренные ч.2 ст. 323 УК Республики Казахстан, относятся к преступлениям средней тяжести.

Деяния, предусмотренные ч.3 ст. 323 УК Республики Казахстан, относятся к тяжким преступлениям [27].

Среди предусмотренных уголовным законом обстоятельств, исключающих преступность деяния, для медицинской деятельности существенное значение имеют крайняя необходимость и обоснованный риск. Медицинская деятельность часто осуществляется в условиях крайней необходимости.

В соответствии с п. 1 статьи 34 УК Республики Казахстан не является уголовным правонарушением причинение вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей жизни, здоровью, правам и законным интересам данного лица или иных лиц, интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не допущено превышения пределов крайней необ-

ходимости. Следовательно, при крайней необходимости происходит конкуренция двух в равной мере охраняемых уголовным законом интересов. Данное положение характерно, например, для столкновения двух обязанностей, когда лицо, не имеющее возможности для одновременного осуществления двух обязанностей, выполняет только одну из них. Так, хирург, который столкнулся с необходимостью одновременного проведения двух срочных операций, осуществляет операцию в отношении, по его мнению, более тяжелого больного, вынужденно бездействует в отношении второго пациента, здоровью которого в результате такой задержки помощи может быть причинен существенный вред. Однако, крайняя необходимость может иметь место лишь в неотложных случаях, когда угроза жизни, как, например, в приведенном примере, реальна, налична и действительна, а также не должны быть превышены пределы крайней необходимости.

В этом плане характерным является случай, описанный в юридической литературе: дежурный врач одной из поликлиник отказался отправиться на вызов к тяжелобольной А. в поселок, расположенный в 3-4 км от медицинского учреждения. Причиной такого отказа послужило то обстоятельство, что к нему ранее уже поступило три вызова к другим тяжелобольным: к ребенку с кровавой рвотой, к больной с приступом грудной жабы, к ребенку с высокой температурой. Кроме того, к этому моменту отсутствовали служебные автомобили. Когда после посещения трех больных Л. вернулся в поликлинику, он тут же стал выяснять, не прислана ли машина для выезда к тяжелобольной А. Дежурная сестра сообщила, что больная умерла.

Врач был признан виновным и осужден за неоказание медицинской помощи. Вышестоящая судебная инстанция отменила приговор по делу и прекратила его производство, признав, что отказ врача был продиктован крайней необходимостью, из-за непредоставления транспорта, при наличии одновременного вызова к другим, не менее тяжелобольным, обслуживание которых входило в круг его обязанностей [28].

В ч. 2 ст. 34 Уголовного кодекса Республики Казахстан раскрывается понятие превышения пределов крайней необходимости, которое определяется двумя обстоятельствами:

- действия по устранению опасности явно не соответствуют характеру и степени угрожающей опасности;

- вред причиняется действиями человека в соответствующих обстоятельствах. Здесь же законодатель раскрывает, что же такое учет соответствующих обстоятельств. Это причиненный вред, равный или более значительный, чем предотвращенный. Из этого следует, что причиненный вред должен быть менее значительным, чем предотвращенный. Если он будет равный или больший, то это будет считаться превышением пределов крайней необходимости.

В качестве примеров крайней необходимости в литературе приводятся самые разнообразные ситуации: краниотомия на еще живом плоде с целью спасения жизни матери; пересадка органа от одного человека другому как единственное средство спасения жизни последнего; оперирование по поводу перитонита больного гемофилией; невозможность приглашения врача соответствующей узкой специальности, необходимость в чем возникла в процессе уже начатой другим врачом (не являющимся таким специалистом) операции; действия врача, производившего аборт по жизненным показаниям в ненадлежащих условиях (даже в случае наступления тяжких последствий); проведение любых операций во имя спасения больного или пострадавшего, находящегося в критическом состоянии.

Таким образом, действия, совершенные в состоянии крайней необходимости, не только не являются преступлением из-за отсутствия признака общественной опасности, но и, напротив, признаются социально полезными.

Именно поэтому активное противодействие грозящей опасности является правом всех граждан. А при оказании медицинской помощи такое право становится обязанностью медицинских работников.

Выделяют две группы условий, оправдывающих действия лица в ситуации крайней необходимости:

- условия, характеризующие опасность,

- и условия, характеризующие правомерность действий в состоянии крайней необходимости.

К первой группе относят существование угрозы причинения существенного вреда правоохраняемым интересам, наличие опасности и ее действительность. Опасность оценивается не сама по себе, а по отношению к тем интересам, которые могут от нее пострадать. Эта угроза может исходить от различных явлений и процессов, которые принято называть источником опасности.

С медико-правовых позиций к ним относятся физиологические и патологические процессы в организме человека. Наличие опасности означает ее существование в момент совершения действий по предотвращению вреда. Опасность считается наличной не только в момент ее разрушающего воздействия, но и при возникновении реальной возможности причинения вреда.

Между начальным моментом возникновения опасности и разрушающим воздействием может пройти определенный промежуток времени: от нескольких мгновений до нескольких дней. Значительная длительность этого промежутка не исключает признания опасности наличной, однако влияет на выбор защитительных мер. Опасность должна быть действительной, т. е. существующей объективно, а не в воображении лица.

Во вторую группу включают следующие условия:

устранение опасности осуществляется путем причинения вреда;

причинение вреда является вынужденным, причиненный вред должен быть менее значительным, чем предотвращенный.

Что касается обоснованного риска, то его понятие закреплено в статье 36 УК Республики Казахстан:

1. Не является уголовным правонарушением причинение вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

2. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам.

3. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой жизни или здоровью людей, экологической катастрофы, общественного бедствия или иных тяжких последствий.

Медицинский риск является разновидностью обоснованного риска, он возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов.

В литературе существует несколько мнений о юридической квалификации медицинских ситуаций для отнесения их к категории обоснованного риска. Например, врачебный риск рассматривается как правомерное применение для спасения жизни, сохранения здоровья больного лечебно-диагностических мероприятий (в обычных условиях не применяющихся ввиду их определенной опасности), если положительный результат недостижим традиционными, проверенными средствами.

При правомерном врачебном риске медицинский работник как бы пренебрегает предвидением вредных последствий для больного, и такая позиция является единственным выходом в клинической ситуации.

Обоснованный риск также связывают преимущественно с новаторством, экспериментом, внедрением новых методов профилактики, диагностики и лечения.

В медицинской практике целый ряд других вмешательств совершается практически «вслепую», «по ощущениям» (пункции, катетеризации и т. п.).

Во всех этих случаях при возникновении осложнений требуется тщательная оценка всех обстоятельств медицинского вмешательства с точки зрения условий обоснованного риска.

У больной Д. был обнаружен рак (умеренно дифференцированная аденокарцинома) правого изгиба толстой кишки. По поводу этой онкологической патологии пациентка была прооперирована, опухоль была удалена. Однако в печени был обнаружен одиночный метастаз рака. Радикальная операция при подобной патологии невозможна. Больная была практически обречена.

Учитывая, что других метастазов обнаружено не было, было решено выполнить катетеризацию печеночной артерии для проведения селективной (прицельной на опухолевый очаг) химиотерапии, что позволило бы замедлить прогрессирование опухолевого процесса. В ходе этой эндоваскулярной операции была повреждена одна из ветвей чревного ствола, через который осуществлялась катетеризация, что вызвало внутреннее кровотечение.

Проведенная прокуратурой по жалобе родственников проверка установила, что для проведения операции имелись медицинские показания. Операция проводилась с целью продления жизни больной и представляла собой высокотехнологичное вмешательство, при котором продвижение проводника, предназначенного для установки катетера, осуществляется практически «вслепую».

Операцию проводил опытный ангиохирург.

Все необходимые для проведения операции условия были соблюдены.

В возбуждении уголовного дела по факту повреждения сосуда во время операции было отказано [29].

Таким образом, наиболее часто правомерные медицинские вмешательства, влекущие неблагоприятные для больного последствия, соответствуют условиям обоснованного профессионального риска, для выявления которого необходим тщательный анализ медицинского происшествия.

Список использованной литературы к главе 5:

1. Уголовное право Республики Казахстан: Общая часть. Учебник. Отв.ред.-д.ю.н., проф.И.И.Рогов и д.ю.н., проф. К.Ж. Балтабаев.- Алматы: Жеті Жарғы, 2016.С.46
2. Блинов А.Г. Правовой статус пациента и его обеспечение регулятивным и охранительным законодательством. СПб.: Алеф-Пресс, 2013. С. 156.
3. Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис.... канд. юрид. наук. Н. Новгород, 2007. С. 9.
4. Уголовное право Республики Казахстан: Особенная часть в 2 т. (главы 11-18). Учебник для вузов/Отв.ред. И.И. Рогов, К.Ж. Балтабаев, А.И. Коробеев. - Алматы:Жеті Жарғы, 2017. С. 211.
5. Там же. С. 212.
6. Ситникова А.И. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой и процессуальный аспекты // Медицинское право. №2(78). 2015 г. С.
7. Уголовное право Республики Казахстан: Особенная часть в 2 т. (главы 11-18). Учебник для вузов/Отв.ред. И.И. Рогов, К.Ж. Балтабаев, А.И. Коробеев. - Алматы:Жеті Жарғы, 2017. С. 214.
8. Дело №1-121-16. 2016 г. суда г. Кокшетау - Банк Судебных актов Верховного Суда РК.
9. Уголовное право Республики Казахстан: Особенная часть в 2 т. (главы 11-18). Учебник для вузов/Отв.ред. И.И. Рогов, К.Ж. Балтабаев, А.И. Коробеев. - Алматы:Жеті Жарғы, 2017. С. 219.
10. Там же. С. 219.
11. Там же. С. 221.
12. Там же. С. 223.
13. Там же. С. 223.
14. Там же. С. 223.
15. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации для работников прокуратуры (постатейный) / отв.ред.канд. юрид.наук В.В. Малиновский; науч. ред.проф. А.И. Чучаев. – М.: «КОНТРАКТ», 2011. С.359 - 360.
16. Там же. С.359 - 360.
17. Амелина А. С. Уважительные причины не оказания помощи больному как основания для исключения уголовной ответственности // Медицинское право № 1 (77). 2018 г. С. 28.
18. Дело №1-211-17. 2017 г. суда г. Костанай - Банк Судебных актов Верховного Суда РК.
19. Дело №1-171-17. 2017 г. суда г. Костанай - Банк Судебных актов Верховного Суда РК.
20. Уголовное право Республики Казахстан: Особенная часть в 2 т. (главы 11-18). Учебник для вузов/Отв.ред. И.И. Рогов, К.Ж. Балтабаев, А.И. Коробеев. - Алматы:Жеті Жарғы, 2017. С. 227.
21. Там же. С. 229.
22. Там же. С. 229.
23. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под ред. д-ра юрид. наук, проф. А.И. Чучаева. – М.: «КОНТРАКТ», 2012.С. 401.
24. Уголовное право Республики Казахстан: Особенная часть в 2 т. (главы 11-18). Учебник для вузов/Отв.ред. И.И. Рогов, К.Ж. Балтабаев, А.И. Коробеев. - Алматы:Жеті Жарғы, 2017. С. 229-231
25. Там же. С.232.
26. Там же. С. 232.
27. Там же. С. 233 - 234.
28. Плешаков А.М. Институт крайней необходимости в российском уголовном праве // А.М. Плешаков, Г.С. Шкабин. М.: Изд-во «Юрлитинформ», 2006. С. 240.
29. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации за 2017 г. - <http://www.supcourt.ru/>

6. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Вопросы гражданско-правовой ответственности медицинских работников приобрели особую актуальность, так как расширились механизмы судебной защиты прав граждан, развились договорные отношения в медицине, широко применяется практика платных медицинских услуг, развивается частная медицина. Гражданско-правовая ответственность стала для медицинских организаций и работников наиболее серьезным последствием ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Гражданско-правовая ответственность - это предусмотренная законом (или договором) мера государственного принуждения, применяемая для восстановления нарушенных прав потерпевшего, удовлетворения его за счет нарушителя. Гражданско-правовая ответственность состоит в претерпевании лицом, совершившим правонарушение, санкций имущественного характера, взыскиваемых по заявлению потерпевшей стороны и направленных на восстановление ее имущественного положения. Особенности гражданско-правовой ответственности предопределены отношениями, складывающимися в области гражданско-правового регулирования. Это отношения между свободными, равноправными партнерами, построенные с учетом их интересов и носящие в основном имущественный характер.

Признаки гражданско-правовой ответственности:

- нацелена на имущественную сферу должника, а не на его личность;
- направлена на восстановление имущественного положения потерпевшей стороны (санкции взыскиваются в ее пользу);
- применяется по требованию потерпевшей стороны, которая сама решает, прибегать ей к мерам имущественного воздействия на должника или нет.

Гражданско-правовая ответственность наступает независимо от уголовной, административной или дисциплинарной ответственности и применяется отдельно либо дополняет их. Для ее возникновения необходимо наличие особого основания - состава гражданского правонарушения.

Гражданское правонарушение - это нарушение гражданских прав других лиц или невыполнение своих гражданских обязанностей, предусмотренных Гражданским кодексом Республики Казахстан, другими нормативными правовыми актами в сфере гражданского права или договором.

Особенности гражданско - правовой ответственности:

- характеристика субъекта не является обязательным элементом состава правонарушения;
- вина субъекта не является обязательным условием.

В основу классификации гражданско - правовой ответственности могут быть положены различные основания. В зависимости от основания возникновения ответственности следует различать:

а) договорную ответственность, наступление которой обусловлено неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств, обусловленных условиями договора. Наступление данного вида возможно не только в случаях, предусмотренных законом, но и сторонами в договоре;

б) внедоговорную (деликтную) ответственность, наступление которой обусловлено фактом причинения вреда лицом, не являющимся участником обязательственного правоотношения с потерпевшим. Главой 47 Гражданского кодекса Республики Казахстан определено, что моментом возникновения данного вида ответственности является момент причинения вреда имуществу или личности.

В рассматриваемой нами главе учебного пособия акцент будет сделан на внедоговорной (деликтной) ответственности.

В.Т.Смирнов пишет: «Основной целью института возмещения вреда является не наказание правонарушителя, а прежде всего восстановление нарушенного права потерпевшего за счет причинителя...». И далее: «Однако нельзя сводить все значение названного института к задаче ликвидации имущественных последствий... к задаче возмещения уже возникшего ущерба, то есть обращать его острие только в прошлое. Сводить значение института возмещения вреда лишь к восстановительной функции - значит упрощать, принижать роль деликтной ответственности в целом. Его значение выходит далеко за пределы восстановительной задачи и преследует гораздо более широкую цель - предупредить самую возможность появления вредоносных фактов» [1].

Мы согласны с мнением профессора Ситдиковой Л.Б., считающей, что множество правовых вопросов, связанных с особенностями привлечения к ответственности субъектов, осуществляющих про-

фессиональную деятельность в сфере оказания медицинских услуг, остаются неразрешенными. К таковым, в частности, относятся:

а) проблема определения основания привлечения к ответственности за вред, причиненный жизни или здоровью пациента (случаи применения деликтной или договорной ответственности);

б) вопрос наличия вины, как обязательного условия ответственности лиц, оказывающих медицинские услуги на платной основе;

в) проблема возложения бремени гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни или здоровью пациента неправомерными действиями медицинского работника (физического лица) на медицинскую организацию, с которой данный медицинский работник состоит в трудовых отношениях [2].

Первостепенное значение имеет решение вопроса об установлении основания привлечения к гражданско-правовой ответственности субъекта, некачественно оказавшего медицинскую услугу, поскольку в зависимости от того, какая форма ответственности (деликтная или договорная), подлежит применению, будут определяться вопросы о законодательной регламентации, условиях и порядке привлечения к ответственности, а также о размере ответственности [3].

В гражданско-правовой ответственности медицинских работников встречаются вопросы, которые трактуются специалистами в области медицинского права с различных, нередко противоречащих друг другу позиций. В качестве примеров таких сложных вопросов можно назвать виды гражданско-правовой ответственности за причинение вреда при оказании медицинских услуг, основания и условия её наступления, возможность наступления ответственности медицинского учреждения при отсутствии вины его работника. Вместе с тем, жизненные реалии диктуют необходимость выработки единого подхода к пониманию всех элементов гражданско-правовой ответственности при оказании медицинской помощи. Это объясняется тем, что, если ещё десятилетие назад вопрос о привлечении медицинских работников или учреждений здравоохранения к юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи не являлся столь актуальным, то в последние годы ситуация кардинально изменилась, что отражается в числе жалоб на неправильные или неправомерные действия медицинских работников при исполнении ими своих профессиональных обязанностей [4].

Указанные виды гражданско-правовой ответственности объединяет противоправность деяния, наличие вреда (убытков), причинно-следственная связь между деянием и вредом, а также вина.

Вред. Вред - это «неблагоприятные для субъекта гражданского права имущественные или неимущественные последствия, возникшие в результате повреждения или уничтожения принадлежащего ему имущества, а также в результате причинения увечья или смерти физическому лицу» [5].

В соответствии со статьей 917 Гражданского Кодекса Республики Казахстан вред (имущественный и (или) неимущественный), причиненный неправомерными действиями (бездействием) имуществом или неимущественным благам и правам граждан и юридических лиц, подлежит возмещению лицом, причинившим вред, в полном объеме.

В медицинской деятельности чаще всего приходится сталкиваться с внедоговорной ответственностью - ответственностью за вред, причиненный жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства. Во взаимоотношениях «медицинское учреждение - пациент» деликтные обязательства (и, соответственно, ответственность) всегда односторонние, возникают у медицинского учреждения и представляют собой изначальную обязанность воздержаться от нарушения прав пациента (права на жизнь, права на личную неприкосновенность, права на охрану здоровья). Внедоговорная гражданско-правовая ответственность - наиболее комплексная, значимая и сложная для понимания [6]. В гражданском праве ответственность за своего работника несет работодатель, т.е. юридическое лицо (медицинская организация), в котором трудится медицинский работник [7]. В соответствии со статьей 921 Гражданского Кодекса Республики Казахстан юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Наличие вреда является непрямым, обязательным основанием гражданско-правовой ответственности. В случае если же он отсутствует, то вопрос о гражданско-правовой ответственности, в частности, о деликтной ответственности, возникнуть не может.

В гражданском праве всякий вред следует считать противоправным, и для наступления гражданско-правовой ответственности не имеет значения степень тяжести вреда. Тяжесть вреда будет лишь

учитываться при определении размера причинённого морального вреда (физические и нравственные страдания). Применительно к медицине можно выделить такие виды вреда как: вред здоровью, вред физической (психической) неприкосновенности человека, вред, причиненный человеческой индивидуальности, и смерть как особый вид причинения вреда.

Приведем пример из судебной практики.

Истцы обратились в суд с иском к ответчикам, о возмещении вреда в связи со смертью С. в размере 30 000 000 тенге, мотивируя тем, что С., который для одной являлся мужем, а для другой отцом, скончался по вине и халатности ответчиков. В ходе судебного разбирательства истцы внесли уточнение к заявленному иску, которым просили взыскать в пользу С. С. с ответчика ГККП «Городская больница №2» причиненный материальный ущерб в размере 7 616 271 тенге и компенсацию морального вреда в размере 12 383 729 тенге, а также с ответчика ГУ «Управление здравоохранения» причиненный материальный ущерб в размере 1 904 068 тенге и компенсацию морального вреда в размере 3 095 932 тенге.

В пользу С.А. с ответчика ГККП «Городская больница №2» компенсацию морального вреда в размере 4 000 000 тенге, а также с ответчика ГУ «Управление здравоохранения» компенсацию морального вреда в размере 1 000 000 тенге.

Из представленного акта внеплановой проверки, проведенной аккредитованным независимым экспертом в «ГБ №2», было установлено, что больной С., был госпитализирован в «ГБ №2» с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту, многократную рвоту, желтушность кожных покровов и склер, сухость и горечь во рту, отсутствие аппетита. Общее состояние - средней тяжести. Осмотр УЗИ органов брюшной полости показал: ЖКБ. Острый деструктивный калькулезный холецистит, признаки острого панкреатита, свободная жидкость в области малого сальника. Признаки холедохолитиатиаза, гепато-спленомегалия. Признаки портальной гипертензии. Диффузные изменения печени. Механическая желтуха.

С. было предложено провести эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), но пациент категорически отказался от ЭРХПГ, написал расписку о том, что с последствиями и осложнениями ознакомлен, претензий не имеет. В дальнейшем пациент отказался от предложенного дальнейшего лечения в хирургическом отделении, написал расписку, что с последствиями и осложнениями ознакомлен, претензий не имеет. Повторно С. госпитализирован с ухудшением состояния спустя три дня с клиникой деструктивного холецистита, холедохолитиатиаза, механической желтухи, общей холемической интоксикации. Общее состояние средней тяжести. Осмотр УЗИ органов брюшной полости показал те же признаки болезни, которые уже были выявлены при проведении УЗИ. После получения согласия на лечение под эндотрахеальной анестезией проведена ФГДС, РХПГ, ЭПСТ, МЭК. При дуоденоскопии в просвете кишки желчь отсутствует. Из устья БДС поступает густой, сливкообразный гной. Попытка заканюлировать через устья БДС безуспешна, так как упирается в препятствие (камень в холедохе). Произведена атипичная папиллотомия на 12 часах на протяжении 10-12 мм. Гемостаз спонтанный. В большом количестве начал поступать густой сливкообразный гной. Ревизия холедоха, конкремент удален. Холедох спался до 1,0 см. В последующем С. был госпитализирован в реанимационное отделение. Пациент находился под круглосуточным динамическим наблюдением в реанимации с комплексным инфузионным лечением. Биохимические показатели крови постепенно улучшались, показатели мочевыделительной системы ухудшались. Состоялся консилиум врачей, на основании заключения которых рекомендовано с учетом особенностей развития заболевания с гепаторенальным синдромом проведение гемодиализа по жизненным показателям и с учетом технических причин рекомендован перевод в профильное отделение. Гемодиализ произвести не удалось.

В динамике состояние оставалось стабильно тяжелым и по согласованию больной направлен в отделение гемодиализа ГККП «Городская больница №1».

По результатам проверки аккредитованный эксперт пришел к выводу, что при оказании медицинской помощи больному С. имело место нарушение пункта 4, ст.87, гл.16, раздела 5 Кодекса РК от 18.09.2009 года №193-4 «О здоровье народа и системе здравоохранения», а именно: при первичной госпитализации с клиникой деструктивного холецистита, холедохолитиатиаза, механической желтухи, общей холемической интоксикации пациент не получил достаточно полную исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, возможном

риске, информацию о прогнозе заболевания, плане лечебных мероприятий, преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения в доступной форме (пункт 4, ст. 91 Указанного выше Кодекса РК).

Далее, пациент С. при первичной госпитализации на фоне тяжелого хирургического заболевания и холемической интоксикации неверно использовал свое право отказа от медицинской помощи, предусмотренное ст. 93 данного Кодекса РК. При повторном обращении С. с ухудшением состояния и по устной договоренности о повторной госпитализации не организована экстренная госпитализация в реанимационное отделение и расширенный консилиум врачей для решения вопроса о тактике ведения, объема хирургической помощи (нарушение пп.3 п.1 Приказа Агентства РК по делам здравоохранения от 12.02.2001 года №130 «О дальнейшем совершенствовании медицинской помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями»).

Имеет место неполный объем обеспечения лекарственными средствами в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (приобретение за счет средств родственников гептрал и таблеток уросан) и не обеспечена бесперебойная работа медицинского оборудования (аппарат для экстракорпоральной детоксикации). Также, по обращениям установлено, что со стороны врачей имело место ненадлежащее руководство принципами медицинской этики и деонтологии, уважительного и гуманного отношения к пациенту, не соблюдались общепринятые морально-этические нормы вежливости и корректности. При наличии у пациента признаков внутрипротоковой желчной гипертензии, наличия желчных камней в общем желчном протоке, нарастания желтухи, гнойного холангита, симптомов интоксикации не осуществлена полная декомпрессия желчных путей хирургическим путем, не устранена основная причина ухудшения состояния пациента и принято дальнейшее неверное решение - перевод в «ГБ №1» на гемодиализ. Малотравматичный двухэтапный способ операции (РХП-Г+ЭПСТ и затем холецистэктомия с декомпрессией желчных путей), произведенные в оптимальные сроки после поступления в стационар на фоне адекватной предоперационной подготовки, мог бы дать организму возможность сохранить компенсаторные резервы для борьбы с осложнениями и избежать повторного ухудшения состояния. Выявлен недостаточный уровень организационно – управленческой работы администрации по контролю за качеством хирургической работы и принимаемыми решениями врачей на практике. В медицинских картах выявлены нарушения оформления медицинской документации (нет интерпретации дополнительных методов исследования, лабораторных анализов, нет качественного описания объективного статуса в дневниках наблюдения). По результатам указанной проверки приказом главного врача «ГБ №2» заведующему общей хирургией Ш. объявлен строгий выговор, заведующему приемным покоем Т. объявлен выговор и заместителю главного врача К. объявлено замечание. Из представленного свидетельства о смерти следует, что С. скончался в возрасте 61 года и причиной смерти явился резидуальный холедохолитиоз.

В связи с обращением истца С., органами ДВД города А. по факту смерти С. проводилась доследственная проверка, в ходе которой на основании постановления следователя была проведена судебно-медицинская экспертиза, по заключению которой экспертами был сделан вывод, что врачами «ГБ №2» установленный диагноз у С. соответствует имеющимся патологическим нарушениям организма и установлен правильно. В возникновении вышеуказанных осложнений у больного С., а также в действиях врачей «ГБ №2» и «ГБ №1» какой-либо прямой причинно-следственной связи не имеется.

Давая правовую оценку указанному заключению эксперта, суд считает, что оно не совсем верно отражает причинную связь между возникновением осложнений у больного С., а также действиями врачей «ГБ №2», по следующим основаниям: По протоколу патологоанатомического исследования «ГБ №1» следует, что резидуальный холедохолитиоз выражен в 6 конкрементах диаметром 0,3-0,7 см в просвете холедоха (по данным протокола операции №122 «ГБ №1») и обусловлен неполной экстракцией конкрементов из холедоха в «ГБ №2» и это является основным заболеванием.

Непосредственной причиной смерти указана сердечно – сосудистая недостаточность на фоне интоксикации, которая, как видно, выражена в осложнении: гнойный холангит, гангрена общего печеночного протока. Эпиема желчного пузыря. Механическая желтуха. Сепсис. ДВС-синдром. Анемия. Перитонит. То есть в данном случае, интоксикация организма С. выражена в неполной экстракции конкрементов в «ГБ №2», наличием 6 конкрементов, которые создали препятствие оттоку желчи из печени и привели к механической желтухе, нарастанию воспалительных изменений и присоединению сепсиса, пораже-

нию почек с развитием гепаторенального синдрома и в дальнейшем нарастающая интоксикация повлияла на развитие сердечно –сосудистой недостаточности и смерти С. Сопоставляя указанные данные патологоанатомического исследования и результаты проверки аккредитованного эксперта, суд приходит к выводу, что смерть С. наступила по вине и халатности «ГБ №2», а именно после проведения ФГДС, РХПГ, ЭПСТ, МЭК, видя, что состояние пациента остается тяжелым, ухудшились показатели мочевыделительной системы, видя нарастание желтухи, гнойного холангита, симптомов интоксикации, лечаемыми врачами не была осуществлена полная декомпрессия желчных путей хирургическим путем, не устранена основная причина ухудшения состояния пациента и принято дальнейшее неверное решение - перевод в «ГБ №1» на гемодиализ. Таким образом, наличие вины лечащих врачей «ГБ №2» в смерти С. по причине халатности суд считает доказанной.

На основании ст. 940 п.1,2 ГК РК в случае смерти гражданина право на возмещение вреда имеют также один из родителей, супруг либо другой член семьи, независимо от трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими четырнадцати лет либо хотя и достигшими указанного возраста, но, по заключению медицинских органов, нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе.

В соответствии со ст. 946 ГК РК лица, ответственные за вред, связанный со смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается. Так, требование истца С.С. к «ГБ №2» по возмещению материального ущерба в размере 7 616 271 тенге, согласно приложенному расчету складывается из расходов на постройку могильного сооружения в размере 513 790 тенге, расходов на устройство поминального обеда в годовщину смерти С. в размере 362 459 тенге, расходы на приобретение лекарственных препаратов «Гептрал и Уросан» на сумму 30 250 тенге, а также суммы в размере 8 598 840 тенге, исходя из среднемесячной пенсии умершего, причитающийся им при жизни и количества утраченных лет жизни. Всего на общую сумму не менее 7 616 271 тенге. Требование истца С.С. касательно постройки могильного сооружения в размере 513 790 тенге подлежит удовлетворению, поскольку ее постройка и затраты средств доказаны представленным отчетом об оценке, проведенной ТОО «Юридическое экспертно-оценочное агентство».

Расходы на устройство поминального обеда в размере 362 459 тенге подлежат удовлетворению частично на сумму 341 299 тенге из следующего расчета: приобретение продуктов питания на сумму 20 700 тенге, о чем свидетельствует представленный закупочный акт и приложенный к нему чек на приобретение продуктов питания. Аренда зала на проведение поминального обеда в размере 50 000 тенге, подтвержденная выписанной счет –фактурой и приложенным к нему чеком, а также приложенными документами на приобретение туши мяса в размере 250 000 тенге. Поскольку доказательства относительно стоимости лекарственных средств «уросан, гептрал» суду не были предоставлены, а также не были предоставлены доказательства относительно приобретения истцом за счет собственных средств, суд считает требование о взыскании суммы в размере 30 250 тенге подлежит отказу в удовлетворении. Требование относительно взыскания суммы в размере 8 598 840 тенге, рассчитанное истцом С.С., исходя из среднемесячной пенсии умершего, причитающийся им при жизни и количества утраченных лет жизни, удовлетворению также не подлежит в виду отсутствия подтверждающих доказательств.

Таким образом, с «ГБ №2» в пользу истца С.С., подлежит возмещению сумма причиненного материального ущерба в размере 855 089 тенге.

Согласно ст. 951 ГК РК моральный вред – это нарушение, умаление или лишение неимущественных благ и прав физических и юридических лиц, в том числе нравственные или физические страдания (унижение, раздражение, подавленность, гнев, стыд, отчаяние, физическая боль, ущербность, дискомфортное состояние и т.п.) испытываемые потерпевшим в результате совершенного против него правонарушения. Учитывая, что действиях врачей «ГБ №2» установлено некачественное проведение лечения, повлекшее смерть С. и понесенными в связи с этим супругой С.С. физических и нравственных страданий, суд считает ее требование о взыскании морального вреда подлежит удовлетворению частично в размере 1 000 000 тенге. В виду изложенных обстоятельств, требование С. А., являющейся дочерью С., о взыскании морального вреда с «ГБ №2», также подлежит удовлетворению частично в размере 500 000 тенге, что складывается из перенесенных ею нравственных и физических страданий. Требование истца С.С. к ГУ «Управление здравоохранения» о возмещении причиненного материально-

го ущерба в размере 1 904 068 тенге и компенсации морального вреда в размере 3 095 932 тенге и требование истца С.А., к данному Управлению о компенсации морального вреда в размере 1 000 000 тенге, удовлетворению не подлежат, поскольку не предоставлены доказательства, что смерть С. наступила по вине этого Управления. Более того, в период с момента госпитализации до момента смерти С. истцами не были приняты меры к информированию Управления о ненадлежащих действиях работников «ГБ №2» и доказательства об обратном суду также не были предоставлены. Указанное свидетельствует, что Управлением приняты какие-либо меры для вмешательства в лечебный процесс не представилось возможным.

В то же время Управление как уполномоченный орган принял в отношении виновных лиц меры дисциплинарного характера. С жалобами в Управление о нехватке лекарственных средств истцы также не обращались. Лекарственное средство «уросан» приобретается путем проведения закупа у единого дистрибьютора, поэтому их количество является ограниченным. Приобретение лекарственного средства «гептрал» осуществляется медицинскими организациями и его закуп производился самостоятельно «ГБ №2», которое является самостоятельным юридическим лицом и медицинский персонал назначается и освобождается от должности приказом главного врача медицинской организации, а не данным Управлением. На основании ст. 110 ч.1 ГПК РК с ответчика «ГБ №2» в доход государства подлежит уплата государственная пошлина по требованию истца С.С., по возмещению материального ущерба – 8 550 тенге, по компенсации морального вреда - 865 тенге, а также по требованию истца С.А. по компенсации морального вреда в размере - 865 тенге. Всего на общую сумму 10 280 тенге.

Кроме того, с ответчика «ГБ №2» подлежит взыскание в пользу истца С.С. понесенные расходы по оценке могильного сооружения в размере 15 000 тенге [8].

Противоправность. Единого подхода к содержанию такого элемента гражданско-правовой ответственности как противоправность на сегодня нет. Так, Е. Козьминых обращает внимание на то, что противоправность проявляется в наличии конструктивных, производственных или иных недостатков, которые выступают следствием нарушений определенных требований, которые предъявляются к качеству медицинской помощи [9]. А.В. Тихомиров связывает противоправность с действиями, несоответствующими официальным требованиям, предписаниям, правилам [10]. Следует согласиться с мнением Е. Л. Поцелуева и А. Е. Горбунова, считающих возможным выделить два основных признака, отражающие всю сущность противоправности: 1) медицинский работник должен совершить деяние, которое будет полностью или частично не отвечать установленным нормам права и 2) недостаток (дефект) медицинской помощи, проявляющийся в несоответствии определенным условиям или обычно предъявляемым требованиям к её качеству [11].

Противоправность выражается чаще всего в активных действиях, но встречается и немало случаев причинения вреда бездействием обязанного лица. Сущность противоправного бездействия выражается в несовершении тех действий, которые медицинские работники обязаны были совершить (например, медсестра не сообщила врачу об ухудшении состояния пациента после введения ему лекарственного средства). Вопрос противоправности поведения в медицинской деятельности является важным для наступления уголовной ответственности, однако для наступления гражданско-правовой ответственности первостепенного значения не имеет, так как определяющей при оценке действий медицинского работника является принятая в гражданском праве презумпция вины в поведении, повлекшего причинение вреда [12].

Третьим условием гражданско-правовой ответственности медицинских работников является причинно-следственная связь между противоправным деянием и ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Проблема причинных связей должна разрешаться на методологической базе общеправового подхода к причинности и с учетом особенностей таких связей в правовой сфере. Прежде всего речь идет о том, что все явления природы и общественной жизни так или иначе взаимосвязаны и взаимозависимы. Однако эти взаимосвязи весьма разнообразны: в пространстве, во времени, как форма и содержание, как условие и обусловленное, как причина и следствие и т.д. С этой точки зрения причинно-следственная связь - лишь одна из разновидностей взаимосвязи явлений.

Различные явления могут быть связаны друг с другом не только как причина и следствие, а потому имеется опасность рассмотрения в качестве причинно-следственных иных взаимосвязей, в действи-

тельности не являющихся таковыми. В частности, причинно-следственную связь нередко смешивают со взаимосвязью условия и обусловленного. Так, грузовой автомобиль при развороте задел женщину, которая была госпитализирована с травмой бедра, а спустя некоторое время была признана инвалидом, но в связи с другим, скрытым ранее заболеванием, обострившимся в результате полученной травмы. Последняя, безусловно, была следствием наезда, но сама стала лишь условием, а не причиной потери трудоспособности у потерпевшей. Поэтому имущественная ответственность владельца автомобиля здесь не наступила.

Причинная связь всегда объективна - это реально существующая взаимосвязь явлений, а не субъективное представление о ней. Поэтому она должна быть подтверждена реально, а не основываться лишь на предположениях или догадках. Необоснованно поэтому иногда встречавшееся в теоретической литературе деление причинных связей на необходимые и случайные.

Объективность причинной связи выражается в том, что данная причина в аналогичных условиях всегда порождает данное следствие и в этом смысле не зависит от каких-либо случайностей.

Наконец, причинная связь всегда конкретна и является таковой только в реальной ситуации, ибо в ином случае данное следствие может стать причиной, а соответствующая взаимосвязь может иметь совсем другое значение. Ведь одно и то же следствие может порождаться несколькими различными причинами, а одна и та же причина может породить несколько разных последствий. В отдельной же реальной ситуации всегда необходимо и возможно выявить конкретную причину и конкретное следствие, имеющие такое значение именно для данного случая.

Таким образом, взаимосвязь причины и следствия - объективно существующая разновидность взаимосвязи явлений, которая характеризуется тем, что в конкретной ситуации из двух взаимосвязанных явлений одно (причина) всегда предшествует другому и порождает его, а другое (следствие) всегда является результатом действия первого [13].

Выявление причинно-следственной связи является наиболее трудной проблемой в гражданской ответственности. Особенно это проявляется в медицинской сфере. И. Г. Вермель писал: «Заключение судебно-медицинской экспертизы по таким делам является одним из основных доказательств» [14].

Как отмечали С. В. Ерофеев и Ю. Д. Сергеев, в заключениях судебно-медицинской экспертизы постоянно используются два термина, оценивающие связь: «прямая» и «связь отсутствует» («отрицательная»). Иногда (52%) употребляется «косвенная», в остальных случаях этот вид связи именовался как «опосредованная», «случайная», «непрямая». В ряде случаев такая связь подразумевалась, но точного наименования не получала: конкретный ответ о связи подменялся правильными, но многословными рассуждениями о взаимоотношении сложностей оказания помощи с несущественными нарушениями лечебно-диагностического процесса [15].

Все эти признаки применимы при определении причинно-следственной связи по делам о причинении вреда при осуществлении медицинской деятельности. Необходимо только помнить, что не всякая последовательность явлений во времени означает существование причинной связи в медицинской практике. А. Н. Савицкая приводит такой пример. Х. ударил Р. ножом в живот, причинив тяжкое телесное повреждение. Р. в тяжелом состоянии был доставлен в больницу, где ему была сделана операция, после чего он через три часа умер. В результате рассмотрения дела в нескольких инстанциях исковые требования о возмещении вреда удовлетворены вышестоящей инстанцией и обязанность возмещения в равных долях возложена на Х. и больницу. Одна из инстанций, отказывая в иске, указала, что отсутствует между ножевым ранением, нанесенным Х., и смертью Р. прямая причинная связь, а также причинная связь между некоторыми упущениями медицинского персонала больницы и смертью Р. Вышестоящая инстанция, отменяя решение суда, указала, что в своем выводе об отсутствии причинной связи между ранением и смертью суд исходил лишь из одного обстоятельства, содержащегося в заключении эксперта, а именно смерть наступила от асфиксии.

Однако, хотя Р. умер не непосредственно от ножевого ранения, смерть его явилась результатом, вызванным этим ранением, и по заключению экспертизы между ранением и смертью Р. имеется косвенная причинная связь. Освобождая больницу от ответственности, суд исходил из двух обстоятельств: а) вывода экспертизы, что операция была проведена технически грамотно и правильно и что для Р. не требовалось выставлять специальный пост; смерть его наступила быстро и неожиданно, без внешних признаков механической асфиксии; б) прекращения уголовного дела, возбужденного в связи со

смертью Р. в отношении хирурга и медсестер, за отсутствием в их действиях состава преступления. При этом не было учтено, что врач и медицинская сестра не осуществляли надлежащего наблюдения за послеоперационным больным Р. до его полного выхода из состояния наркоза. Для оценки обоснований решений необходимо прежде всего выделить факты, которые предшествовали смерти Р. Ими являются: ножевое ранение в живот, проведение операции, ненадлежащее наблюдение за послеоперационным больным. Поскольку причинная связь как элемент правонарушения должна быть между противоправным поведением и наступившим вредом, то из цепи явлений, последовательно предшествовавших смерти Р., должны быть исключены те, которые являются правомерными. В данном деле таковым является надлежаще проведенная операция. В цепи явлений, предшествующих наступлению смерти, остаются два — ножевое ранение и ненадлежащее исполнение медицинскими работниками больницы своих обязанностей. Вышестоящая инстанция придала этим двум противоправным явлениям одинаковое значение, исходя из временной последовательности явлений, которые предшествовали смерти Р. Возможность наступления асфиксии, как видно из дела, могла быть предвидена медицинским персоналом. В заключении судебной экспертизы отмечается, что перед операцией полагалось очистить кишечник и желудок, однако состояние больного требовало немедленного хирургического вмешательства. Из этого следует, что невыполнение необходимой процедуры перед такого рода операцией является уважительным и поэтому бездействие правомерно. Но правомерное невыполнение этой обязанности породило другую — обязанность непрерывного наблюдения за Р. в послеоперационный период до полного выхода больного из состояния наркоза. Следствием невыполнения этой обязанности (а в этом случае невыполнение является противоправным) явилась асфиксия, вызванная попаданием в дыхательные пути во время рвоты пищевой массы, оставшейся в желудке. В этом примере ясно видно, что в медицинской практике не всякая последовательность явлений во времени означает существование причинной связи. Устанавливает причинно-следственную связь в делах причинения вреда при осуществлении медицинской деятельности экспертиза [16].

Заключение в абсолютном большинстве случаев является главным процессуальным доказательством по делу. Нередко суд в силу тех или иных причин склонен абсолютизировать экспертное заключение и не видит явные или скрытые изъяны, и поэтому требуется грамотный профессиональный юридический анализ заключения судебно-медицинской экспертизы [17].

Далее рассмотрим четвертое условие наступления гражданско-правовой ответственности.

Вина, в отличие от вины в уголовном праве, не играет большой роли в гражданско-правовой ответственности. Презумпция невиновности, расширение ответственности без вины (источник повышенной опасности, ответственность за действия третьих лиц, предпринимательский риск), отсутствие форм вины, характерных для уголовного права, и т.д. Все эти общеизвестные обязательства говорят лишь о том, что нельзя строить гражданско-правовую ответственность по модели уголовной и что вопросы о роли и значении вины в гражданско-правовой ответственности должны быть уточнены. Главная и чуть ли не единственная функция ответственности — это компенсационная. Стимулирующая функция если и имеет какое-то значение, то второстепенное и дополнительное. Главное в гражданско-правовой ответственности — это восстановление нарушенных прав, а не наказание, как в других отраслях права. А при восстановлении прав главное — это получить компенсацию. При этом никого не интересует психическое отношение нарушителя к совершенному правонарушению, важен сам факт и его противоправность [18].

О.А. Цыганова, Е.А. Мартынов, И.В. Ившин предлагают под виной понимать непринятие правонарушителем всех возможных мер по устранению неблагоприятных последствий своего поведения, необходимых при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась от него по характеру лежащих на нем обязанностей и конкретным условиям гражданского оборота. Указанное определение значительно расширяет границы деяний лиц, согласно которым они могут быть признаны виновными [19].

В.В. Сезёв под виной подразумевает психическое отношение лица к своему противоправному поведению, связанному с процессом оказания медицинских услуг, и к их результату, которое основано на возможности предположить и предотвратить наступление негативных последствий этого поведения [20]. Понятие вины, по мнению В.В. Пучковой, следует рассматривать как сознательный отказ нарушителя от соблюдения норм закона, в частности, в сфере охраны здоровья. При определении наличия вины следует учитывать обстоятельства, при которых нарушитель не принимает никаких мер по пре-

дотворщению отрицательных последствий, возникших в результате противоправного его поведения [21]. Как известно, вина выражается в форме умысла - прямого или косвенного, и неосторожности - легкомыслия (самонадеянности) и халатности (небрежности), поэтому в последнем случае медицинский работник не предвидит наступления вредных последствий (т.е. здесь нет сознательного отказа от следования нормам права), но может и должен их предвидеть. Ответственность по неисполненным или исполненным ненадлежащим образом обязательствам медицинское учреждение несет, как правило, при наличии вины, что вытекает из анализа ч. 1 статьи 359 ГК Республики Казахстан.

При этом особенностью гражданско-правовой ответственности причинителя вреда является презумпция его виновности, которая заключается в том, что виновность ответчика предполагается до тех пор, пока он не докажет обратное [22]. Однако нормой (статья 359 ГК РК) определены условия, при которых вина отсутствует: должник признается невиновным, если докажет, что он принял все зависящие от него меры для надлежащего исполнения обязательства.

Анализ практики судебных рассмотрений по искам пациентов последних лет показывает, что доказать все четыре признака гражданского правонарушения - дело очень сложное, практически невозможное. Приведем пример из судебной практики.

А. обратилась в суд с иском, мотивировав его тем, что она является инвалидом II группы вследствие хронического заболевания сердечно-сосудистой системы. Истец была направлена на консультацию в областной кардиохирургический центр города Караганды, где аритмолог Б. назначил ей препарат «Варфарин» под контролем МНО и ПТИ, после чего в центре ей корректировали дозу этого препарата четырежды. В дальнейшем, корректировку дозы осуществляла врач-кардиолог поликлиники 1 М. При приеме препарата в дозах, установленных вышеуказанными лицами, у истца не возникало каких-либо отклонений в состоянии здоровья. Спустя несколько дней года истец обратился в поликлинику 2 к врачу-кардиологу Ф., которая увеличила дозу «Варфарина». В результате этого у нее о прошествии недели началось кровотечение из носа, она была госпитализирована и находилась в стационаре две недели. Спустя два месяца в КГП «Родильный дом» ей произведена операция - гиперплазия эндометрия.

За время нахождения в больницах истец испытывал страх, угнетение и моральные страдания, так как неправомерные действия врача-кардиолога Ф., выразившиеся в неправильной дозировке лекарственного препарата «Варфарина», существенно ухудшили ее здоровье. Материальный ущерб истец оценил в 1 000 000 тенге и просил взыскать причиненный материальный ущерб и компенсацию за моральный вред.

Решением Темиртауского городского суда исковые требования А. удовлетворены частично. С поликлиники 2 в пользу А. взыскана компенсация морального вреда в сумме 100 000 тенге.

В удовлетворении остальных исковых требований А. отказано.

Постановлением апелляционной судебной коллегии решение суда изменено.

Решение суда в части взыскания с поликлиники 2 в пользу А. компенсации морального вреда в сумме 100 000 тенге и государственной пошлины отменено с вынесением нового решения об отказе в иске.

В остальной части решение суда оставлено без изменения.

В ходатайстве истец просит отменить постановление апелляционной судебной коллегии с оставлением в силе решения суда первой инстанции, мотивируя тем, что судом апелляционной инстанции нарушены требования норм материального права. Заявитель полагает, что судом первой инстанции в полном объеме исследованы все обстоятельства дела, им дана надлежащая правовая оценка. Судом первой инстанции установлено, что по вине врача Ф. ей причинены материальный и моральный вред.

Изучив материалы, приложенные к ходатайству, и доводы ходатайства, судья полагает, что оснований для пересмотра судебных актов не имеется по следующим основаниям.

Судами установлено, что из акта внеплановой проверки, проведенной РГУ «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РК по Карагандинской области» по жалобе истца, следует, что назначение «Варфарина» истцу в сочетании с препаратом ацетилсалициловой кислоты было оправдано и соответствовало клиническому протоколу.

В отношении действий врача Ф. в акте отмечено, что коррекция кардиологом дозы «Варфарина» (в сторону увеличения) обоснована в связи с отклонением показателя МНО в сторону гиперкоагуляции, но требовала со стороны врача кардиолога повышения бдительности в отношении гемостаза и необходимо было точно оценить риск развития кровотечения, т.е. был необходим тщательный контроль МНО.

Судом апелляционной инстанции установлено, что истцу на приеме врачом Ф., наряду с назначением увеличенной дозы препарата «Варфарин», были даны необходимые рекомендации для лечения. Тогда как стороной истца не представлено доказательств того, что он выполнял все рекомендации врача, а также истцом приняты во внимание указания врача о необходимости контроля за действием препарата и сдаче анализов.

По делу отсутствуют данные о том, как принимала назначенный препарат истица; не имелось ли фактов его передозировки. Поскольку препарат принимался истцом в домашних условиях, то возможность проверить врачу, принимается ли тот в строгом соответствии с назначением, отсутствует. Кроме того, установлено, что медицинская карта находилась на руках у истца, и не была передана в медицинское учреждение, что предполагает возможность для больного обращаться за медицинской помощью по своему выбору в любое медицинское учреждение либо к частному врачу и практически исключает возможность контроля со стороны лечащего врача за ходом лечения.

Судом апелляционной инстанции установлено, что проведенное в стационаре лечение и в отделении гинекологии роддома города Т. диагностическое выскабливание истцу не связано с употреблением препарата «Варфарин», который назначен и после выписки из медицинских учреждений, а кровотечение у пациентов, принимающих указанное лекарство, является побочным эффектом, о чем пациент предупреждается врачами с указанием о необходимости наблюдения.

Со стороны врача Ф. и работников поликлиники 2 не было причинено никакого вреда А., а все действия по назначению препарата, оказанию помощи и лечения были обоснованными и правомерными.

При таких обстоятельствах выводы суда апелляционной инстанции об отказе в удовлетворении исковых требований А. являются законными и обоснованными.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного суда не нашла оснований к пересмотру постановлений судов [23].

На наш взгляд, представляет научный и практический интерес постановление судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Казахстан по гражданскому делу по иску гражданина С. к государственному учреждению «Управление здравоохранения Карагандинской области», государственному учреждению «Департамент казначейства Карагандинской области», коммунальному государственному предприятию «Больница города Шахтинска» о возмещении морального вреда. В судебной медицинской практики это дело относится к так называемым «тампоновым делам», то есть, когда после хирургической операции в теле пациента врачи забывают медицинские инструменты, марлевые тампоны, перчаточный дренаж и другие предметы.

Решением районного суда № 2 Казыбекбийского района города Караганды от 18 января 2016 года иск С. удовлетворен частично:

- с КГП «Больница города Шахтинска» в пользу С. в счет возмещения морального вреда взыскано 2 000 000 тенге;

- с КГП «Больница города Шахтинска» в доход государства взыскана государственная пошлина 991 тенге.

Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 29 февраля 2016 года решение суда оставлено без изменения.

В ходатайстве заявитель просит отменить постановление апелляционной инстанции и вынести новое решение об отказе в удовлетворении иска, мотивируя тем, что опрошенные свидетели участники операции 2003 года, отрицали факт оставления инструмента в теле истца. Также не приняты во внимание факты, указывающие на наличие признаков проведенной ранее в 2003 году операции на кишечнике истца. Заявитель кроме того указал, что взысканная сумма морального вреда в размере 2 000 000 тенге является завышенной и невозможной к исполнению, так как не является целевым расходованием бюджетных средств. В настоящее время у предприятия сложилась кредиторская задолженность.

Изучив доводы ходатайства, суд полагает, что оснований для пересмотра судебного акта не имеется по следующим основаниям.

В соответствии с частью 5 статьи 438 ГПК основаниями к пересмотру в кассационном порядке вступивших в законную силу судебных актов являются существенные нарушения норм материального и процессуального права, которые привели к вынесению незаконного судебного акта.

Таких нарушений по делу не допущено. Из судебных актов следует, что С. 11 декабря 2014 года поступил в больницу города Шахтинска с жалобами на боли в животе. Была проведена рентгенография

брюшной полости и установлено, что в брюшной полости находится инородное тело - медицинский зажим.

В рамках уголовного дела, где С. был признан потерпевшим, постановлением следователя назначена экспертиза.

Заключением эксперта № 208к, установлено, что медицинский зажим был оставлен врачами КГП «Больница города Шахтинска» во время проведения операции холецистэктомии (удаление желчного пузыря в 2003 году). Из этого же заключения следует, что при проведении 11 мая 2003 года рентгена перед операцией холецистэктомии в брюшной полости отсутствовал инородный предмет.

Вывод комиссии был сделан на основании медицинской карты больного из КГП «Больница города Шахтинска» и на основании рентгенографии брюшной полости, проведенной в декабре 2014 года. Дословно по записи рентгенолога указано: «на обзорной рентгенограмме брюшной полости от 11 мая 2003 года в 17 часов 10 минут рентгенологических данных за кишечную непроходимость не выявлено. Операция проведена сразу же в этот же день в 18 часов 05 минут».

Согласно пунктам 1, 2 статьи 952 ГК РК моральный вред возмещается в денежной форме; при определении размера морального вреда учитывается как субъективная оценка потерпевшим тяжести причиненного ему нравственного ущерба, так и объективные данные, свидетельствующие о степени нравственных и физических страданий потерпевшего: жизненная важность блага, бывшего объектом посягательства (жизнь, здоровье, честь, достоинство, свобода, неприкосновенность жилища и т.д.) иные заслуживающие внимания обстоятельства.

В силу пункта 8 нормативного постановления Верховного Суда Республики Казахстан от 27 ноября 2015 года № 7 «О применении судами законодательства о возмещении морального вреда» судам при определении размера компенсации морального вреда необходимо принимать во внимание как субъективную оценку гражданином тяжести причиненных ему нравственных или физических страданий, так и объективные данные, свидетельствующие об этом, в частности: жизненную важность личных неимущественных благ и прав (жизнь, здоровье, свобода, неприкосновенность жилища, личная и семейная тайна, честь и достоинство и т. д.); степень испытываемых потерпевшим нравственных или физических страданий (лишение свободы, причинение телесных повреждений, утрата близких родственников, утрата или ограничение трудоспособности и т. д.); форму вины (умысел, неосторожность) причинителя вреда, когда для возмещения морального вреда необходимо ее наличие.

Суд первой инстанции, руководствуясь вышеуказанными нормами, а также заключением экспертизы № 208к справедливо и обоснованно удовлетворил иск С. частично, взыскав с ответчика в пользу истца в счет возмещения морального вреда 2 000 000 тенге, поскольку заключением эксперта достоверно установлено, что медицинский зажим был оставлен врачами КГП «Больница города Шахтинска» во время проведения операции холецистэктомии (удаление желчного пузыря в 2003 году). На протяжении длительного времени (двенадцати лет) истец испытывал тяжелые нравственные и физические страдания. Из-за длительного нахождения в брюшной полости инородного предмета был причинен существенный вред его здоровью. В связи с чем судом правомерно определен размер морального вреда. Достоверных доказательств обратного ответчиком не представлено.

С указанными выводами суда обоснованно согласилась апелляционная судебная коллегия. При установленных по делу обстоятельствах местными судами нарушений норм материального либо процессуального права не допущено, ввиду чего оснований для удовлетворения ходатайства заявителя не имеется [24].

Список использованной литературы к главе 6:

1. *Смирнов В.Т.* Гражданская ответственность государственных предприятий за причинение увечья или смерти работникам. М., 1957. С. 5, 10 - 11.
2. *Ситдикова Л.Б.* Проблемы гражданско-правовой ответственности за причинение вреда здоровью пациента: вопросы теории и судебной практики // Медицинское право. 2016 г. № 6 (70) . С. 7.
3. *Сучкова Т.Е.* К вопросу об истоках формирования института юридической ответственности медицинских работников // Медицинское право. 2015. № 4. С. 56.

4. *Гнатюк О.П.* Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 16-21.
5. Гражданское право: в 4-х т. Т. 4: Обязательственное право: учебник. 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. Е.А. Суханова. М.: Волтерс Клувер, 2008. С. 376
6. *Цыганова О.А.* Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности: учеб. пособие / О.А. Цыганова, А.Е. Мартынов, И.В. Ившин; под ред. Т.Г. Светличной. Архангельск: Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2009. С. 177.
7. *Каменева З.В.* Гражданско-правовая ответственность за вред, причинённый жизни и здоровью медицинскими услугами ненадлежащего качества // Вестник Адвокатской палаты Кировской области. 2016. № 1. С. 39-43.
8. Дело №2 а - 2451 /2013 г. Астана - Банк Судебных актов Верховного Суда РК
9. *Козьминых Е.* Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Российская юстиция. 2001. № 2. С. 32-34.
10. *Тихомиров А.В.* Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: дис. ... канд. юрид. наук 12.00.03 / А.В. Тихомиров. М., 2007. С. 65.
11. *Поцелуев Е.Л., Горбунов А.Е.* Гражданско-правовая ответственность за ненадлежащее врачевание // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2016. Т. 4, № 4 [Электронный ресурс].
12. *Шевчук Е.П.* Причинно-следственная связь как условие деликтной ответственности при оказании медицинских услуг // Сибирский юридический вестник. 2009. № 2. С. 60-64.
13. *Суханов Е.А.* Гражданское право. В 4 т. Т. 1: Общая часть : учеб. для студентов вузов, обучающихся по направлению «Юриспруденция». отв. ред. Е.А. Суханов. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Волтерс Клувер, 2006. С. 603 - 605.
14. *Вермель И. Г.* Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Свердловск. 1988. С. 4.
15. *Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В.* Неблагоприятный исход медицинской помощи. М. 2001. С. 143.
16. *Савицкая А. Н.* Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов. Вища школа. 1982. С. 64.
17. *Шиманская С. В.* Причинно-следственная связь как условие гражданско-правовой ответственности при осуществлении медицинской деятельности // Медицинское право. 2010, N 4. С.
18. *Сулейменов М.К.* Институт ответственности в литературе и законодательстве // Юрист. 2006. № 6.
19. *Цыганова О.А.* Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности: учеб. пособие / О.А. Цыганова, А.Е. Мартынов, И.В. Ившин; под ред. Т.Г. Светличной. Архангельск: Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2009. С.177.
20. *Сезёв В.В.* Особенности применения внедоговорной ответственности в сфере медицинских услуг // Экономика и социум. 2015. № 5.С. 69-71.
21. *Пучкова В.В.* Определение правовой природы и роли юридической ответственности медицинских работников в правовой защите пациентов // Научный результат. Серия: Социальные и гуманитарные исследования. 2016. № 1.С. 77-82.
22. *Куранов В.Г.* Гражданско-правовая ответственность за правонарушения в сфере здравоохранения: основания, виды, порядок ее определения и наложения на виновных // Актуальные проблемы российского права. 2014. № 11. С. 2398-2404.
23. Постановление судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Казахстан от 22 февраля 2016 года № 3г-1412-16
24. Дело № 2 а от 18 января 2016 года. - Решение районного суда № 2 Казыбекбийского района города Караганды.



Экономика и право Казахстана

Журнал № 01 (547)

Главный редактор
Ответственный секретарь
Набор и компьютерная верстка

А. П. СКВОРЦОВ
А. Н. СКВОРЦОВА
Ю. К. КОЧМАРИК

Собственник: Центр деловой книги «ГЛОБУС».

Отзывы и пожелания просим направлять по адресу:

050026, г. Алматы, ул. Нурмакова, 26/195, оф. 56, тел.: 379-02-20, 379-02-22, факс: 379-02-22.

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание публикуемых статей редакция ответственности не несет.

Сдано в набор 28.01.2020 г. Подписано в печать 31.01.2020 г. Формат 60x84 ¹/₈.

Тираж 99 экземпляров. Отпечатано в типографии Центра деловой книги «Глобус», тел.: 379 02 20 (факс), 379 02 22.