



НАО «Медицинский университет Астана»
Новосибирский государственный университет экономики и управления (НГУЭУ)
МБОУ ВО «Волжский институт экономики, педагогики и права»

**«МЕДИЦИНА И ПРАВО: РЕГУЛИРОВАНИЕ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА»
Материалы**

*международной научно-практической конференции, организованной в рамках
празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан*

28 октября, 2021 год

«МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ҚҰҚЫҚ: РЕТТЕУ ЖӘНЕ СОТ ПРАКТИКАСЫ»

*Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 30 – жылдығын мерекелеу аясында
ұйымдастырылған халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдары*

28 қазан, 2021 жыл



НАО «Медицинский университет Астана»
Новосибирский государственный университет экономики и управления (НГУЭУ)
МБОУ ВО «Волжский институт экономики, педагогики и права

«МЕДИЦИНА И ПРАВО: РЕГУЛИРОВАНИЕ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА»
Материалы
*международной научно-практической конференции, организованной в рамках
празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан*

28 октября, 2021 год

«МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ҚҰҚЫҚ: РЕТТЕУ ЖӘНЕ СОТ ПРАКТИКАСЫ»
*Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 30 – жылдығын мерекелеу аясында
ұйымдастырылған халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдары*

28 қазан, 2021 жыл

Нұр-Сұлтан 2021

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

УДК 61:340(574)

ББК 5:67(5Каз)

Организационный комитет — Ұйымдастыру комитеті
Тлембаева Ж.У., Апарина И.В., Шерстобоев О.Н., Базарова Г.С., Даулетханова А.А., Усипбекова Ж.Ж., Кудайбергенова М.Ж.

Редакционная коллегия — Редакция алкасы
Тлембаева Ж.У. (Ответственный составитель)
Апарина И.В., Шерстобоев О.Н., Базарова Г.С., Даулетханова А.А.

М 39

Медицина и право: регулирование и судебная практика: материалы международной научно-практической конференции, организованной в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан. Медицина және құқық: реттеу және сот практикасы: Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 30 – жылдығын мерекелеу аясында ұйымдастырылған халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдары / Астана медицина университеті КеАҚ – Нұр-Сұлтан: Астана медицина университетінің баспасы, 2021. 240бб.

Қазақша – орысша.

ISBN 978-601-244-374-5

28 октября 2021 года Некоммерческим акционерным обществом «Медицинский университет Астана» совместно с Новосибирским государственным университетом экономики и управления, муниципальным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Волжский институт экономики, педагогики и права» была проведена международная научно-практическая конференция, организованная в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан, на тему: «Медицина и право: регулирование и судебная практика». На конференции были обсуждены актуальные проблемы медицинского права, этики, деонтологии и биоэтики, законодательства в сфере здравоохранения и практики его применения, судебной практики, предупреждения правонарушений в системе здравоохранения.

Материалы сборника представляют интерес для преподавателей, студентов, магистрантов, докторантов, практических работников, интересующихся правовыми вопросами в области медицины.

2021 жылдың 28 қазанында «Астана медицина университеті» коммерциялық емес акционерлік қоғамы Новосібір мемлекеттік экономика және басқару университетімен, «Волга экономика, педагогика және құқық институты» жоғары білім берудің муниципалдық бюджеттік білім беру мекемесімен бірлесіп «Медицина және құқық: реттеу және сот практикасы» атты тақырыбында Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 30 – жылдығын мерекелеу аясында ұйымдастырылған халықаралық ғылыми-практикалық конференция өткізді. Конференцияда медициналық құқықтың, этика, деонтология мен биоэтиканың, денсаулық сақтау саласындағы заңнамана мен оны қолдану практикасының, сот практикасының, денсаулық сақтау жүйесіндегі құқық бұзушылықтардың алдын алудың өзекті проблемалары талқыланды.

Жиінеқ материалдары медицина саласындағы құқықтық мәселелерге қызығушылық танытатын оқытушылар, студенттер, магистранттар, докторанттар, практикалық қызметкерлер үшін қызығушылық тудырады.



УДК 61:340(574)

ББК 5:67(5Каз)

ISBN 978-601-244-374-5

НАО «Медицинский университет Астана»©, 2021

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

СОДЕРЖАНИЕ

Секция 1. Социально-экономическое и правовое регулирование медицинской деятельности. Биоэтика, медицина и медицинское право: теоретические и прикладные аспекты		
Әбдірайым Б.Ж.	О вопросах предоставления страховых гарантий медицинским работникам в условиях COVID-19: проблемы правоприменения	7-9
Апарина И.В.	Морально-правовые и медицинские аспекты суррогатного материнства	10-13
Алиева И.Ж.	Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе социально-экономических прав и социальной государственности	14-20
Базарова Г.С.	Сущность и содержание конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь	20-26
Блинкова Е.А.	К вопросу о проблемах правового регулирования лекарственного обеспечения населения	27-30
Богатырева Л.Б.	Социальная обусловленность модернизации законодательства в сфере здравоохранения Республики Казахстан	30-34
Байтекова К.Ж., Сарыбаева Н.А.	Эвтаназия: вечная проблема биоэтики, медицины и права	34-37
Виноградов В.В., Вакарёв А.А.	К вопросу о дополнительных условиях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации	38-41
Горобец Н.А., Приходько Д.А.	Право на медицинскую помощь и вакцинация от COVID-19 в Украине	41-43
Даулетханова А.А.	Искусственный интеллект в медицине: правовые аспекты	43-46
Доника А.Д., Доника Д.А.	Вакцинация в проблемном поле биоэтики и права	47-49
Ивашева В.В., Севастьянова Ю.В.	Пути совершенствования нормативного регулирования при оказании медицинской помощи с учетом международного опыта	56-59
Жетписбаев Г.А., Кемелбай А.Б.	Врачебная ошибка: халатность или заблуждение?	49-53
Зубарева Е.В., Рудаскова Е.С., Адельшина Г.А.	К вопросу о медицинском и правовом аспектах допуска к тренировочно-соревновательной деятельности спортсменов с признаками соединительнотканной дисплазии сердца	53-56

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Кашка Д.А.	Проведение профилактики антибактериальных осложнений и аллергических реакций при оперативном лечении в хирургической практике	59-64
Климкин С.И.	Некоторые гражданско-правовые аспекты Кодекса о здоровье Республики Казахстан	64-66
Колябин А.Ю.	К вопросу о гражданском обороте донорской крови и ее компонентов	66-68
Кравченко Е.Н.	Современный взгляд на проблему родовой травмы	68-72
Макарцев А.А., Шерстобоев О.Н.	К вопросу роли Конституционного Суда РФ в процессе имплементации международных правовых стандартов в сфере здравоохранения в российскую правовую систему	72-84
Маркушевская Е.А., Мазниченко Д.В.	Проблема формирования здорового образа жизни младших школьников	84-87
Московский С.Н, Конев В.П., Штейнборн И. Г., Линник М. М., Сайдашева Э. М., Третьяков А.М.	Правовые аспекты действий педиатра при выявлении признаков насилия у детей	87-92
Матурина А.И., Соболева С.Ю.	Проблема лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями	92-94
Овчинникова А.В., Косинова Н.Н.	Анализ нормативно-правового регулирования эффективности и качества оказания медицинской помощи	94-98
Пилия Д.Э.	Конституционное право на жизнь и правовой статус эмбриона по законодательству Республики Абхазия	98-102
Смагулова А.С., Смагулов А.А	Дәрігерлер мен емшілердің құқықтық жауапкершілігінің қалыптасу тарихы	102-104
Тлембаева Ж.У.	О значении принципов и правил врачебной и биомедицинской этики в правотворчестве и правоприменении в сфере здравоохранения	105-110
Турсынбаев К. А., Иржанов А.С., Досымова Д.М.	О некоторых проблемных вопросах социальной защиты прав лиц с инвалидностью	110-115
Усенков И.А.	Национальное мягкое право в пандемию COVID-19	115-117
Усенбаева А. У.	Денсаулық сақтау саласын заңнамалық тұрғыда реттеу	117-121
Секция 2. Состояние и проблемы современной судебной практики по делам в отношении медицинских работников и медицинских организаций. Проблемы уголовной ответственности в сфере здравоохранения		

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Аманжолова А.М., Кусайнова Ж.Д., Сулейменова Д.М.	Судебная экспертиза в стоматологической сфере	122-123
Жаппарова А.С.	Медицинские уголовные правонарушения: текущая ситуация и некоторые вопросы законодательного регулирования.	123-127
Жамбаев Е.С.	Административно-правовое регулирование страхования профессиональной ответственности как форма правовой защиты медработников: зарубежный опыт	127-130
Когамов М.Ч.	Уголовно-процессуальные основы противодействия медицинским уголовным правонарушениям	131-132
Кудайбергенова М.Ж.	Медицина саласындағы қылмыстық құқық бұзушылықтардың алдын алу шаралары: халықаралық тәжірибе	132-136
Lytvynenko Anatoliy A., Jurkeviča Tatjana I	Revelations of the patient's HIV-status records: comparative and international court practice	136-140
Нургазинов Б.К.	Уголовная ответственность за медицинские уголовные правонарушения в Республике Казахстан	140-148
Плеханова Л.Н.	Эволюция судебной практики по делам о защите прав пациентов	148-151
Плюшкин В.А.	Ответственность ЛПУ и врача: проблема соотношения	151-155
Рахметов С.М.	Уголовная ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником	155-160
Садыкова Я.М.	Судебные решения и доказывание в гражданских делах, возникающих из споров о предоставлении медицинских услуг в Украине	161-162
Филин В.В., Сидорова Н.В., Ан А.Н.	Научно-правовой комментарий статьи 80 Кодекса Республики Казахстан об административных правонарушениях «Необоснованность порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи	163-165
Хамзина М.Г.	Медициналық қылмыстық құқық бұзушылықтар субъектісінің ерекшеліктері	166-169
Утанов М.А.	Некоторые особенности досудебного расследования и судебного рассмотрения преступлений о причинении смерти по неосторожности, совершенных медицинскими работниками	169-174
Секция 3 Досудебное урегулирование споров с пациентами		
Абаева Ж.М.	Вопросы развития института досудебного урегулирования спора с применением примирительных процедур в суде	175-179
Тажибай Б.А.	Социальный диалог как эффективный инструмент защиты прав медицинских работников	179-181

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Мырзаханова М.Н.	Использование цифровой коммуникации в условиях онлайн технологии»	181-183
Кашка Д.А.	Взгляд практического врача на перспективы медиации в здравоохранении	183-187
Кабельков С.Н.	Медиация как способ досудебного урегулирования споров с пациентами при разрешении уголовно-правового конфликта	187-190
Кулмаганбетова Ф.С	Медиация – тараптардың ерікті келісімі	190-194
Төлепбергени Ж.Т., Раева М.С.	К вопросу о применении медиации в сфере здравоохранения в Республике Казахстан	194-197
Усипбекова Ж.Ж.	Анализ практики применения медиации при разрешении медицинских споров (на примере Центра примирения «Татуласу орталығы» при Медицинском университете Астана»)	197-102

Секция 1. Социально-экономическое и правовое регулирование медицинской деятельности. Биозтика, медицина и медицинское право: теоретические и прикладные аспекты

УДК 342.9

О ВОПРОСАХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В УСЛОВИЯХ COVID-19: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ

Әбдірайым Б.Ж.

доктор юридических наук, профессор, академик НАН РК,
профессор кафедры медицинского права и этики НАО «Медицинский университет Астана»

Медицинский университет Астана является флагманом в области медицинского права. Благодаря поддержке Правления университета была создана кафедра медицинского права и этики. За столь короткое время кафедрой проведена значительная работа по проведению нескольких важных мероприятий, связанных с самыми актуальными вопросами привлечения к ответственности медицинских работников, введения института медиации и другими.

В настоящее время широкий общественный резонанс вызывают факты, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи медицинскими работниками, которые допускают преступную халатность. Согласно статистическим сведениям Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры наблюдается рост количества зарегистрированных уголовных дел. В Казахстане ежегодно заводятся порядка 600-800 дел по статьям 317-323 Уголовного кодекса Республики Казахстан. Однако, не по всем правонарушениям возбуждаются уголовные дела. Как правило, уголовные дела возбуждаются, но во время следствия закрываются за их недоказанностью. Так, за 2016 по 2019 годы в суды Республики по статье 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан поступило лишь около 40 уголовных дел (5 %). Не стоит забывать, что за каждым из этих дел стоит судьба пациента, врача, медицинской сестры, репутация медицинской организации.

В чем же причина такой ситуации?

Во-первых, в недостаточной четкости изложенных в указанных статьях Уголовного кодекса квалифицирующих признаков преступлений. Во-вторых, в судебной практике по данным делам имеются существенные пробелы. В этих условиях юристам, тем более непрофессионалам, а именно медицинским работникам очень сложно квалифицировать свои действия. Все эти вопросы могут быть решены в рамках обобщения судебной практики по указанной категории дел и принятия нормативного постановления Верховного Суда Республики Казахстан по вопросам применения судебной практики по применению статей 317-323 Уголовного кодекса Республики Казахстан.

Для меня, как для бывшего судьи Верховного суда, хорошо знающего судебную практику несколько непонятно, почему до сих пор Верховным судом как главным органом, осуществляющим правосудие в стране, до сих пор не сформирована судебная практика по данной категории дел. Существует достаточно материалов уголовных дел и материалов предварительного расследования, по которым Верховный суд может рассмотреть и обобщить судебную практику, принять нормативное постановление, дифференцировать вопросы судебных ошибок, вопросы ненадлежащего исполнения, неисполнения для того, чтобы многим стало ясно, где проходит грань между неумышленными действиями, причинившими вред и между преступной

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

халатностью. Это позволит судьям, адвокатам, юристам, руководителям организаций здравоохранения руководствоваться нормами нормативного постановления в своей практике.

Сегодня вопросы медицинской медиации являются предметом обсуждения на многих научных конференциях, семинарах. Медицинской медиации были посвящены круглые столы, проведенные Медицинским университетом Астана в последние годы. Вместе с тем данный институт не получил должного распространения в правоприменительной медицинской практике. При этом медицинская медиация успешно реализуется в зарубежных странах, прежде всего, в Грузии. Следует отметить, что медицинская медиация в Грузии получила свое законодательное закрепление и широкое применение на практике после внедрения системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Споры, возникшие между пациентом и медицинским учреждением, или страховой компанией, между медицинским учреждением и страховой компанией в Грузии рассматриваются Службой медицинской медиации или медицинским медиатором. Эта служба сформирована еще в 2006 году и в ее состав входят представители Министерства здравоохранения, ведущих страховых компаний, работающих в сфере медицинского страхования, медицинских учреждений и ассоциаций. Применение этого института способствовала медицинским работникам, пациентам без обращения в судебные и правоохранительные органы решать вопросы, связанные с компенсацией морального и материального вреда. Учитывая имеющийся положительный зарубежный опыт, в целях обеспечения социальной и правовой защиты прав медицинских работников и урегулирования конфликтов между пациентами и медицинскими организациями, возникающими вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, Министерству здравоохранения Республики Казахстан необходимо рассмотреть вопросы о расширении применения медиации в здравоохранении и о введении страхования профессиональной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

Необходимо четко понимать, что без введения института страхования профессиональной ответственности медицинских работников, способного компенсировать возможные риски в их деятельности, ситуация с текучестью медицинских кадров будет стоять остро. Следует отметить, что действия врача вне протоколов может поставить его в ситуацию, когда он может быть обвинен в халатности при отсутствии каких-либо доказательств. В этих случаях врач, будучи ограниченным в своих действиях протоколом, находится под страхом привлечения к юридической ответственности. С другой стороны, следование протоколу может привести к большому количеству летальных исходов.

В контексте рассматриваемых вопросов о введении страхования профессиональной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента интерес представляет зарубежный опыт организации страхования профессиональной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента. В мире сложились две системы страхования профессиональной ответственности медработников: американская, англо-саксонская. Система деликтной ответственности функционирует в США. Система страхования профессиональной ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя принята во многих странах-участницах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

Данные системы регулируют вопросы администрирования, средств предупреждения нарушений, финансирования, компенсации, затрат, которые несут стороны, вовлеченные в дела по медицинской ответственности, качества медицинского ухода и, в конечном итоге, их влияния на расходы здравоохранения. Система деликтной ответственности - это социальное страхование рыночного общества, при котором пациенты получают компенсацию, когда доказано в суде, что халатность стала причиной вреда здоровью, в то время как система страхования про-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

фессиональной ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя принятой во многих развитых странах ОЭСР - это социальное страхование доброй воли, при которой пациенты получают компенсацию, причем доказательства вины поставщика услуг медицинского ухода не требуются.

Американская модель – это достаточно эффективная система, которая функционирует уже на протяжении последних двухсот лет. Ее содержание определяется особенностями судебной системы США, правовым сознанием и правовой культурой американцев, которые четко отстаивают права, в том числе при причинении вреда в результате оказания медицинских услуг. Она предполагает обращение в соответствующие суды, как правило, с участием страховых организаций. В настоящее время систему деликтной ответственности в США критикуют за неэффективность, несправедливость, и дороговизну, как для пациентов, так и для поставщиков услуг медицинского ухода и системы здравоохранения.

Вторая система, которая действует в ряде европейских стран и во многих других странах ОЭСР. Она предусматривает страхование профессиональной ответственности от вреда без учета вины медработника. Безусловно, если брать на весы и сравнивать эти две модели, то здесь есть и там есть свои плюсы и минусы. Но для нашей страны более приемлемой является вторая модель, когда профессиональная ответственность наступает без учета вины страхователя.

Без введения института страхования профессиональной ответственности от вреда без учета вины медработника и установления гарантий медработников, работающих в условиях пандемии, сложно говорить о их защищенности. В этой связи хотелось бы обратить внимание на приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-28/2020 «О некоторых вопросах финансовой поддержки работников системы здравоохранения, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19», утративший силу 11 октября 2021 года [1]. В соответствии с данным приказом «комиссия на основании предложения руководителя организации здравоохранения определяет список работников, которым устанавливаются надбавки с указанием группы риска заражения коронавирусом COVID-19». Это прямая коррупциогенная норма. Данный механизм несет в себе коррупционные риски, так как предусматривает субъективный характер формирования списков работников, которым выплачиваются надбавки. Свидетельством этому являются распространенные в последнее время случаи привлечения главных врачей к ответственности за коррупционные правонарушения, совершенные при определении категории лиц, которым выплачиваются «антиковидные» надбавки [2].

Полагаю, что все вышеуказанные вопросы требуют внимания, тщательного изучения, рассмотрения соответствующими государственными органами и принятия конкретных решений при непосредственном участии ученых-юристов и представителей медицины.

Список использованных источников

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-28/2020 «О некоторых вопросах финансовой поддержки работников системы здравоохранения, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19». Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 октября 2021 года № ҚР-ДСМ -102. [Электронный ресурс]. - Режим доступа <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000020304> (дата обращения: 04.10.2021 г.).

2. В Алматинской области задержали руководителей районной больницы... [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://kursiv.kz/news/proisshestviya/2021-06/v-almatinskoy-oblasti-zaderzhali-rukovoditeley-rayonnoy-bolnicy>

УДК 342.7:347.6:342.924

МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Апарина И.В.

проректор по научной работе, муниципальное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волжский институт экономики, педагогики и права», кандидат юридических наук, доцент, prorektor_nauka_viepp@mail.ru

Современная медицина способна преодолевать проблему бесплодия благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям, спрос на применение которых увеличивается с каждым годом. Одним из таких методов является суррогатное материнство. Однако его использование вызывает целый ряд вопросов морального, правового и медицинского характера.

Обсуждая суррогатное материнство, его противники утверждают, что с морально-этической точки зрения существование данного института превратит материнство в договорную работу, а стремление к выгоде может возобладать над соображениями пользы для договаривающихся сторон. Еще один аспект волнует биоэтиков – соблюдается ли принцип добровольности в тех случаях, когда суррогатная мама решилась на такую процедуру по мотивам ее нахождения за чертой бедности.

В процессе борьбы с суррогатным материнством высказываются мнения, что данный метод в отличии, например, от ЭКО, принуждает нас распорядиться другими людьми. Инструментализация тела, предоставление его в пользование, есть не что иное, как рабство. Фактически от женщины требуется стать инструментом для вынашивания ребенка на девять месяцев и абстрагироваться от того, что происходит с ее телом. Также существуют опасения, что некоторых суррогатных матерей может психологически травмировать необходимость отдать заказчикам выношенного ею ребенка.

Другой важный вопрос для биоэтиков – это отношение к ребенку как к «проекту» по заказу. Возможно, ему будет неприятно чувствовать себя, если так можно сказать, «сфабрикованным». Необходимо ли информировать ребенка о способе его появления на свет, допустимы ли его отношения с суррогатной матерью?

Затрагивая проблемные аспекты суррогатного материнства, заметим, что развитие медицинской науки опередило как морально-этическую, так и правовую адаптацию общества к ее новым достижениям. Юридические нормы далеко не совершенны и всегда следуют за развитием социума. Это утверждение в высшей степени справедливо по отношению к действующим в мире законам, регламентирующим порядок применения репродуктивных технологий.

Следует отметить, что в науке так и не сложился единообразный подход к пониманию сущности суррогатного материнства, а также отсутствует однозначная оценка его социальной значимости и полезности в обществе. В результате, в настоящее время мы наблюдаем разноплановые модели правового регулирования отношений по применению этого метода репродуктивной медицины.

Следует отметить, что действующее российское законодательство, регулирующее общественные отношения в сфере репродуктивных технологий, в том числе суррогатного материнства является на сегодняшний день достаточно либеральным. Прибегнуть к данной процедуре могут как граждане Российской Федерации, так и иностранные граждане, мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокая женщина, как на возмездной, так и на безвозмездной основе.

Вне сферы нормативно-правового регулирования остались такие случаи возможного обращения к программе суррогатного материнства, когда в паре женщина не способна к зачатию и для ЭКО нужны донорские яйцеклетки, либо, наоборот, не способен мужчина и требуется сперма донора. Также ни в одном российском нормативно-правовом акте не регламентируется возможность использования метода суррогатного материнства для одиноких мужчин, способных к зачатию.

Справедливости ради отметим, что российские медицинские организации в своей практике оказывают медицинскую помощь с использованием метода суррогатного материнства и в этих ситуациях, однако юридически такие категории генетических родителей менее защищены.

Конфликтные вопросы при регистрации ребенка возникают в тех случаях, когда процедурой суррогатного материнства воспользовалась пара, не состоящая в официальном браке. Причиной тому являются требования правовых норм Семейного Кодекса Российской Федерации [1] и Федерального закона «Об актах гражданского состояния» [2], по которым для регистрации ребенка, рожденного суррогатной матерью нужно ее согласие, выданное генетическим родителям – супругам. Поскольку в законах не упоминаются другие варианты – например, биологические родители в гражданском браке, одинокие женщины или мужчины, то – органы записи актов гражданского состояния отказывают в регистрации их в качестве родителей. В таких случаях за право быть родителем приходится бороться в судебном порядке. И если одинокие биологические матери обычно выигрывают такие суды [3], то относительно лиц, состоящих в так называемом гражданском браке [4], а также одиноких мужчин бывает по-разному.

Особенно уязвимы в этом вопросе одинокие мужчины, решившие реализовать свое право на продолжение рода, прибегнув к использованию яйцеклеток анонимного донора и суррогатной матери. В таком случае велика вероятность того, что орган записи актов гражданского состояния и суд откажут в регистрации ребенка за биологическим отцом. И если суррогатная мать тоже не захочет фигурировать в свидетельстве о рождении, то там не будет ни отца, ни матери [5].

В тоже время, если одинокому генетическому отцу удастся зарегистрировать на свое имя двух детей от суррогатной матери, то суд может признать за ним право на материнский капитал. Парадоксальная ситуация, но она имеет место быть в российской юридической практике и есть примеры, когда суд обязал региональное управление Пенсионного фонда Российской Федерации выдать одинокому биологическому отцу сертификат на материнский капитал [6].

Более того, на сегодняшний день, Конституционный Суд РФ признал право на получение материнского (семейного) капитала отцом детей, рожденных для него суррогатной матерью и усыновленных впоследствии его супругой [7].

Исследуя юридические аспекты суррогатного материнства, отметим, что определение круга лиц, которые могут прибегнуть к использованию данной процедуры в Российской Федерации лишь один из вопросов, требующий своего полноценного государственного разрешения на концептуальном уровне.

Многие государства, в которых суррогатное материнство было разрешено, сейчас запрещают его или строго ограничивают. На это обращают внимание в пояснительной записке и составители проекта федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части установления запрета для иностранных граждан и лиц без гражданства на использование суррогатного материнства на территории Российской Федерации», отмечая, что установление в России «указанного запрета не вступает в противоречие с

международно-правовыми обязательствами Российской Федерации» [8] и перечисляя при этом ряд стран, где суррогатное материнство запрещено в целом.

Полагаем, что установление ограничения в оказании медицинской помощи с использованием процедуры суррогатного материнства для иностранных граждан и лиц без гражданства, равно как и регламентация иных запретов, не есть лучший способ решения проблем в сфере применения вспомогательных репродуктивных технологий в Российской Федерации. В этой связи, согласимся с мнением, высказанным в заявлении Российской ассоциации репродукции человека о том, что вышеупомянутый проект федерального закона «в представленном на обсуждение виде не устраняет имеющиеся недостатки, а увеличивает их число» [9].

Не будем отрицать, но на сегодняшний день имеют место факты грубого нарушения действующего законодательства. Это и случаи передачи женщиной за вознаграждение генетически принадлежащего ей ребенка третьему лицу, и использование процедур суррогатного материнства без медицинских показаний, и скандальные истории, связанные с преступлениями педофилов. Более того, в нашей стране имеются свои особенности, связанные с высоким уровнем коммерциализации посреднических услуг, оказываемых структур-агентствами по суррогатному материнству. Данные субъекты сводят потенциальных родителей, суррогатных матерей и медицинские организации и определяют гонорар за оказанные ими услуги. Заметим, что «в странах, где суррогатное материнство разрешается, к примеру, в отдельных штатах США, посредничество в предоставлении этого вида медицинских услуг строго запрещено» [10].

Полагаем, что преступления и иные правонарушения в сфере репродуктивной медицины, а также деяния ограничивающие и ущемляющие права субъектов программы суррогатного материнства требуют активной контрольно-охранительной деятельности государства. «Предложение, вместо строгого контроля за соблюдением законодательства, полного запрета на оказание этого вида медицинской помощи страдающим от неизлечимого бесплодия иностранным гражданам (включая наших бывших соотечественников из СНГ и других бывших союзных республик) - негуманно и представляется избыточной мерой» [9].

Более того, установление запрета на оказание медицинских услуг с использованием метода суррогатного материнства противоречит позиции Правительства Российской Федерации о развитии въездного медицинского туризма, поскольку в соответствии с ней услуги в области здравоохранения включены в Перечень продукции, товаров, работ, услуг, поддержка экспорта которых осуществляется федеральными органами исполнительной власти, в том числе Министерством здравоохранения Российской Федерации, в приоритетном порядке.

Полагаем, что российский законодатель должен сконцентрировать свое внимание на решении таких проблем как: неопределённость в лицах, которые могут воспользоваться услугами суррогатной матери, отсутствие гарантии передачи суррогатной матерью ребёнка генетическим родителям, реклама услуг суррогатного материнства и потребность в обязательной нотариальной форме договора суррогатного материнства. Кроме того, есть жизненные ситуации, когда суррогатное материнство может стать инструментом для решения проблемы социального характера, когда, например, «у супружеской пары есть на сохранении эмбрионы, умерла жена, которая оставила письменное разрешение решать судьбу эмбрионов мужу. Муж стал одиноким мужчиной, но у него есть его эмбрион» [9] и он желает стать отцом.

В заключении, отметим, что существование института суррогатного материнства обнаруживает различные морально-правовые проблемы, но их преодоление – это естественный путь адаптации тех новых технологий, которые на глобальном уровне – помогают человечеству существовать, а на частном – быть родителями. В этой связи, необходимо работать над обобщением и анализом юридической практики, а также выявлением социальных потребностей в сфере применения вспомогательных репродуктивных технологий, устранять недостатки

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

и дефекты нормативно-правового регулирования, которые приводят к ограничению прав, охраняемых конституционно-правовыми нормами.

Список использованных источников

1. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 02.07.2021). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения: 14.10.2021).
2. Федеральный закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.1997 N 143-ФЗ (последняя редакция). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16758/ (дата обращения: 14.10.2021).
3. Решение № 2А-1633/2016 Туапсинский горсуд. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/PUrL9uU1EsC/> (дата обращения: 14.10.2021).
4. Решение Дзержинского райсуда Санкт-Петербурга от 25.02.2019 № 2-639/2019-М-449/2019. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/PUrL9uU1EsC/> (дата обращения: 14.10.2021).
5. Решение Тушинского районного суда города Москвы № 2-1472/2014 2-1472/2014~М-3/2014 М-3/2014 от 19 марта 2014 г. по делу № 2-1472/2014. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://sudact.ru/regular/doc/YYyn641AVGUP/> (дата обращения: 14.10.2021).
6. Апелляционное определение Краснодарского крайсуда от 15.01.2019 № 33-998/2019(33-46642/2018;). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SOUG&n=172471#34EnulSSvwoDTm1r> (дата обращения: 14.10.2021).
7. Постановление Конституционного Суда РФ от 29.06.2021 N 30-П «По делу о проверке конституционности статьи 3 Федерального закона «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» в связи с запросом Конаковского городского суда Тверской области». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388562/ (дата обращения: 14.10.2021).
8. Пояснительная записка к проекту федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части установления запрета для иностранных граждан и лиц без гражданства на использование суррогатного материнства». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://rahr.ru/d_index/zapr0421.pdf?fbclid=IwAR22y6EID0gAG6m0HL27KkmOH7chyrGLFOMxk1LzkKpzRDPm3mNlhVeXng (дата обращения: 15.10.2021).
9. Заявление РАПЧ по Проекту Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части регулирования вопросов суррогатного материнства». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://rahr.ru/d_index/zayavl0421.pdf?fbclid=IwAR3VGWj9TPgHltwqnZUTVKvvXpIujP_Z8GVkM3_UzoJog3KGf8rmRQg8Lk (дата обращения: 15.10.2021).
10. Сосина К.С. Суррогатное материнство: правовые аспекты: электронный журнал «Юрист компании». 16 ноября 2020. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.law.ru/blog/22701-surrogatnoe-materinstvo-pravovye-aspekty> (дата обращения: 14.10.2021).

УДК 342.72/.73

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРАВ И СОЦИАЛЬНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ

Алиева И.Ж.

магистр юридических наук, PhD докторант кафедры конституционного и международного права Карагандинского университета им. Е.А.Букетова

Важнейшим и качественным признаком современного государства является его характеристика в качестве демократического правового и социального государства. Строительство и дальнейшее развитие демократической государственности невозможно без укрепления его социальных основ в широком смысле. Такая государственность, как показывает зарубежный опыт, должна иметь высокоразвитую экономику и социальную сферу, в соответствии с требованиями цивилизации. В данном случае государственная власть и ее институты должны в той или иной мере удовлетворять потребности, интересы граждан (подданных), а само государство – стремиться к осуществлению принципов социальной справедливости. Это направление деятельности государства и охватывается понятием «социальное» [1, 15].

Процесс возникновения и становления социального государства имеет долгую и сложную историю. В настоящее время оно существует в трех основных проявлениях и его можно анализировать на следующих трех соответствующих уровнях: на научном- как идею и ее развитие в целом ряде концепций, на нормативном – как конституционный принцип, закрепленный в Основных законах, на эмпирическом- как реальную практику деятельности государственных институтов по решению социальных проблем общества и социальных групп. Идеальная основа социального государства восходит к представлениям античных мыслителей об идеальном государственном устройстве, обеспечивающем всеобщее благо для всех граждан. А его практическое формирование - отражает объективный процесс возрастания социальной роли государства в регулировании общественных отношений в индустриальном и постиндустриальном обществах. Насущные проблемы, возникающие в сложно организованном обществе, может решать только государство, которое может эффективно осуществлять социально-экономическую политику направленную на полное и качественное обеспечение базовых прав и свобод своих граждан. Политика государства должна строиться на основе тех приоритетов, которые по мнению Лоренц фон Штейна должно быть определены в структуре государственного управления, где «границы и задачи государства в его внутреннем управлении определяются тем, что государство отнюдь не должно подавать отдельному человеку того, что он может приобрести своей собственной силой, управление должно давать не личное духовное, физическое, хозяйственное или социальное развитие человека, а только условие для них» [2]

Идея социальной государственности, сформировавшаяся в конце XIX -начале XX вв. как результат объективных социально-экономических процессов, происходящих в жизни буржуазного общества, когда все острее стало проявляться противоречие между двумя важнейшими принципами — принципом свободы и принципом реального равенства. По своему характеру социальное государство стало очередной ступенью эволюционного развития государственности. Понятие «социальное государство», введенное в науку Л. фон Штайном, содержит ряд

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

принципиальных положений, ставших основой нового понимания государства. Также наиболее радикальную теоретическую основу социального государства выдвинул в 1879 г. немецкий экономист Адольф Вагнер, сторонник государственного и христианского социализма, определявший свои воззрения как социально-правовые. Его концепция предусматривала «превращение буржуазного государства в «государство культуры и всеобщего благоденствия», огосударствление железных дорог, горных предприятий, банков и страховых организаций, интеграцию рабочего класса в государство и общество при отрицании политических и социальных революций» [3]. В то же время немецкий экономист Густав фон Шмоллер при формировании идеи социального государства придерживался термина «Wohlfahrtsstaat» и, в отличие от английского либерализма, требовал, чтобы государство позволяло всем людям в большей степени пользоваться плодами цивилизации, в первую очередь в связи с быстро прогрессирующей индустриализацией и урбанизацией [4]. Использование термина «социальное государство или Sozialstaat» в основном стало применяться в эпоху реформ Бисмарка в Германии, особенно в области социальной защиты и здравоохранения [4]. Политическое противостояние с оппозицией в 60-х годов XIX века, в связи с чем возникший конституционный кризис и лавирование между политическими силами привели к формированию умеренной позиции канцлера на решение социальных проблем. То есть он стал сторонником реализации социально-экономических прав рабочих.

В 1871 г. был принят закон, который обязывал владельцев железных дорог, горных предприятий выплачивать небольшие компенсации рабочим либо их семьям в случае травм, инвалидности и смерти. И вводил ответственность предпринимателей за несчастные случаи на производстве. Он давал возможность пострадавшим обращаться в суд, для возмещения ущерба от производственной травмы. Основные мероприятия в области социального законодательства были приняты в 80-х годах. Принятие новых законов носила более масштабный характер, и учитывало разнообразные ситуации. Эти законы заложили основы «социального государства», получившего развитие в XX в. «Германская модель» социального страхования, которая была заимствована рядом европейских стран, а Бисмарк получил характеристику «белого революционера» [5]. Внедрение социального страхования стало широко применяемым индикатором развития государства всеобщего благосостояния, а значит, и его начала. Кроме того, рост государственных социальных расходов можно отождествить с началом государства всеобщего благосостояния. случаев на производстве, медицинского страхования, пенсионного обеспечения было первым шагом на пути формирования социального государства и признания важности прав социально-экономического характера. Основоположником законодательного введения элементов социального государства является Германия. Так в первые на законодательном уровне медицинское страхование было введено в Германии в 1883 году, а шесть лет спустя была введена система пенсионного обеспечения по старости [5].

Дальнейшее развитие концепции «государства всеобщего благосостояния» начало оформляется к 30-м годам XX столетия в европейских странах. Особую роль в создании в западных странах социального государства сыграл так называемый «План Бевериджа», представленный в конце 1942 г. британскому парламенту председателем одного из его комитетов Уильямом Бевериджем и начавший осуществляться лейбористским правительством с 1945 г. План рассматривался его автором как часть «всеохватывающей политики социального прогресса» и предусматривал новую организацию всей системы социального обеспечения через расширение социального страхования вплоть до охвата им почти всех граждан государства, а также через гарантию социально-экономических прав, направленного на обеспечение достойной жизни человека. Ядром плана была тесная связь социально-экономической политики с государством с правами человека, нацеленной на обеспечение социально-экономических прав. В

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

рамках принятия данного плана Предусматривались создание безвозмездной, доступной всем гражданам государственной системы здравоохранения, контроль заработной платы и цен, постепенное устранение частной собственности на средства производства и другие меры.

Большинство ученых рассматривают характерные признаки через призму специфической деятельности государства в социальной сфере. В определении Л. фон Штейна можно выделить следующие существенные характеристики социального государства. Первое. Социальное государство не просто поддерживает абсолютное равенство в правах для всех общественных классов и отдельной личности, а обязано это делать; государство не просто способствует экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, а обязано способствовать этому. Внешним правовым проявлением сущности социального государства являются те социальные обязанности государства перед человеком, которые, как правило, закрепляются на конституционном уровне в виде системы прав человека и гражданина, в том числе и системы социально-экономических прав. Именно обязанность государства заботиться о человеке, а не сама забота, составляет главное принципиальное отличие социального государства от всякого другого. Второе. Социальное государство не только обязано, но и должен выполнять свою социальную функцию. Эту возможность ему дает власть. Необходимость применения власти обусловлена тем, что выполнение социальных обязанностей может быть сопряжено с государственным принуждением, например, когда речь идет о перераспределении доходов для выполнения социальных программ. Основываясь на вышесказанное можно сделать следующие выводы:

- государство всеобщего благосостояния или социальное государство - это способ управления, при котором государство или установленная группа социальных институтов обеспечивает базовые социально-экономические права и экономическую безопасность для своих граждан;
- по определению, в государстве всеобщего благосостояния правительство несет ответственность за индивидуальное и социальное благополучие своих граждан;
- в большинстве современных стран есть программы, которые отражают принцип государства всеобщего благосостояния, например медицинское социальное страхование, страхование по безработице и социальные выплаты.

Современные теории сформированные за последние десятилетия представляющие основные подходы государства всеобщего благосостояния, которые фактически не изменились от теорий возникших в конце XIX века. Хотя современная трактовка формирования социального государства имеет свои особенности, которые учитывают современные тенденции развития общества. В соответствии с современным теориям, возникновение социального государства связано со следующими особенностями развития общества и государства:

- Государство всеобщего благосостояния возникает как часть «логики индустриализации»;
- Государство всеобщего благосостояния развивается в ответ на передовые потребности капитализма;
- Государство всеобщего благосостояния является продуктом модернизации общества;
- Государство всеобщего благосостояния формируется борьбой за политику в социальной сфере;
- Государства всеобщего благосостояния формируются социальной организацией производства;
- Государство всеобщего благосостояния определяется структурой и интересами государство и его политикой [6].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Государство всеобщего благосостояния выполняет множество функций, которые подразделяются на: регулирующий, защитные и социальные функции. Для нашего исследования интерес вызывает реализация социальной функции государства в сфере здравоохранения.

К ним относятся: искоренение распространения заразных заболеваний, таких как малярия, холера и т., создание здоровой атмосферы в промышленности и за ее пределами, предоставление адекватных социальных услуг, таких как пособия по безработице, пособия по инвалидности, пособия по беременности и родам и т. д., поддержание общественного здравоохранения, предоставление множество профилактических и лечебных медицинских учреждений для защиты здоровья населения. В нем предусмотрены санитария, больницы, бесплатные лекарства, вакцинация и основные бодрящие продукты для бедных и т.

Впервые социальное государство в качестве конституционного принципа было зафиксировано в статье 20 Конституции ФРГ 1949 года, провозгласившей Германию «демократическим и социальным федеративным государством» [7]. Согласно ст.1 Конституции Пятой республики 1958 года, «Франция является неделимой, светской, социальной, демократической Республикой» [8]. В несколько иных терминах положение о социальном государстве закреплено в Конституции Италии 1948 года. В соответствии со ст.2, «Республика признает и гарантирует неотъемлемые права человека - как частного лица, так и как члена общественных объединений, в которых проявляется его личность, - и требует выполнения непреложных обязанностей, вытекающих из политической, экономической и социальной солидарности» [9].

В последующие годы практика конституционного закрепления статуса социального государства получила дальнейшее распространение. После свержения диктаторских режимов и установления демократии Испания провозгласила себя в 1978 г. правовым демократическим социальным государством [10], а Португалия в 1975 году - суверенной республикой, ставящей своей целью построение свободного, справедливого и солидарного общества [11]. Обязанности государства в области обеспечения благосостояния и социальных прав граждан установлены Конституцией Швеции 1974 года (Глава 1 п.2) [12]. Эту тенденцию поддержал и ряд бывших социалистических стран Восточной Европы. Так, например, согласно своим конституциям, «Румыния является правовым, демократическим и социальным государством» [13], а «Республика Польша - демократическое, правовое государство, осуществляющее принципы социальной справедливости» [14]. Статья 1 действующей Конституции Республики Казахстан также закрепляет принцип социального государства. В настоящее время все развитые страны мира, независимо от наличия или отсутствия в их Основных законах соответствующих положений, в большей или меньшей степени де-факто являются социальными государствами.

Республика Казахстан провозгласившая себя социальным государством официально на конституционном уровне признает и гарантирует: свободу труда, на отдых, на защиту материнства детства и семьи, на социальное обеспечение, на жилище, на охрану здоровья и медицинскую помощь, на экологическую безопасность, на образование. Реализация основных функций социального государства в Республике Казахстан осуществляются в рамках Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года [15]

Защита социально-экономических прав граждан имеет свою специфику; для обеспечения данной категории прав недостаточно юридических механизмов и процедур предотвращения нарушений этих прав. Необходима разносторонняя созидательная деятельность государства, направленная на осуществление социальной политики на основе признания и обеспечения прав человека, развития экономики, повышение материального уровня жизни населения. Поэтому обеспечение защиты социально-экономических прав населения, в том числе право на охрану здоровья - длительный и постепенный процесс преобразований, направленный на достижение социально-экономического прогресса, формирование нового типа взаимоотношений

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

между отдельными индивидами и государством, отношений социального партнерства и социальной интеграции. Однако постепенность этого процесса не умаляет насущной необходимости создания комплексного механизма защиты социальных прав населения, сочетающего в себе экономические, политические, юридические, административные средства и позволяющего минимизировать случаи нарушения прав человека в данной области.

Как отмечает Е.Викери «Конституционное закрепление социально-экономических прав может быть ключевым аспектом для стран определяющие себя как социальное государство и в целях избежания социальных конфликтов. Бедность, права на землю и собственность, права на труд, право на охрану здравоохранение и возможность их защиты различными механизмами могут стать частью причин, на основании которой возникает конфликт» [16]. Можно согласиться с мнением Е.Викери, где он говорит «если социально-экономические права не указаны или не признаны в конституции, то суды могут очень узко рассматривать ответственность государства, отдавая предпочтение гражданским и политическим правам, ставя их выше социальных, экономических и культурных проблем. Это может привести к таким ситуациям, когда суды будут отменяют прогрессивные законы в сфере обеспечения социально-экономических права [16].

Принятая на пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ (постановление N 28-6 от 31 мая 2007 года) «Концепция формирования правовых основ и механизмов реализации социального государства в странах содружества» определила основные критерии оценки степени социальности государства [17]. В соответствии с Концепцией критериями оценки степени социальности правового демократического государства являются:

- соблюдение прав и свобод человека;
- проведение активной и сильной социальной политики;
- обеспечение стандартов достойной жизни для большинства граждан;
- адресная поддержка наиболее уязвимых слоев и групп населения, сокращение и ликвидация бедности;
- социальная справедливость и социальная солидарность общества, которые обеспечиваются на основе развития акционерной собственности работников, а также путем налогового перераспределения доходов от богатых к бедным и большей загрузки наиболее трудоспособных членов обществ для того, чтобы помочь менее трудоспособным [17].

В соответствии с данной Концепцией государственные органы несут ответственность за реализацию разрабатываемых ими социальных программ; обеспечивают эффективное функционирование отраслей социальной инфраструктуры (образование, наука, здравоохранение, культура и др.); контролируют соблюдение государственных социальных стандартов, расходование бюджетных средств, предназначенных на социальные нужды; выполняют другие функции социального характера, предусмотренные законодательством, соглашениями и договорами социальных партнеров. Концепция также определяет перечень международно-правовых норм и соглашений, которые должны признать государства Содружества для соответствия критериям социальной государственности.

Здравоохранение является основной частью социальных услуг, предоставляемых государством, а способы финансирования и организации медицинских услуг составляют ключевой элемент общей системы социального обеспечения в частности и социальной политики государства. Вместе с пенсиями финансирование здравоохранения занимает большую часть бюджета социального обеспечения государстве [18].

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и сформированная в соответствии с этими правами система здравоохранения

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

рассматривается многими как ядро «государства всеобщего благосостояния». Люди получают медицинскую помощь по праву. Это не право на получение медицинской помощи по требованию. Гарантированность права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья должна быть полным. В рамках обеспечения данного права государственная служба здравоохранения призвана защищать всех граждан, не зависимо от места проживания, принадлежности к гражданству, а также застрахованности.

Страны бывшего Советского Союза (СНГ) за последние 30 лет пережили впечатляющую трансформацию. Произошло коренное изменение практически во всех аспектах политической, экономической и социальной сфер. Рыночная экономика и новые свободы в целом положительно повлияли на жизнь граждан, но доступ и финансовая защита в рамках национальных систем здравоохранения, а также состояние здоровья населения в целом не поспевают. Системы здравоохранения и социальной защиты медленно адаптировались к быстрым эпидемиологическим и демографическим изменениям, характеризующиеся преобладание неинфекционных заболеваний, проблемы со здоровьем, связанные с образом жизни и проблемы, связанные со старением населения.

Право на здоровье долгое время рассматривалось как «право второго поколения», что подразумевает, что оно не принудительно на национальном уровне, данное обстоятельство приводит к недостатку внимания и инвестиций в его реализацию.

Однако это восприятие значительно изменилось, поскольку страны все чаще включают право на здоровье и его ключевые элементы в качестве основных и обеспеченных исковой силой прав в их конституциях и воплощают эти права в своем национальном законодательстве.

Список использованных источников

1. Авакьян С.А. Конституционное право России: учеб. курс: в 2 т. 5-е изд., пераб. и доп. Т. 1. М.: Норма: Инфра-М, 2014. 864 с.2, с. 401–404; 23, с. 343; 27, с. 15–18
2. Лоренц фон Штейн Учение об управлении и право управления с сравнением литературы и законодательств Франции, Англии и Германии. Перевод: Ivan Jefimovič Andrejevskij. Издание А.С. Гиероглифова, 1874. Национальная библиотека Чехии. Оцифровано 20 авг 2014-594 C// https://books.google.kz/books?id=AJ9eAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=ru&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
3. Christopher Pierson, Francis G. Castles, Francis Geoffrey Castles Polity, 2006 <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/chris-pierson-and-francis-g-castles-the-welfare-state-reader-polity-press-cambridge-2000-xi-403-pp-5500-1599-bk/285F442B7E1EA048C8F0E8BDAC75309C>
4. Theory and Practice of the Welfare State in Europe in 20th Century// <http://www.hiu.cas.cz/en/download/open-acces-online-researchtputs/2014/theory-and-practice-2014.pdf>
5. Milward, A. S. (1989). Reviews : Peter Flora, ed., Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II: Vol. I: Sweden, Norway, Finland, Denmark; Vol. II: European History Quarterly, 19(4), 568–571. <https://doi.org/10.1177/026569148901900421>
6. Christopher Pierson, Francis G. Castles The Welfare States Reader. Polity, 2006 - Всего страниц: 492//rszarf.ips.uw.edu.pl/welfare-state/cousins.pdf
7. Конституция Федеративной Республики Германия принятая 23 мая 1949 г.// <https://legalns.com/>

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

8. Конституция Четвертой республики 1946 г.
[//http://pnu.edu.ru/ru/faculties/full_time/uf/iogip/study/studentsbooks/histsources2/igpzio53](http://pnu.edu.ru/ru/faculties/full_time/uf/iogip/study/studentsbooks/histsources2/igpzio53)
9. Конституция Итальянской Республики // <https://legalns.com>
10. Конституция Королевства Испании 27 декабря 1978 г. // <https://legalns.com>
11. Конституция Португальской Республики 2 апреля 1976 г., // <https://legalns.com>
12. Конституция Королевства Швеции принятая 27 февраля 1974 г. // <https://legalns.com>
13. Конституция Румыния 21 ноября 1991 г. // <https://legalns.com>
14. Конституция Республики Польша 2 апреля 1997 г. / <https://legalns.com>
15. Концепция социального развития Республики Казахстан до 2030 года. // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400000396>
16. Wickeri, E., 'No Justice, No Peace: Conflict, Socio-Economic Rights and the New Constitution in Nepal', *Drexel Law Review*, 2/2 (May 2010), pp. 427–90 // [//drexel.edu/~media/Files/law/law%20review/spring_2010](http://drexel.edu/~media/Files/law/law%20review/spring_2010)
17. Концепция формирования правовых основ и механизмов реализации социального государства в странах содружества. Постановление N 28-6 от 31 мая 2007 года // <http://docs.cntd.ru/document/902071504>
18. Michael Moran Understanding the Welfare State: The Case of Health Care https://www.researchgate.net/publication/229757807_Understanding_the_Welfare_State_The_Case_of_Health_Care

УДК 342.72/.73

**СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА ОХРАНУ
ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

Базарова Г.С.

Старший преподаватель кафедры медицинского права и этики НАО «Медицинский университет Астана»
e-mail: gulmirabazarova1@gmail.com

«Право на здоровье» признавалось в качестве одного из основных прав человека по меньшей мере на протяжении последних полувека, начиная с принятия Всеобщей Декларации прав человека в 1948 году. В настоящее время «право на здоровье» официально признано многими национальными правительствами в форме конституционных или законодательных положений [1]. Однако сфера охвата и значение этого права были и есть предметом дискуссий в международном сообществе, и конечно средства его достижения остаются столь же спорными. Особенности системы здравоохранения, способной гарантировать гражданам данного национального государства всестороннее «право на наивысший достижимый уровень здоровья», могут быть осложнены рядом социальных и политических препятствий. Бэкман и его коллеги недавно провели обзор состояния права на здоровье в 194 странах и пришли к выводу, что еще предстоит проделать большую работу, прежде чем это право можно будет законно считать «универсальным» [1].

Права граждан в области охраны здоровья являются достаточно широким по содержанию понятием, включающим в себя взаимные права и обязанности государства и гражданина. Можно согласиться с мнением российских ученых Е.В. Капраловой, Е.С. Сергеевой о том

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

что «праву на здравоохранение присущи все черты и характерные особенности социально-экономических прав: эти права образуют составную часть системы неотъемлемых прав человека; главной характерной чертой социально-экономических прав является то, что они призваны обеспечивать личности удовлетворение важнейших жизненных нужд, без которых не может быть и речи о нормальном человеческом бытии» [2]. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь являясь основным конституционным правом граждан современности, которые нашли отражение в международных актах различного уровня, так и в конституционных нормах и в нормах специального законодательства государств. Конституция РК в статье 29 лаконично закрепляет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. А возможность реализации данного права более детально конкретизируется в принципах и нормах Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» принятый от 7 июля 2020 года. Российская Федерация (далее - РФ) к вопросу конституционного закрепления права на охрану здоровья и на получение медицинской помощи подошла более детально и при этом данное право нашло отражение в нормах закрепляющие основы конституционного строя государства, что повышает ее юридическую значимость. В соответствии со статьей 7 Конституции РФ основой конституционного строя России является «проведение политики, направленной на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. В РФ охраняется здоровье людей, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются гарантии социальной защиты» [3]. Также, согласно части 1 статьи 41 Конституции РФ «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [3]. Как видим 41 статья Конституции РФ более детально регламентирует возможность реализации права на охрану здоровья, что придает государству ярко выраженный социальный характер. Признавая основополагающую роль права на охрану здоровья граждан как неотъемлемое условия жизни общества и подтверждая ответственность социального государства за его сохранение и укрепление на законодательном уровне определяется обязанность государства гарантировать охрану здоровья своих граждан на получение медицинской помощи. Статья 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет данное понятие в следующей трактовке «под охраной здоровья граждан понимается система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» [4]. К сожалению Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года не содержит нормы которые более детально раскрывали бы понятие охраны здоровья и медицинскую помощь.

Право на здоровье имеет также «сущностное содержание», под которым подразумевается минимальный необходимый уровень этого права. Ключевые элементы данного права, которые призваны служить руководством в процессе установления приоритетов, формулируются в виде национальной задачи:

- в основной набор включаются необходимая первичная медико-санитарная помощь, минимальная необходимая и питательная пища, санитария, безопасная питьевая вода и основные лекарственные средства;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

• вторичная ключевая обязанность состоит из принятия и осуществления национальной стратегии, принятия плана действий в области общественного здравоохранения. Вторичная ключевая обязанность должна удовлетворять потребности всего населения в области охраны здоровья, разрабатываться и периодически пересматриваться на основе совместного прозрачного процесса, содержать исходные данные и показатели, с помощью которых можно осуществлять тщательный мониторинг прогресса, уделяя особое внимание всем уязвимым и маргинализированным группам населения.

При закреплении и определении содержания права на охрану здоровья на конституционном уровне Польша подошла к этому вопросу более основательно. Статья 68 определил что «Каждый имеет право на охрану здоровья. Гражданам, независимо от их материального положения, публичные власти обеспечивают равный доступ к медицинскому обслуживанию, финансируемому из публичных средств. Условия и объем предоставления этих услуг определяются законом. Публичные власти обязаны обеспечивать особую заботу о здоровье детей, беременных женщин, лиц с физическими и умственными недостатками и лиц пожилого возраста. Публичные власти обязаны вести борьбу с эпидемическими болезнями и предотвращать отрицательные для здоровья последствия деградации окружающей среды. Публичные власти поддерживают развитие физической культуры, особенно среди детей и молодежи» [5]. Как мы видим, применяя термин «каждый», государство расширяет круг лиц, имеющих возможность реализовать права на охрану здоровья независимо от статуса гражданства, безгражданства или иностранного гражданства. Однако одновременно она устанавливает, что право равного доступа к государственным медицинским услугам имеют лишь граждане Польши. Согласно Закону Польской Республики «О медицинском обслуживании, доступ к медицинским учреждениям, финансируемым из государственных фондов» получение медицинской помощи зависит от наличия у лица статуса «держателя страхового полиса», то есть застрахованного Национальным фондом здоровья [6]. Право человека на здоровье, понимаемое как право на наивысший достижимый уровень здравоохранения в государстве, который должен обеспечиваться всеобъемлющим и строгим стандартом, являющиеся руководством для действия правительств, по укреплению национальной системы здравоохранения, путем реформирования всей системы законодательства об общественном здравоохранении. Соблюдение права на здоровье означает принятие мер по облегчению, обеспечению и продвижению условия, при которых право может быть реализовано в полной мере [7]. Это требует от государств принятия национальной политики здравоохранения и реализации законодательных мер, направленных на реализацию этого права. В любом случае право на охрану здоровья личности и общества два взаимосвязанных и взаимодополняющих друг друга категории.

Сущностное содержание права на охрану здоровья проявляется через определенных правомочий. Н. В. Савостьянова выделяет следующий комплекс правомочий:

- 1) права граждан в сфере охраны здоровья;
- 2) обязанность государства в лице органов государственной власти и органов местного самоуправления, их должностных лиц по защите указанных прав;
- 3) установленную законом ответственность государства, юридических лиц и физических лиц за нарушение прав граждан и несоблюдение обязанности органов государственной власти и их должностных лиц по охране здоровья, в том числе за непредоставление информации, за разглашение врачебной тайны, за вред, причиненный здоровью человека [8]. Если придерживаться мнения Н. В. Савостьянова одним из элементов комплекса правомочий является права граждан в сфере охраны здоровья. Содержание права граждан в сфере охраны здоровья в текущем законодательстве определяется в зависимости от социально-экономической политики государства и влияния международных стандартов в сфере здравоохранения. Анализ действу-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ющего отечественного законодательства и законодательства зарубежных стран показала, что основные права граждан на охрану здоровья закрепляются в соответствии с международными стандартами прав человека, но при определении и содержательном плане имеются и свои особенности, которые повышают или снижают важность, гарантированность данных прав.

По общему правилу субъектом права на охрану здоровья и медицинскую помощь признается пациент. Пациент – это физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания или его состояния. В связи с этим выделяют собирательное понятие прав пациента, ограничивающееся списком, представленным национальным законодательством. В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» в Главе 12 закреплён оградный пласт прав раскрывающие сущность и основное содержание права на охрану здоровья. Примечателен тот факт, что право на охрану здоровья закрепляется в законодательствах с разделением субъектов по гендерному, возрастному признаку, наличием гражданства и другим характерным особенностям.

Кодекс РК «О здоровье населения» по отдельности выделяет права следующих категорий субъектов:

- права граждан Республики Казахстан (ст. 77);
- права детей (ст.78) ;
- права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья (ст.81)
- права и обязанности кандасов, иностранцев, лиц без гражданства и иных лиц (ст.83);
- права военнослужащих, кандидатов в космонавты, космонавтов, сотрудников специальных государственных и правоохранительных органов, членов их семей, пенсионеров правоохранительных органов, а также граждан, уволенных с воинской службы, службы в специальных государственных органах
- права отдельных категорий, государственных служащих и граждан Республики Казахстан (ст. 142)
- лица, свобода которых ограничена, отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, задержанным, заключенным под стражу и помещенным в специальные учреждения (ст.143).
- спортсмены и тренера(ст.144).
- и наконец права пациентов (ст.134).

Законодательство России при определении субъектов, обладающих правом на охрану здоровья, больше придерживается традиционного перечня субъектов.

Статья 68 Конституции Республики Польша при определении субъекта, обладающих правом на охрану здоровья отходит от традиционного термина «гражданин», заменяя термином «каждый», что теоретически увеличивает возможность реализации данного права «всех без исключения, проживающих в Польше, независимо от своего материального положения». В соответствии с Конституцией Польской Республики к специальным субъектам обладающих правом на охрану здоровья традиционно относит детей, беременных женщин, инвалидов и лиц пожилого возраста. Но условия и сроки предоставления этих прав дополнительно конкретизируется законом Польской Республики «Об услугах здравоохранения, финансируемых из государственных средств». Статья. 2 данного Закона определяет перечень основных субъектов, обладающих правами и льготами в сфере здравоохранения, финансируемой за счет государственных средств. Замечателен тот факт, что законодатель при определении субъектов, обладающих правом на охрану здоровья кроме традиционных субъектов, определяет категорию граждан основываясь на принцип гражданства. И конечно на определение субъектов, обладающих правом

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

на охрану здоровья Польши, влияет акты Европейского Союза. Основываясь на статью 12 Закона «Об услугах здравоохранения, финансируемых из государственных средств» Польши можно выделить следующих некоторых лиц обладающих правом на охрану здоровья:

- лица, охватываемых общим – обязательным и добровольным медицинским страхованием – «застрахованные»;
- другие, лица обладающих польским гражданством, имеющие место жительства на территории РФ, или имеют или получили в Польше статус беженца, или разрешение на временное пребывание, репатрианты;
- лица, имеющие гражданство государства-члена Европейского Союза или государства-члена Европейского Соглашения о Свободной Торговле (ЕАСТ), именуемое в дальнейшем государством-членом ЕС, обитающие на территории государства-члена ЕС или ЕАСТ,
- лица, не имеющие гражданства государства-члена Европейского Союза, которые пребывают на территорию Республики Польша на основании визы в целях осуществления трудовой деятельности, разрешение на временное проживание, разрешение на временное пребывание в связи с обстоятельствами, требующими краткосрочного пребывания на территории Польши, разрешение на пребывание долгосрочного резидента Европейского Союза, разрешения на пребывание по гуманитарным соображениям;
- не зависимо от наличия страхования правом на охрану здоровья обладают лица получивший ущерб здоровью при выполнении обязательств по обучению в области всеобщей самообороны и другие категории лиц [9].

Таким образом, мы видим, что право на охрану здоровья и медицинскую помощь является достаточно сложной категорией, так как существуют трудности в разграничении указанных правомочий и сложности в определении их соотношения как двух взаимосвязанных частей, несмотря на кажущуюся ясность и простоту терминов.

Подводя итог, необходимо отметить то, что на сегодняшний день право на охрану здоровья и медицинскую помощь имеет свое «сущностное содержание», под которым подразумевается минимальный необходимый уровень этого права [10]. В то же время для правильного восприятия сущности и смысла указанных прав необходимо четкое понимание способа их соотношения и взаимодействия как части и целого. В настоящее время право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Республике Казахстан и во многих государствах рассматривается в аспекте его универсальности, так как общество и государство обращают свое внимание на гармоничное развитие личности, которое невозможно без реализации одного из основных прав человека – права на охрану здоровья, его укрепление и поддержание.

Право на здоровье человека, закрепленное многочисленными международными и региональными договорами по правам человека, а также национальными конституциями всего мира, охватывает не только своевременное и надлежащее оказание медицинской помощи. Это право формулирует исходные детерминанты здоровья, например доступ к безопасным пищевым продуктам, питанию и жилью, здоровым производственным и экологическим условиям, доступ к образованию, информации в области охраны здоровья, в том числе сексуального и репродуктивного. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, как орган ответственный за контроль по соблюдению международного Пакта о экономических, социальных и культурных правах, определил следующие «основополагающие детерминанты здоровья»:

- безопасная питьевая вода и надлежащая санитария;
- безопасное питание;
- достаточное питание и жилье;
- здоровые условия труда и окружающей среды;
- образование и информация по вопросам здоровья;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

– гендерное равенство.

С индустриально-экономическим развитием общества в элементах права на здоровье появляются новые институциональные элементы, которые расширяют содержание права на охрану здоровья и обязанности государств по обеспечению права на охрану здоровья. К ним можно отнести такие элементы права как:

♦ право на достаточное количество функционирующих учреждений общественного здравоохранения и медицинской помощи, товаров и услуг;

♦ право доступность в пределах юрисдикции государства, которая определяется четырьмя частично совпадающими измерениями:

- отсутствием дискриминации;
- физической доступностью;
- экономической доступностью (доступностью по цене);
- доступностью информации [10].

Второй контекст, без которого невозможно в полной мере рассмотреть право на охрану здоровья, это - обязанность государства в лице органов государственной власти и органов местного самоуправления, их должностных лиц по защите указанных прав. Принятый 16 декабря 1966 г. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах определил самостоятельную правовую норму, где перечислил меры, которые государства-участники обязуются принимать в целях реализации прав на здоровье. Эти меры в здравоохранении обеспечиваются через множество различных государственных и частных механизмов. Однако ответственность за общественное здравоохранение в значительной степени лежит на плечах государства.

Резюмируя вышесказанное можно констатировать, что права на здоровье может быть реализовано с помощью множества взаимодополняющих подходов, таких как разработка политики здравоохранения или реализация программы, разработанные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), государством или принятие конкретные правовые инструменты. Кроме того, право на здоровье должно включать определенные компоненты, которые должны иметь исковую силу. Содержание права на здоровье также тесно связана с свободами человека, которые включают такие свободы как, право быть свободным от лечения без согласия, быть свободным от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращение или наказание, которые нашли отражение в международных актах.

Свободное волеизъявление человека на согласие или отказа от лечение и проведение других медицинских вмешательств, в том числе профилактических прививок является одним из основных прав, которые закреплено в Кодексе РК «О здоровье» и полностью соответствует международным стандартам. Но в условиях пандемии мы зачастую наблюдаем ограничение данной свободы. Нужно отметить, что ограничения не противоречат принципам Конвенция о правах человека и биомедицине (Конвенция Овьедо от 4 апреля 1997 г.), которая является единственным юридически обязательным документом на международном уровне в этой области и обеспечивает уникальную правозащитную основу, в том числе в контексте управления чрезвычайными ситуациями и кризисами здравоохранения. Но в соответствии с принципом данной конвенции «любые ограничения на осуществление прав должны быть установлены законом и направлены на защиту коллективных интересов, в том числе здоровья населения» [11]. В середине 2020 года перед учеными юристами стал вопрос о законности ограничения прав и свобод граждан в условиях пандемии Covid-19. Ограничения прав человека и основных свобод во время кризиса COVID-19 были де-факто и были инициированы ВОЗ, которая призвала национальные правительства к принятию «срочных, агрессивных действий», сохраняя при этом баланса «между охраной здоровья, минимизацией экономических и социальных наруше-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ний и защитой прав человека». Этот призыв ясно показывает, что государства должны были принять активные меры посредством превентивных оперативных мер, – что часто подразумевает ограничение некоторых прав в целях защиты других прав и свобод конкретного человека и населения в целом. Последние ситуации, возникшие в многих государствах с обязательной вакцинацией от COVID-19 юридически доказывает обоснованность ограничения прав человека. Возможность ограничения юридически обоснованно конституционными нормами государств (п.3 ст. 55 Конституции РФ, п.1 ст. 39 Конституции РК).

Нужно отметить, что право на охрану здоровья фактически воспринимается только во взаимодействии с другими основными правами, которые подпадают под категории как социально-экономических прав, например, право на здоровую окружающую среду, право на социальное обеспечение, в том числе и классические права – как права человека на равенство и автономию. Обеспечение и реализация этих прав важен для человека и общества и формулирует цели социального государства, связанные с определением содержания и реализации этого права.

Подводя итог, необходимо отметить то, что на сегодняшний день право на охрану здоровья и медицинскую помощь имеет свое «сущностное содержание», под которым подразумевается минимальный необходимый уровень этого права. В то же время для правильного восприятия сущности и смысла указанных прав необходимо четкое понимание способа их соотношения и взаимодействия как части и целого. В настоящее время право на охрану здоровья и медицинскую помощь в обществе рассматривается в аспекте его универсальности, так как общество и государство обращают свое внимание на гармоничное развитие личности, которое невозможно без реализации одного из основных прав человека – права на охрану здоровья, его укрепление и поддержание.

Список использованных источников

1. Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, Pevalin D, Páez DA, Pineda MA, Frisancho A, Tarco D, Motlagh M, Farcasanu D, Vladescu C: Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries.// https://www.who.int/medicines/areas/human_rights/Health_System_HR_194_countries.pdf
2. Капралова Е.В., Е.С. Сергеева Конституционное право граждан на охрану здоровья: его содержание и законодательное обеспечение//Users/Админ/Downloads/konstitutsionnoe-pravo-grazhdan-na-ohranu-zdorovya-ego-soderzhanie-i-zakonodatelnoe-obespechenie.pdf
3. Конституция РФ// <http://www.constitution.ru>
4. 4Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция)http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
5. Конституция Польской Республики
6. Закон об услугах здравоохранения, финансируемых из бюджета от 27 августа 2004 года, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135
7. United Nations Economic and Social Council, General Comment No 14: The right to the highest attainable standard of health. United Nations document E/C.12/2000/4 (11 August 2000): paras 33, 37// <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>
8. Савостьянова, Н. В. Конституционное право на охрану здоровья: понятие и структура // Конституционное и муниципальное право. – 2005. – № 3. – С. 37–39
9. <https://lexlege.pl/ustawa-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych>

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

10. Эртель, Л. А. Право на здоровье: некоторые институциональные новеллы / Л. А. Эртель // Современные научные исследования. – 2012. – № 8. – URL: <http://sni-vak.ru>.

11. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины// <https://docs.cntd.ru/document/901808464>

УДК 614.272

**К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Блинкова Е.А.

преподаватель Волжского социально-педагогического колледжа -
структурного подразделения муниципального бюджетного образовательного учре-
ждения высшего образования «Волжский институт экономики, педагогики и права», г. Волж-
ский, catya.blinkova@gmail.com

Апарина И. В.

научный руководитель, кандидат юридических наук, доцент, проректор по научной
работе, муниципальное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волж-
ский институт экономики, педагогики и права», г. Волжский, irina.aparina@mail.ru

Важнейшим направлением социальной политики является медицина, поскольку она является залогом благосостояния и здоровья не только существующего населения, но и будущего поколения россиян. Лекарственное обеспечение является фундаментальным элементом системы здравоохранения. Его уровень зависит от стабильности предоставления социальных гарантий государством, а также от состояния экономики страны в период развивающегося фармацевтического рынка, который имеет свои отличительные особенности: масштабность, наукоемкость, широкий ассортимент и т.д. Правовое регулирование вопросов, связанных с лекарственным обеспечением, должно быть динамичным, учитывать современные тенденции и потребности общества, а также адекватно социальным запросам регламентировать порядок получения лекарств на различных уровнях.

Лекарственное обеспечение в Российской Федерации включает в себя ряд отдельных направлений, различающихся по регулирующим их нормативно-правовым актам, источникам финансирования и механизмам реализации.

Значимым элементом системы лекарственного обеспечения является нормативно-правовая база, которая определяет процесс обращения лекарственных средств.

Конституция Российской Федерации закрепляет основы любой деятельности, исключением, не является и система здравоохранения. Правовое регулирование прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь строится на следующих конституционных принципах:

- человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства (ст. 2 Конституции РФ) [1];

- Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ст. 7 Конституции РФ);

- каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражд-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

данами бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ);

- в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию [2, с. 103].

Основополагающими, базовыми документами, регулирующими функционирование системы здравоохранения Российской Федерации, в том числе системы лекарственного обеспечения населения, являются Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] и Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [4].

Принятие Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ стало важным этапом на пути формирования обновленной отечественной системы здравоохранения. В качестве приоритетного направления в вышеназванном законе определена профилактика и пропаганда здорового образа жизни. В данном нормативно-правовом акте закреплены гарантии соблюдения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, выбор врача и медицинской организации, а также установлены единые стандарты оказания медицинской помощи.

Не менее важным нормативно-правовым актом является Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 N 61-ФЗ, который содержит основные понятия и определения в области обращения лекарственных средств, например, лекарственные средства - вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий.

К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты. Субъекты обращения лекарственных средств - физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, и юридические лица, осуществляющие деятельность при обращении лекарственных средств.

Лекарственное обеспечение является основной целью обращения лекарственных средств. Одним из недостатков действующего законодательства является отсутствие легального определения понятия «лекарственное обеспечение». Сталкиваясь с лекарственным обеспечением в повседневной жизни не все потребители в полной мере понимают, что включает в себя данный комплекс, тем самым образуется коллизия между потребителями и государством. Закрепление легального определения позволит обозначить границы данной гарантии, что приведет к предотвращению конфликтов интересов на начальном этапе.

Полагаем, что под лекарственным обеспечением следует понимать комплекс нормативных, финансовых мероприятий, направленных на предоставление населению эффективных, качественных, безопасных и доступных лекарственных средств на территории Российской Федерации.

На данный момент на этапе третьего чтения находится законопроект, который содержит в себе поправки к Федеральному закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральному закону от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Законопроект определяет ряд мер

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

по ограничению монополизации фармацевтического рынка. В частности, предлагается ограничить возможность получения внереализационных доходов аптечными организациями и организациями оптовой торговли и устанавливать максимальный размер платы за услуги по продвижению продукции в 5 %, увеличение числа аптек в сельской местности, создание реестра аптечных работников, провизоров, фармацевтов [5].

Несмотря на большое внимание со стороны государства по вопросам лекарственного обеспечения остаётся ряд неразрешённых проблем.

Во-первых, коррупция, приводящая к сохранению монопольного положения отдельных поставщиков препаратов и отсутствию конкуренции в гражданском обороте и на торгах.

Во-вторых, отсутствует конкуренция на рынках лекарственных препаратов, что порождает повышение цен и снижает доступность лекарств для населения. Причина отсутствия конкуренции кроется в коррупционном и бюрократическом аспектах, поскольку для реализации лекарственных препаратов требуется получение специальных разрешений, данная процедура зачастую усложняется целенаправленно, чтобы монополизировать рынок лекарственных средств.

В-третьих, сложный механизм получения льготных рецептов на лекарственные препараты и рецептов, находящиеся в коммерческой продаже, в связи с необходимостью посещения врачей (предварительная запись, длительность ожидания приема). Для получения рецепта требуется запись и посещение врача, что может привести к появлению новых заболеваний, это особенно актуально в период пандемии.

В-четвертых, дефицит доступности аптек в сельской местности, снижение количества аптек, занимающиеся изготовлением лекарственных средств, а также аптек, оказывающих полный спектр социально значимых услуг, кадровый дефицит в фармацевтических организациях.

В-пятых, низкий уровень объемов финансирования лекарственного обеспечения населения. Тревожным сигналом является неравенство в распределении финансирования льготного лекарственного обеспечения разных субъектов Российской Федерации, поскольку каждый из них имеет определенный уровень социально-экономического развития.

В-шестых, самолечение, приводящее к росту числа тяжелых хронических больных на поздних стадиях заболевания либо с резистентностью к терапии определенными препаратами. В настоящее время достаточно сложно попасть к нужному специалисту, талончики распределены на месяц вперед, дефицит кадров приводит к самолечению.

Анализ вышеизложенного позволяет говорить о необходимости реформирования отечественного законодательства о лекарственном обеспечении населения. В частности, требуется:

- законодательное закрепление термина «лекарственное обеспечение»;
- введение запретов фармацевтическим компаниям осуществлять взаимодействие на коммерческой основе с врачами и должностными лицами, принимающими решение о назначении или закупке лекарственных препаратов и введение административной ответственности за нарушение данных запретов;
- упрощение процедур получения рецептов, в том числе формализация процедуры, отказ от необходимости записи к врачу в случае постоянного обеспечения хронического больного или инвалида определенным лекарственным препаратом;
- стимулирование развития аптечной сети в небольших или удаленных муниципальных образованиях, в том числе через предоставление льготной аренды помещений, снижения налоговой нагрузки для таких аптечных учреждений;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

- повышение уровня рациональности использования бюджетных средств в сфере лекарственного обеспечения населения;
- расширение перечня рецептурных лекарственных препаратов при условии оптимизации процедур получения рецептов, усиления надзора за выпиской рецептов и отпуском аптеками рецептурных препаратов;
- постоянное информирование населения о необходимости лечения в соответствии с назначениями врачей;
- пропаганда необходимости лечения и приема препаратов строго в соответствии с предписанием врача и инструкцией по применению лекарственного препарата.

Список использованных источников

1. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: [с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020]. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 10.10.2021).
2. Тельнова, Е. А. Организация лекарственного обеспечения в Российской Федерации / Е. А. Тельнова. – Текст: электронный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2021. – N 1. – с. 100-111 – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-lekarstvennogo-obespecheniya-v-rossiyskoy-federatsii-1/viewer> (дата обращения: 10.10.2021).
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 10.10.2021).
4. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/ (дата обращения: 10.10.2021).
5. Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации: официальный сайт. – Москва. – Обновляется в течение суток. – URL: <http://duma.gov.ru/> (дата обращения: 10.10.2021). – Текст: электронный.

УДК 34.047

**СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Богатырева Л.Б.

заведующая кафедрой медицинского права Казахского национального медицинского
университета имени С.Д.Асфендиярова,
e-mail: lida110@inbox.ru

Развитие национальных систем здравоохранения показывает, что государственные правовые и финансовые реформы направлены на улучшение ситуации с охраной здоровья граждан [1]. В доктринальных источниках определяется: «главная задача состоит в том, чтобы выработать такую модель здравоохранения, которая стимулировала бы повышение качества медицинского обслуживания при одновременном контроле расходуемых государственных средств» [2].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Как показывает прогрессивный опыт зарубежных государств, аналитика все больше вплетается в систему здравоохранения и фундаментально определяет будущее медицины. Благодаря таким возможностям как способность повысить эффективность здравоохранения при одновременном повышении качества медицинской помощи, снижении затрат и достижения многих других целей понимание и применение аналитики имеет определяющее значение для повышения эффективности систем здравоохранения будущего. Как правило, в тех государствах, где инструментарий аналитики игнорируется, либо применяется непрофессионально, реформы обречены на провал. Для Казахстана характерно отсутствие объективной и конструктивной аналитики в сфере здравоохранения Республики Казахстан в целом, и правового регулирования отрасли в частности, - данным обстоятельством обусловлена необходимость актуализации данной проблемы [3].

Охрана здоровья граждан для современного государства является одним из важнейших приоритетов, глобально актуализировавшихся в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Официальные представители Организации по правам человека и назначенные ООН независимые эксперты подчеркивают важность защиты прав людей в период пандемии [4]. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), основываясь «на опыте противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, предлагает перейти от принуждений и ограничений к охвату и предоставлению услуг наиболее уязвимым, расширению масштабов скрининга и тестирования для наиболее нуждающихся, устранению барьеров, расширению прав и возможностей обладающих знаниями и инструментами для защиты себя и окружающих (в случае COVID-19 – включая увеличение социального пространства). Такой подход – это приоритет прав человека, опоры на научные данные, а также укрепление и активное вовлечение сообществ» [5]. Учет прав человека при реагировании на COVID-19 предполагает предоставление всему населению достоверной и актуальной информации о самом вирусе, о доступе к услугам, о прекращении оказания услуг и о других аспектах реагирования властей на эпидемию. Важное значение вопросам межгосударственного сотрудничества по предупреждению и реагированию на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера в области общественного здравоохранения на уровне правовых норм уделяет в своей деятельности Совет по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ [6].

Значимость мер по внедрению законодательных новелл подтверждается государственными программными документами Республики Казахстан. В Послании Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана (1 сентября 2020 г.) Казахстан в новой реальности: время действий подчеркивается социальная обусловленность модернизации законодательства Республики Казахстан: обеспечить достойную жизнь нашим гражданам, защитить их права, укрепить верховенство закона, усилить борьбу против коррупции; мобилизацию всех человеческих ресурсов, вовлечь частный сектор и общество в качестве полноценных партнеров на всех этапах: планирования, исполнения, оценки. В парадигму послания вошли вопросы кадровой политики в сфере здравоохранения, проблемы отечественной фармацевтической отрасли, развития медицинской инфраструктуры, организации первичной медицинской помощи; возрождения транспортной медицины для отдаленных регионов; обеспечения все сельские населенные пункты фельдшерско-акушерскими пунктами и врачебными амбулаториями; расширения подготовки эпидемиологов, инфекционистов, реаниматологов, пульмонологов, кардиологов; оснащения медицинских организаций необходимым оборудованием [7].

Несмотря на то, что отдельные аспекты проблемы правового регулирования общественных отношений в период пандемии освещаются в средствах массовой информации [8]; разработано руководство для работодателей Казахстана по вопросам организации труда в условиях COVID-19 [9] и т.п., в отечественной и зарубежной юридической литературе не су-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

существует комплексных научных разработок по проблеме совершенствования законодательства в сфере здравоохранения в целях предупреждения пандемии инфекционных болезней.

В современный период система здравоохранения Республики Казахстан, как и системы здравоохранения всех стран мира, испытывает колоссальные трудности, связанные с катастрофическим влиянием пандемии COVID-19 на все сферы общественных отношений. Практикой подтверждена решающая роль права как универсального регулятора общественных отношений в период распространения коронавирусной инфекции, а также необходимость использования ресурсов права в предупреждении пандемий в будущем. Тем самым подтверждается высокая значимость научных исследований в национальном и международном масштабах, применимость его результатов для развития как сферы здравоохранения, так и национальной науки и экономики.

Несмотря на то, что в разгар пандемии был принят новый Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения»; внедряется обязательное социальное медицинское страхование, реальная ситуация выявила несовершенство правовой базы здравоохранения Республики Казахстан. Существующая практика применения механизма правового регулирования здравоохранения характеризуется непоследовательностью и бессистемностью, размытостью целей и низкой результативностью, отсутствием надлежащего взаимного информационного обмена между государством и обществом. Действующее специальное законодательство в области здравоохранения создает почву для утраты государственным управлением своей социальной основы, что может поставить под сомнение и возможности поступательного развития рациональной системы здравоохранения.

Правоприменительная практика в сфере здравоохранения сталкивается с проблемой коллизии нормативных правовых актов разного уровня, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения Республики Казахстан. Как правило, подобная ситуация влечет за собой негативные последствия, выражающиеся в нанесении ущерба здоровью граждан. Подтверждением является ситуация в период распространения коронавирусной инфекции, ярко проявившаяся в неспособности как системы здравоохранения, так и в целом системы государственного управления, мобилизовать имеющиеся ресурсы для защиты права граждан на охрану здоровья, прав медицинских работников. Неспособность обеспечить своевременное реагирование на вызовы и угрозы путем создания подзаконных нормативных актов во исполнение законодательных актов привело к негативным результатам.

Неумелая организация карантинных мер, «неудачные» многочисленные постановления санитарных врачей, необоснованные протоколы лечения, искусственно созданный дефицит лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период вспышки инфекции в июле 2020 года как признаки правового нигилизма государственного аппарата повлекли за собой необратимые для государства и общества потери человеческих жизней.

Руководители профильных министерств продемонстрировали слабое знание законодательства, регулирующего меры социальной поддержки граждан, распространяя противоречивую информацию о нормах и положениях законодательства, действующего в условиях чрезвычайного положения и т.д.. Размытость содержания принимаемых государственными органами подзаконных нормативных актов делало невозможным осуществление адекватного правоприменения. Вместе с тем несовершенство принимаемых и применяемых в период пандемии многочисленных нормативных правовых актов обусловлено рядом объективных причин, связанных с оперативными сроками принятия актов, тенденциями распространения коронавирусной инфекции, масштабами ущерба. Данное обстоятельство подчеркивает необходимость глубокого анализа сложившейся в разные периоды эпидемии (ухудшения, стабилизации, улучшения) нормативной базы, систематизации правовых актов, их оценки с целью адаптации к при-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

менению в период возврата к деятельности организаций здравоохранения и общества в нормальных условиях.

Пандемия коронавирусной инфекции продемонстрировала многие изъяны государственного управления, вскрыла факты многомиллиардных хищений в сфере цифровизации, преступного бездействия ТОО СК Фармация по распределению лекарственных средств и изделий медицинского назначения и пр. Однако общество не получило ответы на вопрос о том, какую юридическую ответственность понесли должностные лица за злоупотребления полномочиями, неисполнение либо ненадлежащее исполнение возложенных на них законодательством полномочий как в обычных условиях, так и в условиях чрезвычайного положения и распространения инфекционных болезней, что является основанием для утверждения о том, что в механизме правового регулирования попросту отсутствует механизм неотвратимости наказания должностных лиц за неисполнение либо ненадлежащее исполнение возложенных на них законодательством обязанностей.

Остаются открытыми вопросы правового регулирования ответственности населения как по фактам нарушения режима карантина, самоизоляции, влекущим угрозу распространения инфекции, так и в целом за сохранение здоровья (скрининги, ведение здорового образа жизни и т.д.). На данном направлении во избежание нарушений права граждан на охрану здоровья требуется создание эффективного комплекса мер правовой регламентации в диапазоне трудового, административного, уголовного и иного законодательства.

Вопросами чрезвычайной важности является принятие превентивных мер по защите прав медицинских работников, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения. Как показала практика, в ревизии нуждаются положения законодательства, регламентирующего как вопросы профилактики инфицирования, так и компенсационных выплат в случае заболеваний и смерти медицинских работников. Современная ситуация характеризуется возникновением угрозы оттока медицинских кадров из отрасли, которая как никогда нуждается в высококвалифицированных специалистах. В связи с изложенным, в модернизации нуждается нормативная база, регулирующая статус медицинских работников в контексте социального обеспечения (оплата труда, социальная защита и т.д.).

Все вышеизложенные аспекты правового регулирования общественных отношений сферы здравоохранения актуализируются в свете проблемы устранения имеющихся недостатков и пробелов в законодательстве в период возврата к жизнедеятельности общества к нормальным условиям с учетом возможности возникновения пандемий в будущем. Моделирование эффективной системы здравоохранения требует выработки, прежде всего, концептуальных подходов к организации его деятельности. Назревшая необходимость первоочередного решения проблемы построения рациональной системы здравоохранения обусловила и существенное возрастание объема государственного регулирующего и контролирующего участия в жизни общества, активизацию контрольного механизма государства. Особенно важно на современном этапе усилить работу контрольно-надзорных органов в системе здравоохранения в организационно-методологическом плане, выявить неиспользуемые возможности, пределы функционала, определить наиболее приемлемые, эффективные методы и формы их реализации, разработать рекомендации по совершенствованию деятельности контрольно-надзорных органов в системе здравоохранения.

Список использованных источников

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

- Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. -
<https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>
2. Омирбаева Б.С. Формирование конкурентоспособного здравоохранения: теория, методология, пути реализации: дис. ... к.э.н. . - Астана, 2018. - 157 с.
3. Тайторина Б.А., Богатырева Л.Б., Байсалова Г.Т. Современные модели организации здравоохранения: проблемы правового регулирования // Вестник Института законодательства и правовой информации РК. - 2020. - №2(60). – С.157-167.
4. Защита прав человека в условиях пандемии COVID-19. -
<https://www.un.org/ru/coronavirus/protecting-human-rights-amid-covid-19-crisis>
5. Права человека в период COVID-19. Уроки эпидемии ВИЧ-инфекции: эффективное реагирование силами сообщества. -
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_ru.pdf.
6. Отчет Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ за 2016-2020 годы. -
http://cis.minsk.by/news/15526/otchet_o_deyatelnosti_soveta_po_sotrudnichestvu_v_oblasti_zdravooohraneniya_sodruzhestva_nezavisimyh_gosudarstv_za_2016%E2%80%932020_gody.
7. Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана (1 сентября 2020 г.) Казахстан в новой реальности: время действий-https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-1-sentyabrya-2020-g
8. Меры, принимаемые в Казахстане для стабилизации экономики и поддержания общественного согласия в период пандемии https://prg.kz/pravmedia/webinars_list/3949-mery-prinimaemye-v-kazahstane-dlya-stabilizacii-ekonomiki-i-podderzhaniya-obschestvennogo-soglasiya-v-period-pandemii.html
9. Руководство для работодателей Казахстана: организация труда в условиях COVID-19. - https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37257353#pos=2;-108

УДК 340.11:5

ЭВТАНАЗИЯ: ВЕЧНАЯ ПРОБЛЕМА БИОЭТИКИ, МЕДИЦИНЫ И ПРАВА

Байтекова К.Ж.

магистр медицинских наук, лектор кафедры Медицинского права Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, e-mail: kbayteкова@mail.ru

Сарыбаева Н.А.

ассистент кафедры Медицинского права Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова,
e-mail: Sarybaeva_70@mail.ru

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представляет информацию о том, что более 70% из числа умирающих людей испытывают порой невыносимые боли, жестокие страдания. Существуют также данные о том, что ежегодно около 400 тысяч человек принимают и реализуют решение о прекращении собственной жизни, фиксируется около 7 миллионов суицида. Исследования в сфере биоэтики, медицины и права представляют достаточно доказательств того, что эвтаназия – не просто безболезненная смерть, а смерть, которая соответствует воле самого умирающего [1; 2]. Феномен эвтаназии в современной литературе рассматривается как вечная, неисчерпаемая проблема биоэтики, медицины и права [3].

Можно предложить следующее определение: эвтаназия - это умерщвление или практика прекращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания. Вопрос об освобождении от страданий тяжелобольных неизлечимых людей никогда не поднимался в Республике Казахстан на законодательном уровне. Эвтаназия в Казахстане запрещена, по сути представляет собой убийство. Считается, что страдающие пациенты нуждаются в обезболивании, а также в облегчении их мук путем специальных медикаментов и, соответственно, уровню развития болезни. Эвтаназия избегает преимуществ паллиативной помощи. Вместо того, чтобы пытаться улучшить жизнь пациента с окончательным диагнозом, эвтаназия стремится отобрать у него то, что осталось от жизни человека.

Если говорить об общественном мнении, то согласно проведенным исследованиям, многие считают эвтаназию гуманным способом, а решение об этом должен принимать лично сам больной, а не его родственники или медицинские работники. Согласно данных проведенного в 2000 году социологического опроса практикующих врачей, преподавателей медицинского вуза, сотрудников Министерства здравоохранения, фельдшеров и медицинских сестер 42,5% врачей поддерживают, а 37,6% отвергают эвтаназию, а число врачей, которые затруднились с ответом как в целом, так и отдельных возрастных группах, составила примерно 20%.. Характерно, что отношение врачей к эвтаназии меняется с возрастом в пользу противников последней: специалисты молодого возраста чаще поддерживают эвтаназию, врачи в возрасте старше 50-ти лет чаще склоняются против. При этом во всех возрастных группах, кроме самой молодой (до 29-ти лет), число специалистов выступивших против эвтаназии оказалось больше, чем ее сторонников. Тем не менее, феномен эвтаназии, будоражащий сознание людей на протяжении многих столетий, противен духу биоэтики; не поддерживает идею самоубийства подобным образом ни одно направление религии. К вопросу легализации с огромным сомнением и осторожностью относятся и юристы. Современное казахстанское общество не готово широко обсуждать тему эвтаназии, имеет место нечто вроде молчаливого согласия считать ее компетенцией медиков.

Однако проблему легализации эвтаназии нельзя считать закрытой ни с точки зрения права, ни с этической, ни с медицинской любой другой социальной точки зрения. Однако, несмотря на тяжесть объективных обстоятельств, общество, прежде всего в лице научного, медицинского и правового сообщества, должно найти подходящие формы практики и убедительные аргументы, которые поспособствуют более глубокому пониманию эвтаназии в сознании людей. И стоит начинать именно с правового разъяснения этой сложной и важной проблемы.

Проблема эвтаназии, как одного из разделов танатологии (науки о смерти), может диаметрально противоположно трактоваться как «облегчение страданий больного», «право на смерть» или «убийство». На сегодняшний день эвтаназия легализована таких странах как Нидерланды, Бельгия, Швейцария, нескольких штатах США. Применение эвтаназии в Нидерландах регламентируется законом «Прекращение жизни по запросу и ассистируемый суицид» года и уголовным законодательством (CriminalCode).

В 2002 году Бельгия следом за Нидерландами приняла закон, легализующий эвтаназию. Согласно "Закону об эвтаназии", врачи могут помочь больным умереть только в том случае, если они их давно наблюдают. Пациенты должны быть бельгийскими гражданами и постоянно проживать в стране.

США: Орегон стал первым штатом, разрешившим помощь в совершении самоубийства, приняв закон под названием "Смерть с достоинством". Пациенты должны находиться в здравом уме и твердой памяти и быть старше 18 лет. Врачи должны прийти к заключению, что человеку остается жить не более шести месяцев. Больные должны дважды высказать желание умереть в присутствии независимого свидетеля.

Несмотря на то, что понятие «эвтаназия» имеет лишь одно определение и трактуется оно как «хорошая смерть», у людей вызывает неоднозначную реакцию и мнение. Эвтаназия (от греч. εὖ — хорошо + θάνατος — смерть) — практика прекращения жизни человека по его просьбе, страдающего неизлечимым заболеванием и испытывающего вследствие этого заболевания невыносимые страдания [4]. Впервые данный термин был введен еще в XVI веке английским философом Френсисом Бэконом, который в своей работе «О достоинстве и приумножении наук» («*Advancement of Learning*»), указывал, что обязанностью врача является не только восстановить здоровье, но и облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнью. В разные периоды истории определение и сущность эвтаназии трактовались в разнообразной, противоречивой палитре мнений [5], а в современный период «понятие эвтаназии является полисемантическим, гармонично объединяя в себе медицинские, биологические, религиозные, правовые, нравственные, этические и прочие аспекты» [6, с.89].

Эвтаназия со стороны врача делится на активную («метод наполненного шприца») и пассивную («метод отложенного шприца»).

Активная эвтаназия подразумевает введение безнадежно больному пациенту лекарственных средств, которое приводит к быстрой и безболезненной смерти. Данный вид эвтаназии в свою очередь делится еще на 3 подвиды: 1) так называемое «убийство из милосердия» - о данном подвиде активной эвтаназии можно говорить в случае, когда врач, наблюдая сильные мучения пациента, и понимая, что он не в силах облегчить его страдания, вводит ему лекарственные средства, в результате чего наступает смерть. Проводится эвтаназия в 2 этапа: на первом этапе пациенту вводят обезболивающее, и когда он погружается в глубокий наркоз, вводят специальный препарат, направленный на остановку дыхания. Все это время врач находится рядом с больным, проверяет, чтобы все проходит именно так, как положено, и пациент не испытывал никаких мучений; 2) «самоубийство, ассистированное врачом» - врач лишь помогает неизлечимо больному пациенту покончить с жизнью, т.е. врач готовит лекарственный препарат, а пациент сам делает себе инъекцию, которая приводит к постепенному угасанию и неминуемой смерти. 3) «собственно активная эвтаназия» - случай, когда пациент сам без помощи врача подключает аппарат, который приводит его к быстрой и безболезненной смерти. Под пассивной эвтаназией подразумевается прекращение оказания медицинской помощи, которая продлевает жизнь пациенту, с условием, что пациент добровольно отказывается продолжать лечение и оформляется соответствующая документация. Обосновывается пассивная эвтаназия тем, что пациент имеет право на отказ от лечения, а принуждение его к лечению противоречит его праву на личное достоинство, личную неприкосновенность и свободу.

Со стороны пациента эвтаназия делится на добровольную, недобровольную и принудительную (т.е. против воли пациента). Последние два вида эвтаназии Р.А. Стефанчук называет криптоназией (от греческого *kruptos* - тайный, скрытый, *thanatos* - смерть) [6, с.92]. При этом неважно, сам ли врач принимает решение об умерщвлении пациента, либо к тому его склоняют семья или законные представители больного. Добровольная эвтаназия осуществляется по недвусмысленной, неоднократной просьбе пациента при свидетелях, при том, что пациент хорошо проинформирован о том, что процесс эвтаназии необратимый. Недобровольная форма характеризуется тем, что желание умертвить пациента изъявляют его родственники, так как сам пациент физически не в состоянии сообщить о своих желаниях.

Таким образом, эвтаназия - это преднамеренное действие, предпринимаемое врачом или другой стороной, которое заведомо приводит к окончанию жизни человека. Этот шаг делается в большинстве случаев, чтобы положить конец постоянным страданиям, которые люди испытывают из-за неизлечимой болезни, генетического расстройства или травмирующего события. Это процесс, который наряду с самоубийством с помощью врача противоречит закону в

большинстве стран. Полагаем, что используется эвтаназия как последнее средство, когда все остальные варианты не обсуждаются. Эвтаназия отличается от самоубийства, хотя оба действия заканчивают жизнь, потому что первый использует помощь, а второй - нет. Цель - положить конец долгой смерти, особенно если в процесс включены хронические и сильные боли.

Право на смерть должно быть личным выбором, а не правом государства, организаций. Лишь немногие неизлечимо больные люди пользуются законами об эвтаназии. Люди, которые имеют право на эту программу, составляют 0,3% или менее от общей численности населения. В современном процессе эвтаназии врачи играют минимальную роль. Одна из причин, по которой общество может быть против идеи эвтаназии, заключается в действиях таких людей, как доктор Джек Кеворкян, в прошлом. Вместо того, чтобы позволять людям без угрозы смерти отнимать свои жизни под надзором, законы о смерти с достоинством, принятые в Соединенных Штатах, допускают добровольное включение врачей, причем последние статистические данные показывают, что менее 1% врачей решили принять участие в этих программах. Около 40% тех, кто написал законный смертельный рецепт, не знали, принимал ли пациент лекарство или нет.

Пациенты могут избежать проблемы виновности ухаживающего в акте эвтаназии. Одна из наиболее значительных проблем, возникающих при терминальном диагнозе, - это чувство вины и стыда, которое пациент испытывает по отношению к своим попечителям, он чувствует себя обузой для родных и близких людей. В штатах США, в которых действует Закон о смерти с достоинством, требуется, чтобы пациенты самостоятельно вводили свой смертельный рецепт. В некоторых юрисдикциях также требуется присутствие двух свидетелей, однако они не могут быть родственниками или лицами, которые могли бы получить наследственное имущество.

Легализация эвтаназии работает, когда врач готов предоставить эту возможность для своего пациента. Временами врач не желает давать смертельный рецепт по этическим причинам в соответствии с концепцией «не навреди».

Преимущества и недостатки эвтаназии должны также учитывать интересы врача, семьи пациента и других людей, связанных с принятием решения. Эвтаназия не всегда дает обещанный результат, и легализация эвтаназии не является гарантированным результатом. Эвтаназия может позволить людям выбирать смерть по причинам, которые выходят за рамки болезни. При опросе лиц, имеющих право на участие в программе эвтаназии, более 90% сказали, что именно «потеря автономии» определяла их решение, а не фактический диагноз неизлечимой болезни. В ходе опроса пациенты просили выбрать любую причину, которая применялась, и 90% людей также выбрали ограничение в своей обычной деятельности в качестве основного фактора их выбора [5]. Область медицины не является точной наукой, даже если мы знаем, что есть определенные результаты, которые вероятны при определенных обстоятельствах. Медицинские вмешательства основаны на идее, что возможные выгоды перевешивают потенциальные риски.

В большинстве стран эвтаназия потребует изменения правовых и медицинских норм. Хотя Соединенным Штатам, Нидерландам и другим странам, которые легализовали эвтаназию, потребовалось небольшое количество законодательных мер, чтобы разрешить такую практику, для других потребуется полный пересмотр системы уголовного правосудия. Почти 5% людей, которые умирают в Нидерландах каждый год, делают это в порядке акта эвтаназии, причем более 30% запросов поступают от лиц старше 80 лет без значительного диагноза здоровья.

Таким образом, верным представляется обоснование особой правовой природы и уголовно-правовой оценки эвтаназии в контексте следующих факторов: исторической ретроспективы, философского значения, медико-биологического контекста, психологического со-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

стояния неизлечимо больного человека, юридическое закрепления ответственности [7]. Медико-биологические критерии эвтаназии: наличие неизлечимого заболевания; продолжительность применения медикаментозного лечения; неотвратимость летального исхода; определение физических страданий как невыносимых; исчерпанность всех возможных медицинских средств при отсутствии эффективных мер лечения; добровольная просьба лица либо его законного представителя о причинении смерти. В зависимости от того, законодательно закреплена или запрещена эвтаназия в той или иной стране названные критерии могут являться как основанием осуществления эвтаназии при условии ее легализации, так и основанием при ее запрете уголовно-правовой оценки с учетом степени общественной опасности для введения привилегированного состава преступления.

Список использованных источников

1. Эвтаназия [Электронный ресурс]. <http://www.mednovosti.by/>
2. Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Монография. М.: Издательский дом «Камерон». 2006,-218 с..
3. Тайторина Б.А., Богатырева Л.Б., Абдукаримова З.Т. Феномен эвтаназии: этические, медицинские и правовые аспекты //Вестник КазНУ имени Аль-Фараби. Серия юридическая, 2020. -№1.- С.12-20.
4. Ющенко Н.В. Биоэтические проблемы эвтаназии//Гуманитарные и социальные науки(научный журнал СКНЦ ВШ) Ростов н/Д, Выпуск №6. 2010г.URL: http://hses-online.ru/2010/06/09_00_13/15/pdf.С.141-149.0.39 п.л.
5. Что такое эвтаназия: от древности до наших дней // <http://www.temadnya.ru/spravka/30apr2002/1288.html>
6. Биомедицинское право в России и за рубежом : монография / Г. Б. Романовский, Н. Н. Тарусина, А. А. Мохов [и др.]. — Москва : Проспект, 2015. — 368 с.
7. Антоненко М.М. Эвтаназия как разновидность убийства в уголовном праве России: дисс. канд. наук: Калининград, 2018.-253 с.

УДК 342.7

**К ВОПРОСУ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ
КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Виноградов В.В.

доцент кафедры теории и истории государства и права,
Муниципальное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волжский институт экономики, педагогики и права»,
кандидат юридических наук, доцент, 12000102@mail.ru

Вакарёв А.А.

доктор экономических наук, доцент старший научный сотрудник, Муниципальное
бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волжский институт экономики,
педагогики и права», management@viepp.ru

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

В Конституцию РФ 1993 г. в 2020 году были внесены существенные изменения [1]. Поправки коснулись и вопросов, связанных с реализацией конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации:

1) статья 71:

«В ведении Российской Федерации находятся:

е) установление единых правовых основ системы здравоохранения...»;

2) статья 72:

«1. В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся:

ж) обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью...»;

3) статья 132:

«1. Органы местного самоуправления... в соответствии с федеральными законами обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медпомощи».

Ранее Конституция РФ 1993 г. ограничивалась закреплением права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41). При этом закреплялось оказание гражданам медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

После внесения поправок в 2020 г. в ч. «ж» п. 1 ст. 72 Конституции РФ 1993 г. «обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья» увязывается с созданием «условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью».

Таким образом, конституционно устанавливается норма об обязанности граждан заботиться о сохранении своего здоровья, но при соответствующей организационной и финансовой государственной поддержке. Соответственно, в ряд законодательных актов Российской Федерации необходимо внести изменения с учетом поправок в Конституцию РФ 1993 г. сделанных в 2020 г. В первую очередь эти изменения должны затронуть положения федеральных и региональных законодательных актов в части закрепления полномочий органов государственной и муниципальной власти по созданию дополнительных условий реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в связи с установлением обязанности граждан заботиться о сохранении своего здоровья.

В ч. 1 п. 2 ст. 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [2] к полномочиям федерального органа исполнительной власти осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения следует добавить полномочия по установлению единых правовых основ системы здравоохранения (на основании поправки в ч. «е» п. 1 ст. 71 Конституции РФ 1993 г.), а также полномочия по обеспечению оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранению и укреплению общественного здоровья, созданию условий для ведения здорового образа жизни, формированию культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья в ч. 8 п. 1 ст. 16 и к полномочиям органов местного самоуправления в ч. 6 ст. 17 необходимо добавить формирование культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Данные полномочия начали закрепляться в федеральном законодательстве задолго до внесения поправок в Конституцию РФ 1993 г. в 2020 г. Так в уже упомянутом Федеральном

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ ст. 30 посвящена формированию здорового образа жизни. В п. 3 ст. 30 говорится следующее: «3. Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом».

Однако конституционное включение создания условий для ведения здорового образа жизни и формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью в предметы совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации придала им большую значимость, гарантированность, и конституционно обязывает государство предпринимать соответствующие меры.

Уже в период работы над поправками в Конституцию РФ 1993 г. Министерством здравоохранения РФ были приняты нормативные акты, регламентирующие отдельные аспекты по формированию здорового образа жизни. Так, 15 января 2020 г. была утверждена Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [3]. Через несколько месяцев после начала действия Конституции РФ 1993 г. в новой редакции был принят Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» от 29.10.2020 № 1177н [4].

Таким образом, если о создании условий для ведения здорового образа жизни прописано во многих нормативных правовых актах, то о формировании культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью мы этого сказать не можем.

Невозможно провести четкой границы по установлению ответственности государства и самого человека в этом вопросе. При этом в Российской Федерации происходит отход от «патерналистской» модели государства. От человека ожидается больше самостоятельности в принятии решений о своей жизни, в том числе в вопросе о своем здоровье. Однако это не должно означать, что государство снимает с себя ответственность за жизнь и здоровье населения. Необходимо выстроить систему здравоохранения так, чтобы и человек ответственно относился к своему здоровью, и государство обеспечивало все условия для здоровой жизни, при сохранении приоритета граждан в решении этого вопроса.

Необходимо разработать соответствующие специальные меры, которые бы и побуждали, и понуждали, и принуждали граждан ответственно относиться к своему здоровью. Следует расширить и конкретизировать полномочия профильных органов государственной власти и местного самоуправления в данной сфере.

Однако, для разработки специальных мер необходима теоретическая разработка конституционного положения о формировании культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью. Очевидно, что оно не тождественно созданию условий для ведения здорового образа жизни.

Формирование культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью является элементом общей культуры человека. Целесообразно внести в законодательство ряда отраслей права (трудового, административного и др.) стимулирующие меры для лиц, ответственно относящихся к своему здоровью. И здесь речь идет о людях, ведущих здоровый образ жизни, а не только вакцинированных от COVID-19.

Не следует впадать в крайность и закреплять в законодательстве меры, ограничивающие людей, безответственно относящихся к своему здоровью. Так высказываются отдельные

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ми ответственными лицами предложения о закреплении в законодательстве ограничений в получении медицинской помощи гражданами, которые не прошли вакцинацию от COVID-19. Уже предпринятые ограничительные меры по допуску этих людей к работе в ряде сфер являются вполне оправданными, так как на кону стоит жизнь и здоровье других граждан.

В современных условиях сохранение и развитие системы здравоохранения, повышение качества и доступности оказания медицинской помощи продолжает оставаться одним из приоритетных направлений деятельности государства и зоной ответственности всех уровней публичной власти (государственной и муниципальной) по сохранению и укреплению общественного здоровья, созданию условий для ведения здорового образа жизни, формированию культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Список использованных источников

1. Российская Федерация. Законы. О совершенствовании регулирования отдельных вопросов организации и функционирования публичной власти [Текст]: закон РФ о поправке к Конституции РФ от 14.03.2020 № 1-ФКЗ // Собрание законодательства РФ. – 16.03.2020. – № 11. – Ст. 1416.

2. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Текст]: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) // Собрание законодательства РФ. – 28.11.2011. – № 48. – Ст. 6724.

3. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.01.2020 № 8 // КонсультантПлюс: официальный сайт. – 2021. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_344362/ (дата обращения: 01.10.2021).

4. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.10.2020 № 1177н // КонсультантПлюс: официальный сайт. – 2021. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_369897/ (дата обращения: 01.10.2021).

УДК 347.51

**ПРАВО НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ И ВАКЦИНАЦИЯ ОТ COVID-19 В
УКРАИНЕ**

Горобец Н.А.

профессор кафедры юридических дисциплин, кандидат юридических наук, доцент
Сумского филиала Харьковского национального университета внутренних дел, e-mail:
justitsia.n@gmail.com

Приходько Д.А.

студентка 3 курса Сумского филиала Харьковского национального университета
внутренних дел, e-mail: pryhodkodaryna2019@gmail.com

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

1. Современный мир позиционируется как прогрессивный, инновационный, достаточно защищен с позиции прав человека. Пандемия COVID-19 стала немалым потрясением для жителей нашей планеты, серьезным испытанием для систем здравоохранения всех стран без исключения. Столкнувшись с коронавирусом государственные органы, включая Украину, были вынуждены быстро принимать, часто непопулярные, экономически невыгодные решения. Среди них так называемые «немедицинские противоэпидемические мероприятия»: запрет на въезд / выезд из страны, локдаун т.д., цель которых сокращение контактов между людьми (постановление Кабинета Министров Украины от 9 декабря 2020 № 1236 [1]).

2. История человечества знает не одну пандемию, в большинстве случаев преодолеть их удалось вакцинацией. С начала пандемии все ученые и фармацевты начали поиск вакцины. Из-за частых осложнений и смертности поиск требует рекордно быстрых темпов. В конце 2020 года несколько производителей вакцин заявили об изобретении вакцины против коронавируса. Казалось бы человечество спасено, однако ...

Вакцинация от коронавируса в Украине началась 24 февраля 2021. Доступны вакцины AstraZeneca, CoronaVac, Pfizer и Moderna. По состоянию на 15 октября в Украине от коронавируса сделали 14159120 прививок [2].

По состоянию на 15 октября 2021 в Украине было зафиксировано 2610899 случаев заболевания, новых случаев за сутки 13 624. Всего выздоровели 2316582 человек. Умерло от коронавируса 60137 человек [2]. Статистика свидетельствует, что заболеваемость с приходом нового штамма «Дельта» растет и говорить о преодолении пандемии рано.

3. В Украине право на вакцинацию является составляющей права на медицинскую помощь. Согласно ст. 284. Гражданского кодекса Украины «физическое лицо имеет право на медицинскую помощь; при достижении четырнадцати лет, лицо, обратившееся за оказанием ему медицинской помощи, имеет право на выбор врача и выбор методов лечения в соответствии с его рекомендациями; оказания медицинской помощи физическому лицу, которое достигло четырнадцати лет, осуществляется с его согласия; совершеннолетнее дееспособное физическое лицо, которое осознает значение своих действий и может руководить ими, имеет право отказаться от лечения» [3].

Как и в большинстве стран, в Украине вакцинация является добровольной, за исключением: гепатита В, туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, кори, краснухи и эпидемического паротита.

Однако пандемия COVID-19 вносит свои коррективы в политику государства и его отношение к вакцинации не как к праву, а как к обязанности его граждан.

4. Значительное сопротивление вакцинации среди населения, отсутствие законодательно обоснованных оснований для введения обязательной вакцинации не остановило Министерство здравоохранения Украины от радикальных шагов по ее внедрению. С целью обеспечения эпидемического благополучия населения Украины, предупреждение инфекций, управляемых средствами специфической профилактики было принято Приказ МЗ Украины от 04.10.2021 N 2153 [4].

Этим приказом, который вступит в силу через месяц с момента принятия, установлено обязательное профилактическую прививку против острой респираторной болезни COVID-19 для сотрудников: центральных органов исполнительной власти и их территориальных органов; местных государственных администраций и их структурных подразделений; учреждений образования и научных учреждений независимо от типа и формы собственности при условии отсутствия у них абсолютных противопоказаний к прививке. Работники учреждений образования и органов исполнительной власти, которые не прививаются против COVID-19 в течение этого периода, будут отстранены от работы без сохранения заработной платы.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Анализируя приказ следует указать на его несоответствие действующему законодательству и избирательность профессий. Например, не указано медицинских работников, полицию, суды. Чиновники ссылаются на решение Европейского Суда по правам человека по делу «Вавржичка и другие против Чешской Республики» (заявление № 47621/13 и 5 других). Однако данное решение касается обязанности вакцинироваться от болезней, которые хорошо известны медицинской науке. Европейский Суд по правам человека подчеркнул, что обязанность вакцинации касается тех болезней, против которых вакцинация считается научным сообществом эффективной и безопасной. Таким образом, применение этого решения Европейского Суда по правам человека для ситуации с прививками против COVID-19 является безосновательным.

5. О необходимости обеспечения справедливого баланса, который нужно установить между конкурирующими интересами личности и общества в целом, говорится в ряде решений Европейского Суда по правам человека (решение по делу «Стерна против Финляндии» (Stjerna v. Finland № 18131/91) и в деле «Йоханссон против Финляндии» (Johansson v. Finland № 10163/02). Эффективность и безопасность предлагаемых на сегодня в Украине вакцин от COVID-19 не доказана. Наличие всплеска заболевания, фиксация побочных негативных последствий после вакцинации обуславливает необходимость более взвешенного подхода к вопросу вакцинации в Украине.

К тому же, Резолюция ПАСЕ от 27.01.2021 №2361 (2021) «Вакцины против COVID-19: этические, правовые и практические соображения», закрепляет рекомендации странам, в частности обязывает их информировать граждан о том, что вакцинация не является обязательной, что никто не может подвергаться политическому, социальному или иному давлению для прохождения вакцинации.

6. Проведенный в рамках нашего исследования анонимный опрос свидетельствует о том, что 38,2% опрошенных относятся неоднозначно к вакцинации против коронавируса, сомневаются в ее эффективности; 28,1% - отрицательно, поскольку вакцины не прошли всех этапов клинических исследований, невозможно за несколько месяцев создать надежную вакцину. Только 13,6% верят, что вакцинация является залогом здоровья.

При этом 41,8% указали, что переболели болезнью, а 70% - что болели их близкие или родные. Лишь 39,1% вакцинировались, а 50,9% не планируют вакцинироваться. Главной причиной решения не вакцинироваться 31% опрошенных указывает опасения побочных эффектов, а 30% - недоверие к вакцинам. В свою очередь вакцинированные респонденты основной причиной вакцинации указывают риск потери работы (32,1%).

С другой стороны, 42,7% опрошенных одобряют решение обязательной вакцинации работников профессий, которые постоянно контактируют с большим количеством людей. Однако они не поддерживают отстранение от работы невакцинированных без сохранения заработной платы (62,7%). Вместе с тем, 60,9% респондентов согласны закрепить в законодательстве право на возмещение морального и материального ущерба причиненного в результате инфицирования при условии, что инфицированное лицо (источник распространения инфекции) не предупредило о наличии у него инфекции/вируса и/или не приняло меры к предупреждению или уменьшению риска заболевания.

8. Исходя из положений украинского законодательства и результатов опроса, считаем необходимым, закрепить на уровне закона положения о добровольности вакцинации от COVID-19, поскольку на сегодня государство не может гарантировать безопасность и эффективность имеющихся вакцин. Вакцинацию же считать правом, а не обязанностью физических лиц, частью права на медицинскую помощь.

Список использованных источников

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.12.2020 № 1236. «Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1236-2020-%D0%BF#Text> (дата обращения: 15.10.2021 г.).

2. Коронавірус в Україні. Офіційний інформаційний портал Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://covid19.gov.ua/> (дата обращения: 15.10.2021 г.).

3. Цивільний кодекс України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата обращения: 15.10.2021 г.).

4. Наказ МОЗ України від 04.10.2021 № 2153 “Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04102021--2153> (дата обращения: 15.10.2021 г.).

УДК 349

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В МЕДИЦИНЕ: ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Даулетханова А.А.,

доцент кафедры медицинского права и этики НАО «Медицинский университет Астана», кандидат юридических наук, asiyada@gmail.com

В последние годы в Казахстане, как и во всем мире обсуждаются вопросы развития искусственного интеллекта (далее – ИИ), его возможности и области применения. При этом перспективы развития ИИ в ведущих странах мира впечатляет. Сегодня, в условиях мировой пандемии коронавирусной инфекции технологии ИИ получили заряд к быстрому развитию в мире, особенно в медицинской сфере внедрение систем ИИ стало одним из важнейших современных трендов мирового здравоохранения. ИИ уже является частью национальной повестки цифрового развития и в Республике Казахстан.

ИИ столь отдаленное в реальной жизни, но красочно описываемое в фантастических книгах и журналах сегодня приходит на смену «человеческому» разуму в разных сферах жизни, особенно его применение стало актуально в здравоохранении. В передовых странах мира сейчас происходит глобальный переход от лечения последствий к профилактической системе здравоохранения [1], основанной на ранней диагностике с помощью ИИ. Безусловно, использования ИИ в медицине может привести к колоссальному развитию и прорыву, ведь технологии ИИ в корне меняют всю систему здравоохранения, позволяя кардинальным образом переработать раннюю диагностику, разработку новых лекарственных средств, а также в целом повысить качество услуг здравоохранения при одновременном сокращении значительных затрат государства на медицину.

Как показывает мировая практика, ИИ особенно востребован в сфере медицинской диагностики. Но несмотря на ускоренное развитие ИИ с приоритетностью задачи для нашей страны в данной области не в полной мере разработаны юридические аспекты его применения. Поэтому в ближайшие 2-3 года, от его разработанности и четкого законодательного регулирования будет зависеть эффективность использования ИИ в отечественной медицине, особенно в

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

сфере реабилитации и обработки больших объемов данных, при этом не нарушая права о конфиденциальности личной информации.

Важно отметить, что при активном использовании ИИ во главу угла ставятся вопросы обеспечения безопасности и охраны законных интересов граждан и юридических лиц вовлекаемые в сферу действия ИИ. Для этих целей на развития технологий искусственного интеллекта нужно будет целый пласт законов внести изменения и дополнения касательно защиты персональных данных и обеспечение прав граждан (например, в Закон Республики Казахстан от 21 мая 2013 года "О персональных данных и их защите» и т.д.)».

Следует отметить, что развитию новых технологий, цифровизации общественно важных сфер и искусственному интеллекту в частности, в Казахстане придают особое внимание [2]. Исходя из поставленных задач Казахстан должен шагать в ногу в использовании искусственного интеллекта, отвечая вызовам глобального тренда цифровизации. В этих целях в начале 2021 года был запланирован запуск Национального кластера искусственного интеллекта. За последующие 5 лет Правительство Казахстана в это направление планируют привлечь более миллиарда долларов.

Особое значение в свете новых задач приобретает разработка эффективных путей, так с юридической точки зрения вопроса, для реализации данных целей нужно создать благоприятное и гибкое правовое регулирование через закрепление норм в национальном законодательстве, нужно будет вырабатывать новые усовершенствованные решения, подходы и необходимые изменения в НПА. Нужно отметить, что в Законе Республики Казахстан «Об информатизации» от 24 ноября 2015 года под понятием национальной платформы искусственного интеллекта предусматривается «технологическая платформа, предназначенная для сбора, обработки, хранения и распространения наборов данных и предоставления услуг в области искусственного интеллекта, подпункт 54) статьи 1 [3]. При этом оператор национальной платформы искусственного интеллекта – это юридическое лицо, определяемое Правительством Республики Казахстан, на которое возложено обеспечение развития и функционирования закрепленной за ним Национальной платформы искусственного интеллекта, подпункт 55) статьи 1 [3] данного Закона об информатизации. Прежде всего, надо подчеркнуть, что определение понятия «искусственного интеллекта в медицине» не раскрывается, не Законом об информатизации, не иным нормативным правовым актом Республики Казахстан.

Вышеизложенное подчеркивает необходимость обстоятельного рассмотрения вопроса о внедрении ИИ в гражданский оборот, таким образом восполнить пробелы в национальном законодательстве с внедрением более содержательного понятия искусственного интеллекта и технологий искусственного интеллекта, а также цели, задачи и принципы их правового регулирования. Бесспорно, национальная нормативная база может не успевать за высокими технологиями, но инновационные технологии не должны оставаться вне правового поля, что может повлечь негативные последствия, в том числе не затрагивая обеспечение безопасности личности.

Наряду с этим необходимо отметить, что Президент Казахстана Касым-Жомарт Токаев подчеркнул: «Мы прекрасно понимаем, что будущее за инновациями и технологиями, конкуренция и динамика в этом направлении очень высокая. По оценкам аналитиков, в 2021 году рынок технических, технологических и программных решений, направленных только на развитие искусственного интеллекта, беспроводных сетей, контактных вычислительных систем, вырастет на 35% и составит примерно 12 млрд долларов» [4]. Для реализации этих целей Глава государства в своем Послании народу Казахстана 2021 году поставил перед правительством задачу повышение эффективности системы здравоохранения, так Президентом определены конкретные задачи для развития страны в постпандемический период [5]. В том числе,

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

касательно цифровизации страны, а именно подготовка около 100 тысяч айти специалистов, которые должны будут все перевести в цифровой формат.

Хочется отметить, что в Казахстане уже сделаны первые шаги по использованию технологий искусственного интеллекта в рамках проекта Smart Data Ukimet. На базе Назарбаев Университета создан Институт смарт систем и искусственного интеллекта [6].

Как отмечал Глава Правительства А. Мамин на форуме «Digital Almaty: цифровое будущее глобальной экономики» есть необходимость активного взаимодействия «по разработке общих стандартов и правил, выработке политик в области обмена и интеграции данных, развитию научно-исследовательской деятельности» [7]. При этом нужно подчеркнуть об актуальности кибербезопасности, этических вопросов, в том числе о конфиденциальности данных, анонимность пациентов при использовании искусственного интеллекта в медицинской сфере. Обратим внимание, что вышеуказанные аспекты использования ИИ в данный момент никак не закреплены в национальном законодательстве кроме закона Республики Казахстан от 24 ноября 2015 года «Об информатизации», где в дефиниции раздела 1 Основы регулирования отношений в сфере информатизации закреплены расплывчатые понятия об искусственном интеллекте. Это уже правовой пробел в регулировании данной отрасли.

В итоге хотелось бы подчеркнуть следующее, термин «искусственный интеллект» не имеет четкого понятия и идентификации в национальном праве, законодательно четко не закреплено использование искусственного интеллекта (ИИ) в медицине. Хотя, как известно, в праве ЕС и отдельных юрисдикциях искусственный интеллект уже получил детализированную правовую регламентацию в ключевых сферах правового регулирования. В то же время в Российском праве искусственный интеллект рассматривается как объект права и конечно более детализирован в части содержания.

В частности, в качестве одних из актуальных проблем в национальном праве, можно также подчеркнуть ответственность за причинение вреда с использованием ИИ, специальный правовой режим результатов действий искусственного интеллекта. В связи с чем, предлагаем особое внимание уделить механизмам гражданско-правовой, уголовной и административной ответственности в случае причинения вреда с помощью искусственного интеллекта, лицензирование деятельности, связанной с производством или с эксплуатацией ИИ, страхование ответственности за причинение вреда системой ИИ.

Таким образом мы видим, что, целый ряд конкретных актуальных вопросов, связанных с использованием систем искусственного интеллекта остаются открытыми и требуют их дальнейшей разработанности в рамках правовой регламентации. Ввиду этого, вышеизложенные особенности использования систем ИИ в Республике Казахстан и все его основные моменты имеют дискуссионный характер и требуют дальнейшей серьезной законодательной проработки.

Список использованных источников

1. Краткие аналитические обзоры COVID-19 //Последние исследования, сведения и анализ в области влияния COVID-19 на миграцию и мигрантов в быстро меняющихся условиях// Отдел миграционных исследований -Международная организация по миграции. Интернет ресурс: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/covid-19

2. Государственная программа «Цифровой Казахстан», утвержденная Постановлением Правительства Республики Казахстан № 827 от 12 декабря 2017 года// Интернет ресурс: Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» //<https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1700000827>

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

3. Закон Республики Казахстан "Об информатизации" от 24 ноября 2015 года № 418-V ЗРК // Интернет ресурс: Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000418>
4. Национальный кластер искусственного интеллекта появится в Казахстане // Интернет ресурс: <https://kapital.kz/tehnology/93211/natsional-nyu-klaster-iskusstvennogo-intellektaroyavit-sya-v-kazakhstane.html>
5. Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана - Послание Президента Республики Казахстан К. Токаева народу Казахстана от 1 сентября 2021 г. // Интернет ресурс: https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-glavy-gosudarstva-kasymzhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana
6. В РК реализован Единый централизованный инструмент сбора, анализа и прогнозирования Big Data// Интернет-ресурс <https://profit.kz/news/57188/V-RK-realizovan-Edinij-centralizovannij-instrument-sbora-analiza-i-prognozirovaniya-Big-Data/>
7. Форум «Digital Almaty: цифровое будущее глобальной экономики» с участием Премьер-Министров стран ЕАЭС, 31 января 2020 // Интернет ресурс: <https://www.primeminister.kz/ru/videodigests/videodaydzhest-po-itogam-uchastiya-a-mamina-v-forume-digital-almaty-cifrovoe-budushchee-globalnoy-ekonomiki>

УДК 614.177

ВАКЦИНАЦИЯ В ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ БИОЭТИКИ И ПРАВА

Доника А.Д.

профессор кафедры медицины катастроф,
Волгоградский государственный медицинский университет,
доктор социологических наук, профессор,
addonika@yandex.ru

Доника Д.А.

Адъюнкт кафедры управления органами расследования преступлений Академии
Управления МВД России, г.Москва,
ddd1993ddd@yandex.ru

Введение. Сегодня пандемия COVID-19 по своим масштабам и вызовам общественным институтам на глобальном уровне сравнивается с пандемией испанского гриппа 1918 г., которая привела к глобальному экономическому кризису 1929 года. В то же время спустя 100 лет человечество обладает специфическим ресурсом, который может изменить ситуацию и защитить все население – это вакцины против новой коронавирусной инфекции.

Остается прежним экономическое неравенство, которое ограничивает бедные страны к доступу к вакцине [1]. С другой стороны неоднозначно отношение к вакцинации у населения, что обусловлено распространением фэйковой информацией в интернет-пространстве. Проблема вакцинирования приобретает междисциплинарный интерес, привлекая исследователей в проблемное поле медицины, экономики, психологии и права.

Цель работы - рассмотреть вакцинацию с позиций биоэтики и медицинского права. Материалы и методы. Для изучения рассматриваемой проблемы был проведен кон-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

тент-анализ открытых источников официальных сайтов и международных баз данных. В контексте социологического исследования был проведен опрос с использованием Google forms. В опросе приняли участие студенты медицинского вуза (N=220, средний возраст $21,2 \pm 1,12$ г). В отношении респондентов были соблюдены нормы конфиденциальности и автономии. Математическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики с вычислением параметрических (t-критерий Стьюдента) критериев различия с помощью пакета прикладных программ Excel for Windows Statistica 17,0.

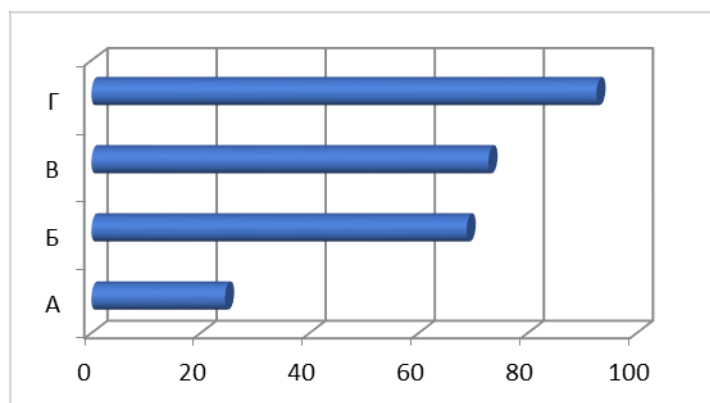
Результаты и их обсуждение. Анализ открытых источников показал, что международные эксперты единодушны во мнении, что быстрое и справедливое распространение вакцин против COVID-19 имеет важное значение для прекращения пандемии, перезапуска экономики и начала решения других серьезных проблем нашего времени, таких как отсутствие продовольственной безопасности, неравенство и климатический кризис [2].

В то же время введение в Европе летом 2021 г. электронных сертификатов с QR-кодом, свидетельствующим о полной вакцинации или отрицательном результате ПЦР-теста менее 72 часов или излечении от COVID, вызвало волну протестного движения, сторонники которого рассматривают введение таких паспортов здоровья угрозой для появления «иммунных привилегий». Ковид-диссиденты использовали данную ситуацию для усиления псевдоправовой риторики о нарушении естественных прав.

Наш опрос показал, что в молодежной среде в мае 2021 г отмечался высокий показатель недоверия к введению «ковид-паспортов». Большинство респондентов рассматривали такую меру как дискриминацию по отношению к лицам с медицинскими противопоказаниями (рис.1).

Рис.1 Отношение к вакцинации в молодежной среде1

1(Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Как Вы относитесь к введению ковид-паспортов? По оси ординат – группы респондентов, выбравшие варианты ответов: А – считаю обязательным для всего населения. Б – считаю обязательным только для работников мест публичного посещения. В – считаю обязательным для учителей и медицинских работников. Г – расцениваю, как повод к дискриминации по уровню здоровья). По оси абсцисс – число респондентов в процентах).



В то же время респонденты в своем большинстве (в среднем 67,5% опрошенных; $p < 0,5$) согласны с необходимостью контроля, через систему ковид-паспортов работников публичных мест и медицинских специалистов. Такое неоднозначное отношение во многом обусловлено влиянием фэйковой информации, которое ВОЗ назвала инфодемией.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Но развернутая за рубежом кампания против «ковид-паспортов» в понимании обывателей сливается с критикой обязательной вакцинации под эгидой защит прав и свобод человека. С одной стороны, риторика, апеллирующая к этическим ценностям, всегда представляется обоснованной [3, с.54]. В то же время проблема дискриминации, поднятая в странах Европейского Союза, серьезно пострадавших от пандемии COVID-19, обусловлена, прежде всего, с доступом к вакцинам.

Наше исследование показало, что даже среди студентов медицинского вуза распространено негативное отношение к вакцинации в среднем у каждого 2-3 респондента. Условия самоизоляции спровоцировали и усилили такие негативные явления как инфодемия и цифровой аутизм, прогрессирование которых усугубляет психологическое напряжение в обществе. В связи с этим возрастает востребованность социолого-психологических инструментов воздействия через социальные сети, профессиональные сообщества, масс медиа и т.п.

Заключение. Неоднозначное отношение к вакцинации в молодежной среде создает риски снижения комплаентности к вакцинации у населения в целом. Представляется наиболее реальным мониторинг и нравственно-психологическая коррекция установок в молодежной среде в условиях образовательной среды.

В отношении медицинского образования наиболее оптимальным инструментом является гуманитарная составляющая, позволяющая ориентировать на нравственные ценности профессии в рамках учебного процесса [4. С.33]. В Волгоградском государственном университете образовано юнит-отделение Международной сети кафедр биоэтики, объединяющей около 200 отделений за рубежом, происходит постоянный обмен опытом биоэтического воспитания в разных формах международной коллаборации. Вовлечение студентов в совместные исследования, публикации, конкурсы способствуют формированию адекватной биоэтической оценки спорных явлений в области медицины, организации здравоохранения и медицинского права.

Список использованных источников

1. Ashleigh Furlong, "The ultimate geopolitical game — distributing a coronavirus vaccine," July 29, 2020. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.politico.com/news/2020/07/29/coronavirus-vaccines-distribution-386032> (Дата обращения: 10.08.2021).
2. Morabia A. COVID-19: Health as a Common Good. / American Journal of Public Health [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.30580> (Дата обращения: 20.08.2021)
3. Доника А.Д., Доника Д.А. Медико-социальные и этико-правовые последствия пандемии COVID-19. Монография. Тамбов, 2021. 80 с.
4. Филиппов А.В. Уроки пандемии: этика безопасности // Биоэтика. - 2021.- № 1 (27).- С. 32-35.

УДК 343.6

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ХАЛАТНОСТЬ ИЛИ ЗАБЛУЖДЕНИЕ?

Жетписбаев Г.А.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

доктор медицинских наук, профессор кафедры Медицинского права Казахского
национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, e-mail:
galymadam@mail.ru

Кемелбай А.Б.

магистр юридических наук, ассистент кафедры Медицинского права Казахского
национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, e-mail:
Abylay.kemelbay@mail.ru

Проблемы определения термина «врачебная ошибка» и ее правовой оценки не теряют своей актуальности во всех странах мира. В российской юридической литературе наиболее ранним и содержательным является определение, данное И.В. Давыдовским в 1941: «вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [1, с.3]. Дефиниция в такой редакции стала широкоупотребительной, однако не явилась достаточно веской для прекращения дискуссии как в медицинской, так и в юридической литературе. Более широкой представляется дефиниция Lester H., Tritter J.Q. в работе «Медицинская ошибка: обсуждение медицинской конструкции ошибки и предложения по реформированию медицинской подготовки для снижения числа ошибок». Lester H., Tritter J.Q. врачебную ошибку рассматривают как системную проблему, неверный выбор плана действия для достижения указанной цели, неудачу, отступление от стандартов медицинской помощи, оказываемой пациенту», но тоже считают, что медицинская ошибка может быть результатом как виновных, так и невиновных действий (бездействия) медицинского работника. Ученые называют медицинскую ошибку фактическим или потенциальным серьезным отступлением от стандартов медицинской помощи, оказываемой пациенту [2, p.855].

Учитывая специфику медицинской деятельности и недостаточное правовое регулирование данной отрасли при достаточно высоких рисках и ответственности медицинских работников, проблема юридической ответственности за медицинские правонарушения приобретает все большую актуальность. В базе данных «Единого реестра досудебного расследования» ведется статистика медицинских уголовных правонарушений, в том числе по статье 317 Уголовного Кодекса Республики Казахстан «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником». В данном контексте наиболее ответственным моментом является юридическая дифференциация действительной вины медицинского работника, в том числе халатности, от врачебной ошибки.

Законодательство Республики Казахстан не рассматривает определение врачебной ошибки, что является причиной широких дискуссий среди медицинских работников, пациентов, государственных органов и общественных организаций. Под врачебной ошибкой следует понимать добросовестное заблуждение, неправильное действие или бездействие врача, которое не содержит признаков преступления. Это может быть вызвано как психологическим перенапряжением, недостаточным уровнем медицины, отсутствием необходимого медицинского оборудования для диагностики и составлением плана лечения, поздним обращением пациента в медицинскую организацию, атипичным течением заболевания и атипичным ответом организма на проводимое лечение при действиях врача, так и неспособность использовать имеющиеся знания на практике при бездействии врача. В обоих случаях врач не имеет намерения навредить пациенту, и, наоборот, врач принимает наиболее верное решение, исходя из его опыта и знаний. Другой вопрос состоит в том, что имеющегося опыта может быть недостаточно. Нельзя

не принимать во внимание и высокую психологическую нагрузку медицинских работников: вследствие переутомления риск совершить ошибку возрастает. Таким образом, «понятие «врачебная ошибка» довольно размытое и противоречивое и не только лежит, в поле общественного дискурса, но и является своеобразным «вызовом» как для права и юриспруденции, так и для медицины повсеместно» [3]. В казахстанском законодательстве предпринята попытка внести некую определенность в проблему определения медицинской ошибки: пункт 5 статьи 270 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. О здоровье народа и системе здравоохранения, вводящий понятие «медицинского инцидента». Медицинский инцидент в соответствии с кодексом - событие, связанное с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами организации оказания медицинской помощи и с использованием технологий, оборудования и инструментов, обусловленное отклонением от нормального функционирования организма, которое может нанести вред жизни и здоровью пациента, а также привести к смерти пациента, за исключением случаев, предусмотренных административным и уголовным законодательством Республики Казахстан. Анализ медицинского инцидента осуществляется посредством внутреннего аудита медицинской организации, а также местными органами государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, государственными органами, осуществляющими государственный контроль в сферах оказания медицинских услуг (помощи), санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, уполномоченным органом [4].

В свою очередь халатность подразумевает неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе. Здесь имеется принципиальное отличие от врачебной ошибки в недобросовестности выполнения своих обязанностей. Таким образом, халатность и врачебная ошибка — это разные понятия и наказание должно дифференцироваться. Безусловно, ни при каких обстоятельствах врач, совершивший врачебную ошибку, не может быть полностью оправдан. Так как врачебная ошибка подразумевает неправильное действие при отсутствии вины, возможно формирование неверной оценки: отсутствует фактор вины, значит отсутствует и наказание. Однако, вина является условием для наступления уголовной ответственности, но для наступления гражданско-правовой ответственности ведущим фактором является наличие вреда или нарушения прав, в том числе морального вреда. При этом вред, причиненный пациенту, подлежит возмещению медицинской организацией/работодателем согласно ст. 921 Гражданского Кодекса Республики Казахстан. Ответственность медицинского работника наступает в порядке регресса в соответствии с требованиями трудового законодательства (ст. 933 ГК РК).

Что касается уголовной ответственности, она наступает в соответствии со ст.ст.104, 114 УК РК при причинении смерти или вреда здоровью по неосторожности; со статьями 317-323 главы 12 УК РК Медицинские уголовные правонарушения. Для органов следствия определенную сложность представляет специфика медицинских уголовных правонарушений, в связи с чем уголовное дело может расследоваться недостаточно глубоко, не всегда учитывается недобросовестное заблуждение, чаще на первый план выступают суждения и выводы о халатности. Как правило, сотрудники правоохранительных органов основывают свои выводы на результатах медицинской экспертизы. Следует отметить, что в Казахстане развивается служба независимой медицинской экспертизы, но как такового сильного института нет. На сегодняшний день судебно-экспертная система Казахстана представлена Центром судебных экспертиз Министерства юстиции. Но решать было ли место врачебной ошибке или все же это небрежная халатность должны квалифицированные профессионалы в медицинской сфере. Соответственно судебно-медицинская экспертиза также нуждается в реформе. Это еще одна причина, по которой медицинские работники остаются уязвимыми.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Следует отметить, что декриминализация врачебной ошибки в законодательстве Республики Казахстан направлена на снижение риска медицинского персонала и оттока специалистов из сфер риска: хирургии, акушерства и гинекологии, реаниматологии, анестезиологии и др. Однако нельзя упускать из виду наличие другой стороны медали: не приведет ли это к безответственности медицинских работников. Как же еще можно защитить медицинский персонал? Анализируя опыт зарубежных стран, можно прийти к выводу, что гарантом является обязательное страхование профессиональной ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациента при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

К сожалению, уровень средней заработной платы медицинских работников по сравнению с другими развитыми странами у нас остается в разы ниже, что значительно затрудняет введение обязательного страхования. А добровольное страхование практикуют в основном крупные медицинские организации из «группы риска». В 2017 году была разработана Концепция проекта Закона Республики Казахстан «О гарантировании профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан», но законопроект не был принят.

Согласно исследованиям университета Джона Хопкинса в США около 250 тысяч смертей происходят из-за неверных действий врачей. В Германии количество смертей составляет около 100 тысяч. Медицинская служба больничного страхования (MDK) Германии приводит данные о более 15 тыс. жалобах на врачебные ошибки за один год, из них только 1/3 часть случаев были признаны обоснованными. По разным оценкам количество смертей вследствие неправильных действий врача в Великобритании составляет 70 тыс. В Италии ежегодно страдают около 90 тыс. пациентов от врачебных ошибок и халатности. В 2017 году было проведено исследование Американской медицинской ассоциации, в результате было выявлено, что 61% всех врачей в процессе профессиональной деятельности сталкивались с судебными исками. Из них 97% случаев решалось в пользу врачей. Итак, врачебные ошибки есть везде и в достаточно большом количестве. Но, опять же, вследствие отсутствия юридической границы между ошибкой и халатностью, высокого уровня привлечения медицинских работников к уголовной ответственности и отсутствия обязательного профессионального страхования, наши врачи остаются в зоне риска.

Гарантирование профессиональной ответственности в ведущих странах мира практикуется еще с XX века. Так, в 1975 году в Швеции была введена социальная модель страхования. Сейчас услуги по страхованию предоставляет Ассоциация по страхованию пациентов. В Канаде еще в 1901 году была основана Канадская медицинская ассоциация по защите медицинских работников, причем Ассоциация не только выплачивает компенсацию, но и предоставляет услуги по обучению, консультации, юридической защите ее членам. Также существует рыночная модель страхования в странах, где частная практика превалирует над государственной, например на рынке Германии функционируют около 10 частных страховых компаний.

Различают 2 системы выплат компенсации: система «вины» и «без вины». Система «вины» осуществляет выплаты только при наличии доказательства вины или/и судебного решения (развита в Канаде, Великобритании, Японии, США). Система «без вины» - вне зависимости от факта доказанной вины, в ее основе лежит факт причинения вреда в результате медицинской ошибки (развита в Швеции, Финляндии, Дании, Новой Зеландии). Системы страхования профессиональной ответственности не идеальны, но они открывают широкие перспективы перед медицинскими работниками и пациентами [5].

Резюмируя изложенное, следует подчеркнуть важность четкого разграничения между врачебной ошибкой и халатностью медицинских работников. Важным аспектом в контексте

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

данной проблематики является совершенствование института судебно-медицинской экспертизы. Очень конструктивным решением является рецепция права зарубежных стран с высоким уровнем развития медицины, принявшим и применяющим закон «О гарантировании профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан». Лучшие мировые практики по защите правового статуса медицинских работников основываются на опыте применения к медицинским работникам, допустившим врачебную ошибку, не карательные меры уголовного законодательства, а мер повышения квалификации. При совершении медицинским работником врачебной ошибки целесообразнее обеспечить обучение, семинары, курсы для получения новых необходимых знаний и навыков, а также систему психологической разгрузки для медицинских работников. Таким образом, можно будет обезопасить и создать комфортные условия профессиональной деятельности для медицинских работников, что, свою очередь, приведет к увеличению контингента медицинских кадров, входящих в группу риска, и снизить количество врачебных ошибок, не исключая при этом ответственности за причинение вреда здоровью вследствие ненадлежащего выполнения обязанностей.

Список использованных источников

1. Акопов, В. И. Медицинское право : учебник и практикум для вузов / В. И. Акопов. — Москва : Издательство Юрайт, 2018. — 287 с.
2. Lester H., Tritter J.Q. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error [Медицинская ошибка: Обсуждение медицинской конструкции ошибки и предложения по реформированию медицинской подготовки для снижения числа ошибок] // Medical education (Blackwell Science Ltd.). – 2001. – № 35. – P. 855–861.
3. Кодекс О здоровье: отмена наказания за врачебную ошибку и права пациентов на поддержку близких. <https://factcheck.kz/claim-checking/verdict/faktchek-kodeks-o-zdorove-otmena-nakazaniya-za-vrachebnuyu-oshibku-i-prava-pacientov-na-podderzhku-blizkix/>.
4. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. О здоровье народа и системе здравоохранения <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>
5. Идрисова С.С «Обзор международного опыта страхования ответственности медицинских работников и проект модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников и субъектов здравоохранения в РК» <http://www.rcrz.kz/files/.pdf>

УДК 612.176.4

**К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ И ПРАВОВОМ АСПЕКТАХ ДОПУСКА К
ТРЕНИРОВОЧНО-СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПОРТСМЕНОВ С
ПРИЗНАКАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА**

Зубарева Е.В.

доцент кафедры медико-биологических дисциплин, кандидат медицинских наук, доцент
ФГБОУ ВО «Волгоградская академия физической культуры»

e-mail: elenazybareva0808@mail.ru

Рудаскова Е.С.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

доцент кафедры медико-биологических дисциплин, кандидат биологических наук,
доцент ФГБОУ ВО «Волгоградская академия физической культуры»

e-mail: elrudaskova@mail.ru

Адельшина Г. А.

доцент кафедры медико-биологических дисциплин, кандидат биологических наук,
доцент ФГБОУ ВО «Волгоградская академия физической культуры»

e-mail: adelshina_g@mail.ru

Случаи внезапной сердечной смерти (ВСС) спортсменов во время тренировок и соревнований нечасты – в среднем 2,3 случая на 100 000 спортсменов в год [1, с. 32]. Но каждый такой случай шокирует своей неожиданностью и противоестественностью, так как из жизни уходят молодые люди, признанные здоровыми на регулярных медицинских осмотрах. При этом возникает психотравмирующая ситуация, воздействующая на сотни, тысячи и даже миллионы болельщиков, которые становятся свидетелями этих драматических событий.

В подавляющем большинстве случаев причиной ВСС являются кардиомиопатии (гипертрофическая, аритмогенная, правожелудочковая, левожелудочковая, дилатационная), в основе которой лежат врожденные структурные аномалии сердца [1, с. 33]. Поэтому интерес ученых к изучению структурных изменений сердца у молодых спортсменов с годами не ослабевает. В частности, актуальными в этой связи становятся исследования морфофункциональных особенностей миокарда у молодых спортсменов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Этот интерес поддерживается крайне высокой частотой обнаружения таких проявлений ДСТ как ложные хорды левого желудочка (ЛХЛЖ) и пролапс митрального клапана (ПМК) у юных спортсменов, значительно превышающей частоту их обнаружения у ровесников, не занимающихся спортом [2, с. 103]. Исследователи лишь констатируют данный факт, никак не объясняя причины этого явления.

Можно ли считать патологией особенности строения сердца, которые обнаруживаются чаще всего у молодых людей, хорошо переносящих регулярную физическую нагрузку? Не могут ли эти структурные изменения появляться в результате адаптации сердца к высокой двигательной активности?

Синдром ДСТ как таковой регистрируется у лиц с наследственным нарушением синтеза коллагена, приводящим к снижению прочности и упругости соединительной ткани организма. Оценка клинического значения синдрома затруднена из-за большого количества различных форм синдрома – одних только недифференцированных форм насчитывается около 300 [2, с. 102].

Для спортивной практики наибольшее значение представляет вопрос о взаимосвязи ДСТ сердца и ВСС у спортсменов. В. Э. Тимохина и соавт. проанализировали большое количество работ отечественных и зарубежных авторов и пришли к выводу об отсутствии четких представлений о степени риска для здоровья и жизни у спортсменов, имеющих проявления недифференцированных форм ДСТ [2, с. 105].

Нельзя забывать и о том, что проблема ВСС, помимо медицинского и юридического аспектов, имеет еще и социальный аспект. Профессиональный спортсмен, имеющий стабильный заработок, принимает решение о прекращении карьеры очень редко и только в том случае, если спортивный врач докажет высокую степень риска для его жизни в связи с имеющимися отклонениями в организме. Но и при этом возникновение конфликта интересов неизбежно. Очевидно, что в данной ситуации врач должен опираться не только на медицинскую, но и на правовую базу, позволяющую ему принимать решение о целесообразности отстранения от занятий спортом.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Учитывая многогранность затронутой проблемы, исследования, способствующие разработке критериев допуска спортсменов с проявлениями ДСТ сердца к тренировочному и соревновательному процессу, можно отнести к актуальным.

Целью настоящего исследования стало изучение сократительной функции миокарда у спортсменов с признаками соединительнотканной дисплазии сердца.

Материалы и методы. Эхокардиографическое исследование было проведено 50 студентам Волгоградской государственной академии физической культуры в возрасте 17-19 лет. Все юноши занимались спортивными играми (футбол и баскетбол) и имели спортивную квалификацию от 3 до 1 разряда.

В работе использован метод трансоракальной эхокардиографии (ЭхоКГ) с помощью универсальной ультразвуковой цифровой системы ALOKA ProSound ALPHA 6 (Premier).

У всех студентов были исследованы гемодинамические параметры, характеризующие систолическую функцию миокарда левого желудочка: частота сердечных сокращений (ЧСС), конечно-диастолический объем левого желудочка (КДО), конечно-систолический объем левого желудочка (КСО), ударный объем сердца (УО), минутный объем крови (МОК), фракция выброса (ФВ).

В соответствии с целью исследования, все спортсмены были разделены на две группы: не имеющие изменений в структуре миокарда (13 человек, вошедшие в 1-ю группу) и имеющие признаки ДСТ сердца (37 человек).

Учитывая полиморфизм проявлений ДСТ, все спортсмены, у которых они были выявлены, разделены на следующие группы: 17 студентов, у которых были выявлены единичные ложные хорды левого желудочка (ЛХЛЖ) поперечного или косоого расположения (2-я группа); в 3-ю группу вошло 13 спортсменов с пролапсом митрального клапана 1 степени (пролабирование от 3 до 5 мм) (ПМК); 7 спортсменов, у которых были обнаружены как единичные ЛХЛЖ, так и ПМК 1ст. составили 4 группу (ЛХЛЖ+ПМК).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel программного пакета Microsoft® Office 2010 (USA) с привлечением возможностей программ Statistica 6.

Результаты и обсуждение. Большинство обследованных спортсменов (74%) имеет признаки ДСТС: у 34 % были выявлены единичные ЛХЛЖ, у 26% - ПМК 1 степени, сочетание единичной ЛХЛЖ и ПМК 1 степени обнаружено у 14%. И только у 13 юношей (26%) проявлений ДСТС не было обнаружено. Показатели систолической функции левого желудочка, определенные у данной группы спортсменов (1 группа), нами рассматривались в качестве контрольных значений для трех других групп студентов.

Как видно из таблицы 1, достоверные изменения в изучаемых показателях были выявлены только у спортсменов 4 группы (ПМК+ЛХЛЖ). У них обнаружено снижение частоты сердечных сокращений в среднем до 57,74 уд. /мин. и уменьшение величины МОК до 4,37 л/мин., по сравнению с 5,74 л/мин. в группе контроля.

Таблица 1

Показатели систолической функции левого желудочка спортсменов с ДСТС (по данным ЭхоКГ) ($M \pm m$)

Показатели	Обследованные группы студентов			
	1 группа (n=13)	2 группа (n=17)	3 группа (n=13)	4 группа (n=7)
ЧСС, д./мин.	71,00±3,25	67,62±3,07	65,08±3,28	57,74±3,48*

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

КДО, мл	126,83±7,35	113,99±8,76	120,12±4,26	117,89±3,05
КСО, мл	40,35±2,87	42,11±2,54	41,20±1,89	39,82±2,34
УО, мл	84,10±4,56	82,60±3,24	80,40±3,82	74,38±2,34
МОК, л/мин.	5,74±0,35	5,75±0,32	5,09±0,21	4,37±0,25*
ФВ, %	63,87±1,19	63,61±1,22	66,69±1,28	64,43±1,46

Примечание: * $p < 0,05$ – изменения достоверны относительно контрольной группы

У спортсменов 2-й (спортсмены с ЛХЛЖ) и 3-й (спортсмены с ПМК) обследованных групп никаких особенностей в систолической функции левого желудочка выявлено не было. Наши данные согласуются с работами, в которых сообщается о том, что показатели центральной гемодинамики и физической работоспособности у спортсменов с умеренно выраженными проявлениями ДСТ сердца соответствуют вариантам нормы [3, с. 58].

Следовательно, объективных оснований для отстранения спортсменов с минимальными проявлениями ДСТ сердца (единичные ЛХЛЖ и ПМК 1 степени) от спортивных тренировок и соревнований нет. Формальным юридическим основанием для разрешения спортивной деятельности таких спортсменов могут служить «Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу, 2011 год», где приведены критерии допуска спортсменов с ПМК, а также дифференцированными формами ДСТ. В них, в частности, говорится о том, что спортсмены с ПМК могут быть допущены к занятиям любыми видами спорта при отсутствии признаков нарушения ритма и сократительной способности миокарда [4, с. 31]. О том, что единичные ЛХЛЖ не являются противопоказанием к занятиям спортом имеются конкретные указания в методических рекомендациях «Медицинские противопоказания к учебно-тренировочному процессу и участию в спортивных соревнованиях», разработанных ФГБУ «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины ФМБА России» [2, с. 105].

Выводы. У спортсменов с установленными на ЭхоКГ умеренно выраженными признаками соединительнотканной дисплазии сердца (единичные ЛХЛЖ, ПМК 1 степени) достоверных признаков изменения сократительной функции левого желудочка не выявлено.

Отсутствие функциональных нарушений сердечно-сосудистой деятельности и наличие документов, регламентирующих допуск лиц с признаками ДСТ к спортивной деятельности, создает медицинскую и правовую базу, позволяющую практическим врачам принимать решение о допуске спортсменов с установленными в ходе обследования единичными ЛХЛЖ и ПМК 1 степени к спортивно-соревновательной деятельности.

Список использованных источников

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982> (дата обращения: 25.05.2021 г.).
2. Платонова Н. М., Платонов М. Ю. Инновации в социальной работе: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. 2-е изд., стер. – М.: Изд. центр «Академия», 2012. 256 с.
3. Бокерия, О.Л., Испирян А.Ю. Внезапная сердечная смерть у спортсменов/ О.Л. Бокерия, А.Ю. Испирян //Анналы аритмологии. - 2013. -Т. 10. - № 1. - С. 31-39.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

4. Тимохина, В. Э. Дисплазия соединительной ткани у юных и молодых спортсменов: обзор литературы/В.Э. Тимохина, К.Р. Мехдиева, Ф.А. Бляхман//Человек. Спорт. Медицина. - 2018.- Т. 18 - № 3. - С. 101–112.

5. Мехдиева, К.Р. Анализ физической работоспособности студентов с дисплазией соединительной ткани, членов мужской и женской команд Уральского федерального университета по баскетболу/ К.Р. Мехдиева, В. Э. Тимохина, Ф.А. Бляхман // Вестник ЮУрГУ. - 2014.- Т.4.- №1. - С. 54-61.

6. Бойцов, С.А. Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу /С.А. Бойцов, И.П. Колос, П.И.Лидов и др.//Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Прил. № 6. – 60 с.

УДК 614.251.2

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИ
ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА**

Ивашева В.В.

доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИНМФО Волгоградского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: vitaviva@mail.ru.

Севастьянова Ю.В.

преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИНМФО Волгоградского государственного медицинского университета, кандидат юридических наук, e-mail: julsev@rambler.ru

Система здравоохранения и непосредственная медицинская практика, качество оказываемой медицинской помощи и ее эффективность, представляют собой весьма сложную сферу для правового регулирования. На результат лечения оказывают влияние большое количество составляющих: индивидуальные физиологические особенности организма пациента, ресурсные (кадровые, диагностические, финансовые) возможности, степень изученности патологии, специфика конкретной ситуации (время, место, количество нуждающихся в помощи и т.д.) и многое другое, что вносит объективную долю непредсказуемости в процесс и итог лечения. Если учесть еще этические и деонтологические аспекты, проблемы нравственного характера, эмоциональное и физиологическое напряжение, которые, как правило, сопровождают деятельность медицинских работников, становится понятным, насколько глубоко и ответственно следует погружаться в тонкости нормативного регулирования этой сферы.

Значительно возросшее за последние годы количество уголовных и гражданских дел по спорам о врачебных ошибках заставляет представителей медицинского сообщества и юристов, защищающих их интересы, задуматься об улучшении качества правового регулирования. России и Казахстану целесообразно учитывать передовой зарубежный опыт в данной области общественных отношений, поскольку развитые западные правовые порядки нацелены на минимизацию случаев привлечения врачей к уголовной ответственности за профессиональные преступления. Логика проста: как уже отмечалось, медик работает в условиях непредсказуемых реакций со стороны организма, что предопределяет высокую вероятность врачебной ошибки. Возращивание высокопрофессионального медицинского работника – это длительный и дорого-

стоящий процесс. Показательным является дело «Во против Франции», рассмотренное ЕСПЧ.

Французский врач, перепутав фамилии пациенток, ошибочно приступила к удалению внутриматочной спирали у беременной женщины, который требовался плановый медицинский осмотр. В результате был поврежден плодный пузырь, что привело к потере амниотической жидкости – пришлось сделать аборт по медицинским показаниям. Врачам не удалось спасти плод. Медику, допустившему преступную небрежность, удалось избежать уголовной ответственности на внутринациональном уровне. Врач был оправдан по статье причинение смерти по неосторожности, а также был применен акт амнистии в рамках обвинения о причинении тяжкого вреда здоровью роженицы. Была подана жалоба в ЕСПЧ, который не нашел нарушений Конвенции, поскольку пострадавшая имела возможность обратиться за имущественной компенсацией, но не сделала этого, то есть не исчерпала всех средств защиты на внутринациональном уровне. Анализ данного кейса позволяет предположить, что с точки зрения западного подхода основной целью потерпевшего от врачебной ошибки должно быть получение достойной по размеру имущественной компенсации, но не привлечение врача к уголовной ответственности.

В России и Казахстане сложилась иная практика. Каждый год возрастает количество возбуждаемых в отношении медиков уголовных дел. По данным кафедры медицинского права Сеченовского Университета в 2012 году в отношении российских медиков возбуждено 60 уголовных дел, в 2020 году- 2100 уголовных дел. Предъявляемые медикам обвинения пестрят пугающим разнообразием. Кроме того, следственные органы наделены правом переквалификации статей предъявленного обвинения. Например, уголовное дело, возбужденное в отношении гематолога Елены Мисюриной по ст. 109 УК РФ, было переквалифицировано на более тяжкую статью. Кроме того, СК РФ который год подряд пытается вменить медикам ст. 105 УК РФ, то есть убийство пациента. В Казахстане в 2021 году по ст. 99 УК КФ (убийство) были привлечены к реальным уголовным срокам группа врачей (К. Нысанбаев, Ж. Кулбатырова, А. Кайыржанов). Полагаем, что необходимо искоренять практику привлечения медицинских работников к уголовному наказанию в случае неблагоприятного исхода за «убийство пациента».

В развитых западных странах компенсация за вред, причиненный здоровью вследствие врачебной ошибки, как правило, взыскивается со страховой компании (США), либо за счет средств казны (Великобритания). Подобный порядок, с одной стороны, соответствует интересам системы здравоохранения, поскольку позволяет бережно относиться к медицинскому сотруднику, чья профессиональная деятельность предполагает наличие высокого риска непредсказуемых осложнений в течении заболевания у пациентов. С другой стороны, предоставляет пострадавшему возможность получить достойное возмещение перенесенных страданий. Высшие российские должностные лица неоднократно упоминали о необходимости совершенствования механизма гражданско-правовой ответственности в области ятрогении за счет внедрения института обязательного страхования профессиональной ответственности медицинского работника. Особо остро необходимость создания страховых институтов продемонстрировала пандемия. Дело в том, что в России сложнейшая эпидемиологическая ситуация не стала основанием для освобождения медиков от ответственности. Хотя именно они являются наиболее уязвимым звеном при оказании медицинской помощи в условиях неопределенности и отсутствия надлежащего опыта борьбы с новой коронавирусной инфекцией.

Защита врачей по криминальным делам, связанным с дефектом оказания медицинской помощи, далеко не единственная категория споров уголовного медицинского права. Медики могут быть подвергнуты уголовному преследованию не только за врачебные ошибки, но и за должностные преступления. Не единичными являются случаи провокации со стороны правоохранительных органов, которая далеко не всегда учитывается национальными судами как

основание для вынесения оправдательного приговора. Достаточно вспомнить дела российских врачей Носко, Нефедова, в отношении которых была совершена провокация со стороны правоохранительных органов, но правовую судебную защиту они смогли получить только на уровне ЕСПЧ.

Крайне болезненной для медицинского сообщества является проблема правовой незащищенности в случае физического, психологического насилия и распространения оскорбительных сведений в СМИ и сети Интернет. Особая категория дел касается защиты деловой репутации медицинских организаций в спорах со средствами массовой информации. Суды лояльно относятся к свободе выражения мнения со стороны журналистов, которым с подачи ЕСПЧ предоставлена возможность прибегать к некоторой степени преувеличения или даже провокации, при том, что различие между фактами и оценочными суждениями о качестве медицинской помощи определить не так просто. При этом следует учесть, что доказательством надлежащего качества оказанной медицинской помощи, как правило, являются выводы судебно-медицинской экспертизы, которая по спорам с журналистами обычно не проводится. Как следствие, медикам приходится на досудебной стадии обращаться в Росздравнадзор или Фонд медицинского страхования для государственной оценки качества медицинской помощи. Это придает определенную специфику спорам между медицинскими организациями и журналистами.

Слабо урегулированы вопросы в области биомедицины. Между тем возникают и требуют правового осмысления прецеденты, связанные с судьбой криоконсервированных для процедуры ЭКО эмбрионов после расставания (смерти) супругов — потенциальных родителей, вопросы трансгендерного перехода, домашних родов, доступа к вспомогательным репродуктивным технологиям лицам, в том числе находящимся в местах лишения свободы.

В нормативном регулировании деятельности нуждаются также целый ряд медицинских служб и специальностей. Примером может служить наркологическая служба, которая в РФ была выделена из психиатрической в отдельное направление более 40 лет назад. Несмотря на это, до сих пор не существует закона о наркологической помощи. В силу специфики наркологических пациентов и особенности их взаимодействия с медицинскими работниками, целый ряд аспектов требуют особого правового регулирования. Например, остро стоит вопрос о возможности недобровольной госпитализации и принудительного лечения лиц, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ). В настоящее время их недобровольная госпитализация и принудительное лечение практически невозможны. По решению суда таких лиц в случае обнаружения у них ПАВ (228 ст. УК РФ) можно только направить в наркологический диспансер для прохождения диагностики, но встать на учет под наблюдение и пройти курс лечения их обязать нельзя. Этот нормативный пробел влечет за собой огромное количество потенциальных и реализованных угроз противоправных действий со стороны лиц, страдающих пагубным употреблением ПАВ.

С нашей точки зрения, этот «пробел» должен быть устранен в рамках федерального законодательства, в котором должна быть закреплена следующая норма: «Лицо, страдающее наркологическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую наркологическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его наркологическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а наркологическое заболевание является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или совершение противоправных действий, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического и соматического состояния, если лицо будет оставлено без наркологической помощи.» В дальнейшем продление недобро-

вольной госпитализации, принудительное лечение и принудительная реабилитация осуществляются по решению суда. Это один из примеров частных проблем и предложений по ее решению, но социальная значимость данной проблемы велика.

Требуют нормативной оценки и регулирования отдельные проблемы финансирования системы здравоохранения, в частности, наличие дефицита финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в рамках соответствующих территориальных программ. Как реализовывать весь спектр заявленных в качестве бесплатных для населения медицинских услуг, если при этом не обеспечивается требуемый подушевой норматив финансового обеспечения этой бесплатности (как правило, речь идет о бюджетных источниках.)

Таким образом, здравоохранение нуждается в специалистах юридического профиля и постоянном продолжении законотворческой работы для нормативного регулирования большого количества «белых пятен».

УДК 34

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кашка Д.А.

врач анестезиолог-реаниматолог, медицинский юрист, кандидат в члены Ассоциации юристов России, профессиональный медиатор, Центральная городская больница, г.Ессентуки, Ставропольский край, РФ 79283108214@mail.ru

Проблема проведения периоперационного введения антибактериальных препаратов для профилактики инфекционных осложнений в послеоперационном периоде, а также собственно тактика действий для предупреждения развития анафилактического шока в общей хирургии и акушерстве-гинекологии в настоящее время приобретает все большую актуальность, в связи с ростом числа осложнений на фоне повышения общего уровня аллергизации населения. Актуальным остается вопрос о том, а кто же должен проводить профилактику этих осложнений, и в условиях какого отделения? Спор по этому вопросу между врачами хирургического профиля и анестезиологами-реаниматологами длится уже много времени, так же, как и спор о том, кто является лечащим врачом, при нахождении пациента в условиях отделения анестезиологии-реанимации – реаниматолог или профильный специалист. На этот счет существует множество точек зрения, и все они имеют право на жизнь.

С одной стороны, наибольшую безопасность в плане риска развития анафилактического шока, обеспечивает введение препаратов в отделении реанимации или в условиях операционной, при этом хирурги традиционно приводят доводы об уменьшении инфекционных осложнений при интраоперационном внутривенном введении антибиотиков. С другой стороны, существует точка зрения о том, что каждый должен делать свою работу – хирурги заниматься профилактикой и лечением, а анестезиологи-реаниматологи проведением анестезиологического пособия и лечением жизнеугрожающих состояний, с протезированием утраченных функций организма. Нельзя забывать и о том, что анафилактический шок может развиваться не только на введение антибиотиков, но и на любые медикаменты, латексные перчатки и продукты, хотя, конечно, статистика нам говорит, что риск развитие анафилаксии после введения ан-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

антибиотиков является одним из наиболее высоких.

Однако не стоит забывать, что в своей деятельности мы должны руководствоваться не только медицинскими, но и правовыми вопросами, ведь количество возбуждаемым следственным комитетом дел неуклонно растет с каждым годом! При этом остается высоким риск привлечения к ответственности не только в рамках гражданского, но также и уголовного судопроизводства! И дефекты заполнения медицинской документации в качестве критериев

оценки качества медицинской помощи занимают одну из лидирующих позиций, также, как и соответствие проводимых мероприятий клиническим рекомендациям! Обязательность исполнения клинических рекомендаций для врачей всех уровней наступает с января 2021 года, однако уже сейчас суды руководствуются ими при оценке качества оказанных медицинских услуг и соответствия требованиям безопасности. Несмотря на разъяснения Верховного Суда РФ о правомочности применения статьи 238 УК РФ к медицинским работникам, судебная практика остается печальной. Зачастую формальные требования, содержащиеся к оформлению информированного добровольного согласия на проведение манипуляций, или соответствие оказываемой помощи клиническим рекомендациям, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи является основанием для возбуждения уголовного дела и привлечением к ответственности по этой статье, имеющей гораздо больший срок давности и предусматривающей большую ответственность. Да и морально тяжело осознавать, что тебя, как специалиста, пытающегося спасти жизнь пациента, могут привлечь к ответственности на тех же основаниях соответствия требованиям безопасности, что и человека, например, некачественно повесившего люстру, которая упала на голову и привела к гибели другого человека!

В этой связи, я призываю врачей более внимательно относиться к ведению медицинской документации, вспоминая то, что мы слышали со студенческой скамьи – история болезни пишется для прокурора! И такие недостатки в оформлении ИДС, как отсутствие даты, подписи врача или оформления ИДС не тем врачом, который будет проводить манипуляцию делают этот документ не действительным. Как будто его нет вовсе! Я призываю врачей выполнять требования нормативно-правовых актов, регламентирующих нашу повседневную деятельность, хотя бы иногда просматривая изменения в законодательстве о здравоохранении.

В соответствии с действующим законодательством (Статья 37. 1. Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021)) [1]:

1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основе клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Пункт 15. Статьи 37 ФЗ №323, предусматривает возможность назначения и применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

решению врачебной комиссии.

На основании приказа Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология"» [2]:

1. Медицинская помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" оказывается в экстренной, неотложной и плановой формах и включает комплекс медицинских и реабилитационных мероприятий, целью которых является:

- профилактика и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов, выбор вида обезболивания в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объёмом вмешательства и его неотложностью;
- поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни пациента;
- проведение лечебных и диагностических мероприятий пациентам во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии;
- лабораторный и функциональный мониторинг за адекватностью анестезии и (или) интенсивной терапии;
- наблюдение за состоянием пациентов в пред- и посленаркозном периоде и определение его продолжительности;
- лечение заболевания, вызвавшего развитие критического состояния;
- отбор пациентов, подлежащих лечению в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, перевод пациентов в отделения по профилю заболевания или в палаты интенсивного наблюдения (послеродовые, послеоперационные и другие) после стабилизации функций жизненно важных органов.

6. Первичная медико-санитарная помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" предусматривает мероприятия по профилактике боли при болезненных лечебных и диагностических вмешательствах, лечении боли, восстановлении, замещении и поддержании жизненно важных функций организма в состояниях, угрожающих жизни пациента.

В соответствии с письмом Минздрава России от 06.12.2018 № 15-4/10/2-7863 [3], в котором Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет Клинические рекомендации "Анестезия при операции кесарева сечения", разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", для использования в работе руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения при подготовке нормативных правовых актов, руководителями акушерских стационаров при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Согласно этим Клиническим рекомендациям, профилактическое введение антибиотиков должно быть произведено до кожного разреза (оптимально: за 30 минут - 1 час до начала операции), а не интраоперационно после пережатия пуповины [4, 5, 6, 7, 8]. Это обусловлено тем, что оптимальная концентрация антибиотика в тканях и крови создается при его внутривенном введении между 30 и 60 минутами до разреза кожи [8].

Клинические рекомендации по профилактике инфекции области хирургического вмешательства, которые согласованы Профильной комиссией Минздрава России по эпидемиологии (протокол № 11 от 13.04.2018) и утверждены на общем собрании членов НП

«НАСКИ» в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии в диагностике, лечении и профилактике: ИСМП, инфекции, паразитозы», 12–14 апреля 2018 года, г. Тюмень (протокол № 15 от 12.04.2018 Общего собрания членов НП «НАСКИ») [9] и предусматривают:

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

- оптимальное время для введения предоперационной дозы – за 30–60 мин. до начала хирургического вмешательства, после чего к моменту разреза достигается эффективная тканевая концентрация антибиотика (Сила рекомендации I; уровень достоверности доказательств B);
- более раннее введение для достижения оптимальных тканевых концентраций к моменту кожного разреза; их введение должно быть осуществлено за 120 минут до начала хирургического вмешательства (Сила рекомендации I; уровень достоверности доказательств B);
- дополнительное интраоперационное введение разовой дозы антибиотика при продолжительности операции, превышающей 2 периода полувыведения препарата, используемого для периоперационной профилактики, а также при массивной интраоперационной кровопотере (Сила рекомендации III; уровень достоверности доказательств B);
- в большинстве случаев рекомендовано однократное введение антибиотика; при необходимости продления профилактики препарат отменяют не позднее, чем через 24 часа после операции, даже при наличии дренажа (Сила рекомендации I; уровень достоверности доказательств A);

Клинические рекомендации по профилактике анафилактического шока (редакция от 2 сен 2020) [10] предусматривают необходимость введения всем пациентам с отягощенным аллергоанамнезом перед оперативным вмешательством или рентгеноконтрастным исследованием за 1 час до вмешательства:

- дексаметазон 4–8 мг в/м или преднизолон 30-60 мг в/м или в/в капельно на 0,9% растворе натрия хлорида;
- клемастин 0,1% 2 мл или хлоропирамина гидрохлорид 0,2% 1-2 мл в/м или в/в на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1079н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке", также не предусматривает проведение врачом анестезиологом-реаниматологом профилактических мероприятий по предупреждению развития инфекционных осложнений и аллергических реакций.[11].

Исходя из анализа вышеприведенной документации, следует вывод о том, что выполнение профилактических мероприятий, в том числе проведения проб и введения антибактериальных препаратов в условиях операционной или отделения анестезиологии и реанимации, для предупреждения развития инфекционных осложнений и аллергических реакций не предусмотрено действующим законодательством и нормативно-правовыми актами, регламентирующими работу врача-анестезиолога-реаниматолога.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021);
2. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;
3. Письмо Минздрава России от 06.12.2018 № 15-4/10/2-7863 о направлении Клинических рекомендации «Анестезия при операции кесарева сечения для использования в работе руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения при подготовке нормативных правовых актов, руководителями акушерских

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

стационаров при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе». // Электронный ресурс https://rulaws.ru/acts/Pismo-Minzdrava-Rossii-ot-06.12.2018-N-15-4_10_2-7863/ (Дата обращения 11.10.2021г.);

4. Mackeen A.D., Packard R.E., Ota E., Berghella V., Baxter J.K./Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 5; (12): CD009516;

5. Van Schalkwyk J., Van Eyk N./No. 247/Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017 Sep; 39(9): P. 293 – 299;

6. Sway A., Solomkin J.S., Pittet D., Kilpatrick C./Methodology and Background for the World Health Organization Global Guidelines on the Prevention of Surgical Site Infection. *Surg Infect (Larchmt).* 2018 Jan; 19(1): P. 33 – 39;

7. Kawakita T., Landy H.J./Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment. *Matern Health NeonatolPerinatol.* 2017 Jul 5; P. 3:12;

8. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол), утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 6 февраля 2017 N 15-4/10/2-728. (2017г.) // Электронный ресурс <https://www.arfpointrussia.ru/wp-content/uploads/2017/02/Septicheskie-oslozheniya.pdf> (Дата обращения 11.10.2021г.);

9. Клинические рекомендации по профилактике инфекции области хирургического вмешательства (2018г.) // Электронный ресурс <https://art-eco.pro/articles/element.php?ID=1315> (Дата обращения 11.10.2021г.);

10. Клинические рекомендации по профилактике анафилактического шока (2020г.) // Электронный ресурс https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_shock_2020.pdf (Дата обращения 11.10.2021г.);

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1079н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке" // Электронный ресурс <https://minzdrav.gov.ru/documents/8654-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-20-dekabrya-2012-g-1079n-ob-utverzhdenii-standarta-skoroy-meditsinskoy-pomoschi-pri-anafilakticheskom-shoke> (Дата обращения 11.10.2021г.).

УДК 347.1

**НЕКОТОРЫЕ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КОДЕКСА О ЗДОРОВЬЕ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Климкин С.И.

кандидат юридических наук, профессор Высшей школы права и государственного управления НАО «Университет Нархоз», главный научный сотрудник отдела анализа эффективности законодательства РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»

Мое знакомство с Кодексом о здоровье началось, как и полагается, с его первой статьи «Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе».

Согласно нумерации, их 297. Больше, чем самих статей в Кодексе. Да еще с оговоркой «содержание иных терминов определяется отдельными статьями настоящего Кодекса». Например, в статье 58 главы «Цифровое здравоохранение» дополнительно раскрывается со-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

держание 17 терминов, используемых в этой главе. Сама же глава состоит, включая указанную, из шести статей.

На этом я не остановился и в иных главах Кодекса насчитал не менее 40 статей, содержащих дефиниции. Нередко – не по одной. Без сомнений, это крайне перегруженный понятийный аппарат. При этом в нем присутствуют схожие термины и очевидные понятия, не требующие какой-либо расшифровки. Кодекс нельзя превращать в толковый словарь.

Ради интереса сравнил объем понятийного аппарата, используемого в других кодексах. Так, например, в Бюджетном кодексе таких терминов 110, Трудовом – 95, Налоговом – 80, «О таможенном регулировании» – 63, «О браке (супружестве) и семье» – 42, уголовно-исполнительном – 11.

В некоторых же кодексах, в том числе в Гражданских (как в Общей, так и Особенной частях) используемые понятия раскрываются внутри самого содержания кодексов.

Теперь по существу вопроса.

Казалось бы, какая связь между законодательством о здоровье и здравоохранении и гражданским правом? Кроме латыни.

Ведь Кодекс о здоровье регулирует общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации конституционного права граждан Республики Казахстан на охрану здоровья. Гражданским же законодательством регулируются товарно-денежные и иные основанные на равенстве участников имущественные отношения, а также связанные с имущественными личными неимущественные отношения.

Связь есть, и порой очень тесная.

Так, Глава 33 Гражданского кодекса (Особенная часть) регулирует, помимо иных договоров возмездного оказания услуг, договор оказания медицинских услуг.

Статья 48 Кодекса о здоровье в вопросе о договоре на проведение санитарно-эпидемиологического аудита непосредственно отсылает к Гражданскому кодексу.

Статья 66 в общем виде определяет порядок осуществления государственно-частного партнерства в области здравоохранения на основе договора концессии.

В статье 69 говорится о закупе услуг у субъектов здравоохранения.

Статья 71 предусматривает возможность заключения национальными субъектами здравоохранения гражданско-правовых договоров с их иностранными партнерами.

Согласно подпунктам 6), 11), 12) п. 1 ст. 77 Кодекса, граждане Республики Казахстан имеют право на получение медицинских и иных услуг на платной основе; защиту сведений, составляющих тайну медицинского работника; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании им медицинской помощи.

Статья 164 предусматривает защиту прав и интересов лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) через институт представительства.

Статьей 202 установлено, что медицинская помощь, предоставляемая на платной основе (платные медицинские услуги), оказывается субъектами здравоохранения в соответствии со стандартами на договорной основе.

Статья 233 регулирует вопросы оптовой и розничной реализации лекарственных средств и медицинских изделий.

Пункт 5 ст. 235 устанавливает, что права разработчика лекарственного средства и медицинского изделия охраняются законодательством Республики Казахстан.

А это уже авторское право и патентное право.

Статьей 247 определен предмет деятельности единого дистрибьютера (ТОО «СК-Фармация»), в который входит выбор поставщиков, заключение договоров поставки лекарственных средств и медицинских изделий, а также на поставку и производство плазменных

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

препаратов крови, услуг по хранению и транспортировке, а также услуг по производству плазменных препаратов крови, закуп фармацевтических услуг, услуг по учету и реализации лекарственных средств и медицинских изделий и т.д.

На уровне подзаконных актов можно назвать следующие приказы Министра здравоохранения:

- от 17 сентября 2020 г. № ҚР ДСМ-104/2020 «Об утверждении Правил оптовой и розничной реализации лекарственных средств и медицинских изделий»,

- от 23 октября 2020 г. № ҚР ДСМ-150/2020 «Об утверждении правил и условий совершения и передачи организациям здравоохранения анатомического дара», которыми предусмотрено, что порядок передачи анатомического дара по договору или завещанию осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан,

- от 26 октября 2020 г. № ҚР ДСМ-154/2020 «Об утверждении Правил закупа товаров и услуг для осуществления экспертизы при государственной регистрации лекарственных средств и медицинских изделий и оценке их безопасности и качества»,

- от 29 октября 2020 г. № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)»,

- 3 ноября 2020 г. № ҚР ДСМ-178/2020 «Об утверждении формы типового договора об обучении по программе резидентуры».

Думаю, этот список не является исчерпывающим.

Пользуясь справочной системой «Параграф», я просмотрел имеющиеся в «базе» судебные дела по теме «Оказание медицинских услуг».

Их оказалось очень много. Понятно, что подавляющее большинство приходится на Алматы и Нур-Султан.

На основании изложенного я прихожу к такому выводу: несмотря на то, что гражданское право и медицинское право не являются сколько-нибудь смежными отраслями, их взаимодействие очевидно.

И, думается, оно будет только расширяться в связи дальнейшим развитием сферы возмездного оказания медицинских услуг на основании договоров.

УДК 347

К ВОПРОСУ О ГРАЖДАНСКОМ ОБОРОТЕ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Колябин А.Ю.

доцент кафедры гражданско-правовых дисциплин, кандидат юридических наук, доцент МБОУВО «Волжский институт экономики, педагогики и права»

e-mail: alkolyabin@yandex.ru

Вопрос донорства в России актуален так же, как и во всем мире. Ежедневно в нашей стране в донорской крови нуждается около полутора миллионов человек. Дефицит, который обусловлен рядом факторов, как-то: всем реципиентам нужна качественная кровь, а доноры должны соответствовать определенным физическим показателям, ведь, несмотря на все достижения современной науки, создать искусственную кровь ученым так и не удалось. Данная проблема обострилась в эпоху распространения COVID-19, когда потребовалась еще и плазма крови с антителами [1]. Если эти проблемы можно решить - уделяя больше внимания пропаганде донорского движения. То вопрос отнесения донорской крови и ее компонентов к объек-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

там гражданского права до сих пор остается открытым, а большую актуальность приобретает проблема правового регулирования донорства и трансплантации в силу «устаревшей» нормативно-правовой базы и комплексных технологических проблем на практике.

Так Федеральный закон «О донорстве крови и её компонентов» №125 от 20 июля 2012 года [2], пришедший на замену одноименного закона от 9 июня 1993 года не в полной мере регулирует существующие правоотношения в сфере донорства крови, хотя именно он воплотил идею платного донорства в нашей стране. В частности, постоянно меняются меры государственного контроля в изучаемой сфере, вот и опять было принято соответствующее Постановление Правительства РФ [3].

К тому же, не сокращается количество критиков и сторонников безвозмездного донорства. Тем не менее, именно внедрение условия возмездности в процесс донорства крови поможет увеличить количество доноров и самих биообъектов – этому способствуют и законодательные инициативы, направленные на то, чтобы ускорить внедрение современных методов заготовки плазмы и клеточных компонентов крови, что должно привести к более эффективному использованию донорских ресурсов. Вышеназванный закон также устанавливает принципы донорства крови, особенности ее оборота и меры социальной поддержки донорам.

Однако, при всей актуальности исследуемой темы донорства и принятым своевременно Законом этот институт сталкивается с серьезными проблемами как практического, так и теоретического характера, а в последнее время еще и ограничениями, вызванными коронавирусной пандемией, поэтому требуются значительные материальные затраты и кардинальные перемены во всех стадиях. Более того, не урегулированы ряд моментов: например, роль и статус медицинских учреждений различных форм собственности, принимающих участие заборе, транспортировке, продаже и перепродажи крови; сам процесс оборота донорской крови как внутри страны, так и вне; и, конечно же, не определен законодателем сам статус донорской крови и ее компонентов как объекта гражданского права в современных условиях. Ряд вышеназванных проблем и «малоразвитость» института донорства крови и её компонентов в свете нового законодательства определили актуальность заявленной темы настоящего исследования.

Развитие донорства крови или как предполагалось изначально в древности ее использование как лечебное, исцеляющее, омолаживающее и чудодейственное средство применимо и сейчас, но уже в более обширных масштабах и с использованием технологически сложных аппаратов. Тем не менее, цель донорства крови осталась одна – это спасение одного живого существа посредством дарения другим частички себя. И благодаря тому, что кровь является выполняемой биологической составляющей живого организма, процесс донорства (передачи) является, если его делать, конечно же, в соответствии с определенными стандартами, абсолютно «простым» фактом, без каких-либо негативных последствий для обеих сторон (донора и реципиента). Без донорства человечество жить ещё не научилось, нет ещё таких компонентов и препаратов, которые стопроцентно бы смогли заменить кровь. А закон «О донорстве крови и ее компонентов» как раз «прописывает» путь от донора к реципиенту на законодательном уровне, к тому же как на безвозмездной, так и платной основе, что на наш взгляд привлекло к проблеме дефицита крови дополнительных доноров и либерализует рынок оборота донорской крови в России. Но, прежде чем определить донорскую кровь и ее компоненты как объект гражданского оборота необходимо определиться с ее составляющей.

Широкое применение переливания крови ранее приводило к возникновению значительного числа осложнений, причины которых стали ясны лишь благодаря достижениям современной иммунологии. Для изучения заявленного вопроса необходимо определить грань между самой кровью как необходимой составляющей живого организма (человека) и донорской кровью – вещью (объектом гражданского права), которая уже не принадлежит самому до-

нору и не влияет никак на его физиологические особенности. Считаем, что если понятие вещь может соотноситься на некоторых живых существ, то почему вещью не может быть «донорская кровь» человека, тем более, если он ее отдал добровольно. Конечно же, можно говорить о крови как отделенной от живого организма «вещи», которую используют в различных областях. Но, во-первых, эту вещь необходимо отделить от живого организма с помощью современных технических препаратов, чтобы не причинить вред организму донора. А во-вторых, чтобы воспользоваться ей также необходимы соответствующие условия хранения, консервации, транспортировки и т.д. Но самое главное, до сих пор не определен статус этой «донорской крови» для того, чтобы ее использовать в необходимых масштабах, и самое главное – решить проблему ее недостатка в стране, да и в мире, в целом.

Итак, для того чтобы определить статус «донорской крови и ее компонентов», начнем с самого понятия донорства крови и опишем все процедуры, связанные с оборотом этого объекта, как-то: процесс забора крови, ее переработки, хранения и т.д. После взятия крови у донора, ее необходимо переработать для дальнейшего использования, чтобы она перешла в иной статус – отделилась в отдельную вещь от живого организма. Во многих случаях поставщики осуществляют доставку уже готовой продукции (например, свежезамороженная плазма крови). Указанный продукт по определению и своему составу уже прошел процедуру заготовки и переработки донорской крови. Процесс переработки крови включает в себя элементы центрифугирования (выделения необходимого компонента), рентгеновского облучения и процесса замораживания полученного компонента крови. В соответствии с Федеральным законом «О техническом регулировании» [4]. Правительство РФ установило требования безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии по национальному стандарту ГОСТ Р 53420-2009.

В 10 странах мира, включая Англию, Францию и Германию, уже принят закон об очищении донорской крови от лейкоцитов. Канада стала первой страной, которая применила 100% сокращение лейкоцитов в крови донора. Тем временем, другие страны активно используют лейкофильтрацию без правительственного мандата. Вот и в России, методом афереза заготавливается не более 6 % компонентов крови, преимущественно плазмы. Считается же, что большинство крови, преимущественно заготовленной на выездах, должна перерабатываться ручными методами, включая и лейкофильтрацию. Поэтому предлагаем законодательно урегулировать эту тенденцию путем включения соответствующих дополнений и изменений как в концепцию развития службы крови, так и в технический регламент о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии.

Таким образом, постепенное внедрение в процессы донорства крови и ее компонентов современных достижений науки должно сопровождаться своевременным изменением в соответствующие нормативные правовые акты. И должны полностью выполняться уже созданные требования к изучаемой процедуре, а в гражданский оборот донорской крови и ее компонентов привлекаться как можно больше негосударственных субъектов гражданского права.

Список использованных источников

1. Врач-трансфузиолог объяснила дефицит донорской крови в России. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://www.mk.ru/social/2021/08/09/vrachtransfuziolog-obyasnila-deficit-donorskoj-krovi-v-rossii.html> (дата обращения: 02.10.2021г.).

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

2. Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» от 20 июля 2012 года № 125-ФЗ (последняя редакция). [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132904/ (дата обращения: 03.10.2021г.).

3. Постановление Правительства РФ от 29 июня 2021 г. № 1050 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) за обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388964/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/(дата обращения: 03.10.2021г.).

4. Федеральный закон «О техническом регулировании» от 27.12.2002 № 184-ФЗ (последняя редакция). [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40241/ (дата обращения: 03.10.2021г.).

УДК 618.5-001

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РОДОВОЙ ТРАВМЫ

Кравченко Е.Н.

профессор кафедры акушерства и гинекологии №1, доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ России
e-mail: kravchenko/en@mail.ru

Роды – это естественный физиологический процесс. Каждая женщина, готовящаяся стать матерью, обследуется, надеется на благополучный исход родов. На благоприятный исход беременности для будущей матери и для плода настраиваются врачи акушеры-гинекологи, на положительные результаты и счастливую будущую жизнь надеются родственники. Именно поэтому неблагоприятные исходы родов являются трагичными для всей семьи, неожиданными для наблюдающего врача, и результат последствий часто требует ответа от судебных органов и судебно-медицинских экспертов [1]. Всегда ли эксперты хорошо представляют влияние экстрагенитальных заболеваний и сформировавшихся осложнений на течение и исход неблагоприятных родов? В любом случае эксперт, изучающий историю родов и проводящий анализ конкретного случая, должен опираться на существующие современные представления о родах и современные понятия акушерства.

В России сложилась устойчивая динамика снижения уровня перинатальной смертности (ПС). Анализ антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смертности детей подтверждает сложившуюся концепцию, утверждающую, что состояние здоровья новорожденного находится в тесной корреляции с состоянием здоровья матери. Уровень здоровья матери определяется степенью дезадаптации ее организма к беременности и их совместным влиянием на здоровье плода. Ведущими причинами гибели плодов и младенцев в современных условиях являются внутриматочная гипоксия и асфиксия плода, врожденные аномалии, дыхательные расстройства, обусловленные такими материнскими причинами, как плацентарная недостаточность, недонашивание, что является следствием соматических заболеваний, неблагоприятно протекающих беременностей с отягощенным акушерским анамнезом, а также влиянием социальных, медицинских и организационных факторов.

Большое число клинических исследований посвящаются перинатальным аспектам и имеют цель снижения ПС, реже изучают проблемы охраны плода во время родового акта. В то же время осложненные роды, неадекватная акушерская тактика могут способствовать повыше-

нию заболеваемости младенцев и ПС. Наряду с этим в повседневную практику внедряются современные технологии и новые медикаментозные препараты, совершенствуется реанимационная помощь и интенсивная терапия недоношенных и доношенных новорожденных, от многих канонов, акушерских приемов и манипуляций классического акушерства уже давно отказались, а планы ведения затрудненных родов постоянно пересматривается [3]. Ввиду того, что в последние десятилетия наблюдается значительное снижение числа нормальных (неосложненных) родов, вопросам родоразрешения женщин через естественные родовые пути уделяется большое значение для получения благоприятных исходов. РТ привлекает внимание не только акушеров-гинекологов, но и врачей других специальностей (неонатологов, реаниматологов, неврологов, судебно-медицинских экспертов), что связано с очевидной или кажущейся управляемостью данной патологии, имеющей мультидисциплинарное значение и находящейся на стыке разных разделов медицины: акушерство, неонатология, реаниматология, неврология, судебная медицина и др.

Так, авторы, изучив 49 вынесенных судебных решений по ч. 2 ст. 109 УК РФ, показали [2], что из 49 уголовных дел 38 были связаны с ведением родов, из них 21 роды протекали влагалищно, у 17 рожениц выполнено кесарево сечение. Одна группа выделенных летальных случаев младенцев обусловлена неверной тактикой ведения родов при узком тазе у матери: черепно-мозговая травма с разрывом намета мозжечка (три случая); наложение акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода (два случая) и другие.

Есть данные, что родовая травма (РТ) в структуре причин ПС находится на пятом месте. В то же время исследования показали, что врожденные аномалии развития и РТ продолжают занимать ведущие места в структуре причин ПС.

РТ связана с механическим действием схваток на плод, приводящее к нарушению целостности тканей и органов ребенка во время родов. Способствует травматизму значительная сила мышечного сокращения матки при обстоятельствах и факторах риска, дополняющих травматическое действие. Такими предрасполагающими факторами являются прогрессирующая гипоксия и задержка роста плода, имеющиеся внутриутробные инфекции, недоношенность. Они даже при нормальном течении родового акта и продолжительности, не превышающей физиологических норм, увеличивают риск РТ. Также необходимо отметить различие в формировании травматизма, выделяют «акушерскую травму», возникающую при применении акушерских пособий при затрудненных родах. К ним относят травмы черепа, позвоночника, других костей, мягких тканей и внутренних органов, объединяет понятие РТ нарушение целостности (и расстройство функции) тканей и органов младенца, которые возникают интранатально. С другой стороны, существует мнение, что к РТ относятся заболевания, возникающие у плодов вовремя гестации или у младенцев в течение родов вследствие травматического или гипоксического поражения органов и тканей. РТ подразделяют на травмы механического и гипоксического генеза [5].

Механические травмы формируются вследствие несоответствия размеров ребенка (головки плода) и родовых путей (костного таза). Со стороны новорожденного факторами риска РТ являются – крупный плод, диабетическая фетопатия, аномалии положения и вставления головки (тазовое, поперечное, лицевое, переднеголовное и др.); со стороны матери – аномалии таза (узкий таз или экзостозы после перенесенных травм с повреждением костей таза), ригидность тканей в позднем репродуктивном возрасте и др. Физиологические, а тем более затрудненные роды всегда связаны с эпизодами значительными колебаниями кровообращения в головном мозге и риске формирования известных гипоксически-ишемических или геморрагических церебральных нарушений. Формирование патологических повреждений может происходить на фоне имеющихся предшествовавших изменений структур головного мозга развиваю-

щегося плода, то есть плод подходит к родовому акту уже ущербным, а родовая деятельность в виде схваткообразных сокращений матки имеет последующее острое воздействие. Безусловно, антенатальные и интранатальные факторы взаимно влияют друг на друга, а их наложение и различные сочетания обуславливают многообразие клинических проявлений у младенцев.

Несмотря на это, практически каждое наблюдение РТ и связанные с ней перинатальные заболеваемость и смертность считают следствием дефекта оказания медицинской помощи, врачебной ошибки и связывают с низким профессионализмом акушера, с нарушением клинических рекомендаций и протоколов, общепризнанных норм, правил, алгоритмов действия, критериев качества оказания помощи. В то же время в последние годы стало очевидным, что внутриутробные инфекции вносят в патологию новорожденных значительно более высокий вклад, чем предполагалось ранее, большая часть обнаруживаемых повреждений головного мозга чрезвычайно схожа с повреждениями гипоксически-ишемической природы (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция и др.) и при аутопсии трактуется как следствие кислородной недостаточности. Некоторые авторы [4] указывают на существование прямой зависимости между внутриутробными инфекциями и внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

Возникновению РТ у новорожденного способствуют некоторые акушерские проблемы, остающиеся до настоящего времени дискуссионными. К таким проблемам относят ведение родов при дородовом излитии околоплодных вод, особенно в сочетании со слабостью родовой деятельности, переносенностью, при тазовом предлежании плода и многоплодной беременности, а также операции акушерских щипцов и вакуум-экстрактора, «нелегальный» прием метода Крестеллера и необоснованно поздний переход к выполнению экстренного кесарева сечения. Актуальной остается проблема крупного плода в акушерстве. В последнее время не снижается число родившихся детей с массой тела, превышающей физиологическую норму. При этом в случае вагинальных родов у детей нередко наблюдается нарушение мозгового кровообращения. Также у младенцев, родившихся с массой тела выше 4000 г, чаще встречаются переломы ключиц, паралич Эрба. В то же время известен факт: родоразрешение путем операции кесарева сечения при крупном плоде не уменьшает риск нарушения мозгового кровообращения, особенно на шейном уровне, и требует индивидуального подхода к выбору места рассечения матки и совершенствования техники извлечения крупного плода.

Травматическим повреждениям плода способствует и дистоция плечиков, являющаяся по своей форме клинически узким тазом, при развитии которого часто наблюдаются кефалогематомы и повреждения центральной нервной системы, иногда в тяжелой степени. При этом у младенцев, извлеченных при экстренном кесаревом сечении, переломы ключиц и субарахноидальные кровоизлияния наблюдаются не реже, чем при вагинальных родах. Риск травматизма плода в родах возрастает при аномалиях родовой деятельности с применением утеротонических средств, а также при оперативном родоразрешении через естественные родовые пути.

Серьезным фактором риска для плода остается тазовое предлежание, приводящее к нарушениям кровообращения в вертебробазиллярной системе, что обуславливает высокую частоту неврологической симптоматики новорожденных, в том числе гипоксически-ишемические и травматические поражения ЦНС [5]. При этом может диагностироваться и травма шейного отдела позвоночника, в том числе и при родоразрешении путем операции кесарева сечения.

Существенную угрозу состоянию плода представляют собой запоздалые роды. Доказана связь между увеличением младенческой заболеваемости и сроком перенашивания. При выраженном перенашивании, сопровождающемся симптомами хронической гипоксии плода, особенно с поздним возрастом роженицы, неправильным предлежанием, крупным плодом, отягощенным акушерским анамнезом, оправдано кесарево сечение. В то же время экстренное

кесарево сечение не устраняет повреждающего действия на плод и не снижает перинатальную заболеваемость при перенашивании. Церебральные поражения имеют до 10% новорожденных, матери которых родоразрешились в 42–43 недели. Неблагоприятные перинатальные исходы связаны с развитием хронической гипоксии плода, которую переношенный плод переносит хуже, чем доношенный, в связи с более высокой чувствительностью нервной системы переношенного плода к гипоксии. Перинатальные осложнения при перенашивании связаны не столько с возможными осложнениями родового акта, такими как слабость родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод, сколько с методами коррекции данных осложнений. Перинатальные исходы ухудшает длительное введение утеротоников (более 2–3 ч) в дозе, превышающей 5ЕД. При этом кесарево сечение, произведенное в связи с начавшейся острой гипоксией плода в родах, не устраняет повреждающего действия гипоксии на плод и не снижает заболеваемости новорожденных при перенашивании [6].

Формированию родовой травмы могут способствовать и преждевременные роды. Ведение родов при недоношенной беременности является сложной задачей в связи с тем, что для ребенка, особенно при малых сроках беременности и экстремально низкой массе плода, характерно значительное снижение компенсаторно-приспособительных и адаптационных возможностей и значительный риск развития внутричерепных кровоизлияний. Именно поэтому большинство акушеров-гинекологов предпочитают кесарево сечение. Если плод является глубоко-недоношенным, появляется ряд дополнительных факторов, способствующих травматизации во время родового акта: неподготовленность плода к родовому стрессу, незавершенность у него редукации поверхностной капиллярной сети, слабость аргифильного каркаса мозга и незрелость системы самостоятельной регуляции мозгового кровообращения.

Таким образом, рациональное ведение родов относится к наиболее значимым проблемам практического акушерства, поскольку погрешности в прогнозировании исхода вагинальных родов зачастую приводят к развитию родового травматизма матери и плода. Современные методы диагностики состояния плода и адекватная тактика ведения родов, внедрение в практическое здравоохранение клинических рекомендаций привели к снижению перинатальной смертности. В то же время, несмотря на значительные достижения перинатологии, частота родового травматизма и последующей инвалидизации новорождённых все ещё держится на том уровне, который не является приемлемым для современного акушерства и социального общества, в целом. Эксперты, осуществляющие экспертизу неблагоприятных исходов, должны очень хорошо представлять влияние экстрагенитальных заболеваний и сформировавшихся осложнений течения гестации на трагический исход родов, что, в свою очередь, должно влиять на вынесение судебных решений.

Список использованных источников

1. Власюк В.В. Родовая травма как проблема педиатрии. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. - 2012. № 4. - С. 65-70.
2. Горбачев В.И., Козлов А.И., Нетесин Е.С., Ершова Ю.В., Горбачева С.М. Обзор уголовных дел против врачей-акушеров-гинекологов за последние пять лет по статье 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Акушерство и гинекология. – 2021. №1. – С. 5-11.
3. Кравченко Е.Н. Факторы риска интранатальных повреждений плода. Фундаментальная и клиническая медицина. 2018. - Т. 3. № 3. - С. 54-58.
4. Кравченко Е.Н., Ларькин В.И., Ларькин И.И. Перинатальные повреждения центральной нервной системы и факторы риска, способствующие их формированию. Российский

вестник перинатологии и педиатрии. 2019. - Т. 64. № 1. - С. 56-60.

5. Маисеенко Д.А., Полонская О.В. Родовая травма новорожденного: проблема акушерства и неонатологии. РМЖ. Мать и дитя. 2016. Т. 24. № 15. С. 998-1000.

6. Париков С.Л., Сикорская А.К., Гайфуллина Л.Р. Биомеханизм родовой травмы плода в ходе операции кесарева сечения. Судебная медицина. 2016. - Т. 2. № 1. - С. 14-17.

УДК 342.4

**К ВОПРОСУ РОЛИ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РФ В ПРОЦЕССЕ
ИМПЛЕМЕНТАЦИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРАВОВЫХ СТАНДАРТОВ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКУЮ ПРАВОВУЮ СИСТЕМУ**

Макарцев А.А.

доцент кафедры административного, финансового и корпоративного права Новосибирского государственного университета экономики и управления, кандидат юридических наук

Шерстобоев О.Н.

декан юридического факультета Новосибирского государственного университета экономики и управления, кандидат юридических наук

Введение

Деятельность органов конституционного правосудия в любой стране играет важное значение. Конституционное правосудие представляет собой наивысшую форму судебной защиты в большинстве стран мира поскольку посредством конституционного контроля и толкования основного закона обеспечивает его верховенство, единство правотворческой и правоприменительной, в том числе судебной практики. Конституционный контроль представляет собой особый вид правоохранительной деятельности в государстве, заключающийся в проверке соответствия законов и иных нормативных актов конституции данной страны.

Правовая природа решений Конституционного Суда Российской Федерации

Существует довольно много мнений о месте актов Конституционного Суда Российской Федерации в системе источников конституционного права. Одни ученые считают, что решения Конституционного Суда Российской Федерации не содержат правовых норм и не являются источниками права [1]. Другие относят их к источникам права [2] и утверждают о существовании у органа конституционного контроля правотворческих возможностей. По мнению М.В. Баглая, постановления Конституционного Суда Российской Федерации относятся к числу источников конституционного права, но с формальной точки зрения данный орган не является правотворческим, хотя по существу им является [3]. Особый интерес представляет следующее мнение: постановления и определения органа конституционного контроля России, в которых сформулированы определённые конституционные правила поведения (конституционные нормы), являются системообразующими звеньями всей правовой системы и конституционного законодательства [4]. Бондарь Н.С. отмечает, что особенности правовой природы и юридической силы решений Конституционного Суда Российской Федерации определяется не тем, обладает ли он правотворческими функциями, а спецификой его собственных конституционно-контрольных полномочий. Их природа такова, что правовые позиции Конституционного Суда Российской Федерации, выраженные по итогам рассмотрения дела в его постановлении или определении, имеют общеобязательный характер, нередко обладают нормативностью и соот-

ответственно могут признаваться источниками конституционного права [5]. Некоторые правоведы к источникам конституционного права относят не только акты Конституционного Суда, но и решения судов общей юрисдикции. Например, Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации, имеющие, по их мнению, нормативный характер [6]. Высказывалось мнение, что постановления Конституционного Суда по своей силе не уступают юридической силе Конституции Российской Федерации [7].

Дискуссионность этой проблемы вызвана тем, что ни один из российских нормативно-правовых актов, в том числе и Федеральный конституционный закон «О Конституционном Суде Российской Федерации» [8], не закрепляет за данным органом право издавать нормативные акты. В связи с этим воззрение на Конституционный Суд Российской Федерации как на правотворческий орган эволюционировало от концепции «негативного законодателя» (то есть органа, принимающего акты, которые отменяют нормы права, признаваемые утратившими силу ввиду их неконституционности) до концепции «позитивного», «второго законодателя».

Конституционный Суд Российской Федерации в своей деятельности идет дальше формального толкования и применения фундаментальных норм. Он развивает конституционно-правовую науку, законодательство, предлагает свое понимание тех или иных положений Конституции, которое «связывает» всех субъектов конституционных отношений и, по выражению Н.В. Витрука, «в известном смысле и в известных пределах творит право» [9]. Конституционный Суд Российской Федерации постоянно анализирует состояние действующего законодательства, критически его оценивает. Он не только выдвигает предложения по совершенствованию конституционного и других правовых отраслей, но и творит реальные, действующие правоположения, способные заменить отсутствующие юридические правила [10]. М.С. Саликов, рассматривая роль решений федерального органа конституционного контроля отмечая важную работу Конституционного Суда в сфере официального толкования Конституции, сделал вывод о его квазизаконодательной функции [11]. О.Е. Кутафин отмечал, что «ни один суд, в том числе конституционный, норм права создавать не может. Конституционный Суд должен только сравнивать с Конституцией проверяемые акты, нормы права. Если эти акты, их нормы соответствуют Конституции, Суд ничего в них менять не может. Если не соответствуют, то он тоже ничего сам менять не может. Он принимает решение о несоответствии акта, его отдельных положений Конституции; с помощью этого решения, но в силу соответствующих конституционных норм, положений Федерального конституционного закона «О Конституционном Суде Российской Федерации» прекращается действие противоречащей Конституции Российской Федерации нормы. Таким образом, прекращение действия нормы связано не с правотворческим усмотрением Конституционного Суда, а с установлением им факта противоречия названной нормы Конституции» [12].

О некоторых направлениях деятельности Конституционного Суда РФ в направлении имплементации норм международного права в национальную правовую систему

В соответствии ст. 3 Федерального конституционного закона «О Конституционном Суде РФ» [13] в сфере согласования международных актов к полномочиям органа конституционного контроля России относятся по соответствующим запросам разрешать вопросы о а) соответствии Конституции Российской Федерации не вступивших в силу международных договоров Российской Федерации; вопросы о б) возможности исполнения решений межгосударственных органов, принятых на основании положений международных договоров Российской Федерации в их истолковании, противоречащем Конституции Российской Федерации; в) вопрос о возможности исполнения решения иностранного или международного (межгосударственного) суда, иностранного или международного третейского суда (арбитража), налагающе-

го обязанности на Российскую Федерацию, в случае если это решение противоречит основам публичного правопорядка Российской Федерации.

Важное значение в определении места Конституционного Суда РФ в механизме включения международных актов в российскую правовую систему имеет решение Европейского суда по правам человека по жалобе российских граждан Сергея Анчугова и Владимира Гладкова. Они обратились в Европейский суд по правам человека с жалобой на то, что в силу запрета на участие в выборах лицам, содержащимся в местах лишения свободы по приговору суда, закрепленного ч. 3 ст. 32 Конституции Российской Федерации, не смогли принять участие в парламентских и президентских выборах. Предпринималась попытка оспорить этот запрет в Конституционном Суде Российской Федерации. Однако в рассмотрении жалобы отказывалось, поскольку разрешение поставленного в ней вопроса Конституционному Суду Российской Федерации было неподведомственно [14]. Поданные С. Анчуговым и В. Гладковым в суды общей юрисдикции жалобы на действия (бездействие) избирательных комиссий, как отмечается в решении Европейского суда по правам человека, либо возвращались по формальным причинам, либо не удовлетворялись.

Избирательные права граждан, отбывающих уголовное наказание в виде лишения свободы, ранее не являлись в России предметом пристального изучения. Часть 3 ст. 32 Конституции РФ устанавливает категорический запрет: не имеют права избирать и быть избранными граждане, содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда. Данное право автоматически отсекает чуть более полумиллиона граждан (именно столько в 2015 г. содержалось в исправительных колониях Федеральной службы исполнения наказания России [15]).

Европейский суд по правам человека согласился, что государство имеет широкое усмотрение в ограничении избирательного права, однако оно должно быть соразмерным. Лишение права на голосование при заключении на любой срок таковым не является. В своем решении по делу № 11157/04 и 15162/05 «Анчугов и Гладков против России» (Anchugov and Gladkov v. Russi) Суд отметил, что участие в выборах в современном обществе является не привилегией, а презюмируемым правом. Европейский суд по правам человека посчитал, что запрет, предусмотренный ст. 32 Конституции Российской Федерации, нарушает ст. 3 Протокола № 1 Конвенции о защите прав человека и основных свобод. Решение о лишении избирательных прав должно приниматься судьей с учетом всех конкретных обстоятельств [16].

С одной стороны, можно согласиться с положениями, обосновывающими решение Европейского суда по правам человека: фактически лишение избирательных прав лиц, находящихся в местах лишения свободы по приговору суда за совершение преступлений любой тяжести, является не предусмотренной Уголовным кодексом Российской Федерации санкцией. Лишение активного избирательного права влечет за собой и ограничение свободы общественного мнения, которое в ходе избирательного процесса выражается не только словами, но и фактом совершения или несвершения избирательных действий [17].

С другой стороны, при рассмотрении дела "Анчугов и Гладков против России" необходимо было принимать во внимание, что подход, связанный с ограничением избирательных прав лиц, находящихся в местах лишения свободы по решению суда, является традиционным не только для российского законодательства, но и для российской правовой науки. Еще в начале XX в. В.М. Гессен писал о необходимости ограничения избирательных прав лиц, которые "совершили преступные деяния позорящего свойства или присуждены к позорящему наказанию по суду" [18]. Также можно согласиться с В.Д. Зорькиным, который отмечает, что «Конституция Российской Федерации в ст. 15 устанавливает приоритет международного договора над положением закона, но не над положениями Конституции. Монополия на истолкование Конституции и выявление конституционного смысла закона принадлежит Конституционному

Суду. И поэтому истолкование Конституции, данное высшим судебным органом государства, не может быть преодолено путем истолкования Конвенции, поскольку ее юридическая сила все-таки юридическую силу Конституции не превосходит» [19]. Эту точку зрения разделяет Б.С. Эбзеев, который считает, что Конституция Российской Федерации в иерархии правовой системы занимает доминирующее положение и в случае коллизии с ней норм международного договора в силу ч. 1 ст. 15 всегда обладает безусловным верховенством [20].

Необходимо отметить, что вплоть до 2009 г. между КС РФ и ЕСПЧ складывались довольно тесные гармоничные отношения. Начиная с 1998 г., когда Россия признала юрисдикцию ЕСПЧ, Конституционный Суд РФ интегрировал решения ЕСПЧ в свою судебную практику в широком объеме и начал регулярно использовать правовые позиции ЕСПЧ. Российский Конституционный Суд принимал во внимание решения ЕСПЧ в отношении других стран и без большого шума согласился с решениями Страсбургского суда даже по тем делам, по которым сам Конституционный Суд ранее пришел к иным выводам: сюда также относятся дела, по которым ЕСПЧ объявил чувствительные с точки зрения "российской идентичности" положения нарушающими Конвенцию о защите прав человека и основных свобод. И он очень эффективно выступил против российского законодателя, когда объявил, что смертная казнь, предусмотренная ч. 2 ст. 20 российской Конституции, не подлежит применению [21].

В своем решении Европейский суд по правам человека отметил, что государство несет ответственность по ст. 1 Конвенции о защите прав человека и основных свобод независимо от вида акта, нарушающего права, предусмотренные Конвенцией и Протоколами к ней. Суд не принял во внимание аргумент Российской Федерации о сложности процедуры изменения второй главы Конституции Российской Федерации, обосновав это тем, что его роль заключается в оценке соответствия запрета требованиям Конвенции. По мнению Суда, российские власти могут избрать любой доступный им способ устранить нарушение: например, толкование Конституционным Судом Российской Федерации конституционных положений таким образом, чтобы последние не противоречили Конвенции. Этот подход Европейского суда по правам человека подтверждает сформировавшуюся в отечественной правовой науке точку зрения, согласно которой решения Конституционного Суда Российской Федерации о толковании Конституции Российской Федерации имеют юридическую силу, аналогичную ей [22].

Проводя анализ решения Европейского суда по правам человека по делу «Анчугов и Гладков против России», следует отметить, что позиция, которая в нем выражена, не является исключительным подходом Суда в определении рамок реализации субъективного избирательного права только в отношении правового регулирования в Российской Федерации. Аналогичный подход нашел отражение в решении Европейского суда по правам человека по делу «Херст (Hirst) против Соединенного Королевства», в котором обращалось внимание на «отсутствии рационального объяснения существования нормы закона, направленной на лишение лиц избирательных прав, осужденных за совершение преступления» [23].

Важное значение для рассматриваемой ситуации имеет также и то, что дело «Анчугов и Гладков против России» было инициировано на основании двух жалоб, поданных в ЕСПЧ гражданами Российской Федерации - С.Б. Анчуговым, который за убийство, кражи и мошенничество был осужден к наказанию в виде смертной казни, замененной судом кассационной инстанции лишением свободы на срок 15 лет, и В.М. Гладковым, который за убийство, разбой, участие в организованной преступной группе и оказание сопротивления сотрудникам правоохранительных органов также был осужден к наказанию в виде смертной казни, впоследствии замененной лишением свободы на срок 15 лет.

Напрашивается вопрос: а недееспособные лица по возрасту или признанные судом недееспособными также не представляют исключения и по смыслу ст. 3 Протокола N 1 тоже

должны иметь право на участие в выборах? А не кажется ли, что лица, способные на подобные преступления, просто не могут считаться полностью адекватными и обладать возможностью реализовать такое серьезное право, как избирательное? По мнению ЕСПЧ, лишение избирательных прав - это суровая мера, и она не должна применяться легко. Как можно после известных обстоятельств дела формулировать такой вывод по отношению к лицам, совершившим подобные преступления? Как можно это не считать абсурдом [24]?

Один из путей разрешения коллизии между положениями Конституции Российской Федерации и Европейской конвенции о защите прав человек и основных свобод, выявленной решением Европейского суда по правам человека «Анчугов и Гладков против России», наметил Конституционный Суд Российской Федерации в своем Постановлении от 6 декабря 2013 г. № 27-П «По делу о проверке конституционности положений статьи 11 и пунктов 3 и 4 части четвертой статьи 392 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации в связи с запросом президиума Ленинградского окружного военного суда» [25]. Конституционный Суд Российской Федерации признал, что положения Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, позволяющие пересматривать вступившее в силу судебное постановление при наличии противоположных позиций Конституционного Суда Российской Федерации и Европейского суда по правам человека относительно соответствия положений национального законодательства, примененных в конкретном деле, Конституции Российской Федерации и Конвенции, во взаимосвязи не противоречат Конституции Российской Федерации. По своему конституционно-правовому смыслу они предполагают, что суд общей юрисдикции может по заявлению гражданина, чья жалоба в Конституционный Суд Российской Федерации ранее была признана не отвечающей критерию допустимости, начать производство по пересмотру вступившего в силу судебного постановления в связи с тем, что Европейский суд по правам человека установил нарушение Конвенции в отношении данного гражданина при рассмотрении судом общей юрисдикции гражданского дела. Но, если, по мнению суда общей юрисдикции, исполнить постановление Европейского суда по правам человека невозможно без признания неконституционными законоположений, относительно которых ранее Конституционный Суд Российской Федерации констатировал отсутствие нарушения ими прав заявителя в конкретном деле, то он вправе приостановить производство и подать в Конституционный Суд Российской Федерации запрос о проверке этих законоположений. Исходя из логики решения, только орган конституционного контроля Российской Федерации может решить вопрос о применимости правовых норм, которые мешают исполнению постановления Европейского суда, но при этом не были признаны неконституционными. Факт того, что Европейский суд по правам человека поставил под сомнение соответствие нормы российского закона Европейской конвенции, позволяет Конституционному Суду Российской Федерации повторно проверить эту норму. Если по результатам рассмотрения указанного запроса Конституционный Суд Российской Федерации постановит, что норма, препятствующая исполнению постановления Европейского суда по правам человека, не противоречит Конституции Российской Федерации, то он может указать на возможные способы реализации решения Европейского суда по правам человека.

В рассмотренном решении Конституционного Суда Российской Федерации фактически происходит дальнейшее развитие положений, определяющих процесс реализации решений Европейского суда по правам человека на территории России, закрепленных в Конституции Российской Федерации и Федеральном законе "О международных договорах Российской Федерации" [26]. Орган конституционного контроля Российской Федерации на примере механизмов реализации решений Европейского суда, основывая свое решение как на общечеловеческих ценностях, так и на интересах Российского государства и общества, определяет процесс согласования и взаимодействия международного и российского права, который осуществляет-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ся в рамках национального правопорядка.

В дальнейшем данный подход нашел отражение в конституционных положениях. Согласно изменениям, которые были внесены в Конституцию Российской Федерации в 2020 г. Конституционный Суд в порядке, установленном федеральным конституционным законом, разрешает вопрос о возможности исполнения решений межгосударственных органов, принятых на основании положений международных договоров Российской Федерации в их истолковании, противоречащем Конституции Российской Федерации, а также о возможности исполнения решения иностранного или международного (межгосударственного) суда, иностранного или международного третейского суда (арбитража), налагающего обязанности на Российскую Федерацию, в случае если это решение противоречит основам публичного правопорядка

Российской Федерации;

В январе 2017 г. вступила в действие статья 53.1 Уголовного кодекса РФ, которой закреплялся такой вид наказания как - принудительные работы. По мнению Комитета министров Совета Европы, по смыслу Конвенции данный вид наказания может трактоваться как лишение свободы, хотя и было признано, что в российском законодательстве он рассматривается как альтернативный. Это дало основание Комитету министров Совета Европы признать исполненным постановление по делу «Анчугов и Гладков против России» [27], так как был ликвидирован тотальный запрет на участие в выборах лиц, находящихся в местах лишения свободы по приговору суда. Проблема была решена. Тем не менее, как отмечается в литературе [28], главный вопрос, поднятый ЕСПЧ в Постановлении по делу Анчугова и Гладкова, о смягчении установленного Российской Конституцией абсолютного запрета для осужденных к лишению свободы, казалось бы, остался нерешенным. По смыслу данного Постановления проблема российского правового регулирования заключается именно в тотальном и автоматическом запрете на участие в выборах для лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы по приговору суда. В этом отличие российской ситуации от, например, дела "Скоппола против Италии" (N 3), где ЕСПЧ не нашел нарушения статьи 3 Протокола N 1 в силу того, что запрет на участие в голосовании в итальянском законодательстве не распространялся на осужденных за преступления небольшой тяжести.

К вопросу о решении Конституционного Суда РФ как средства имплементации норм международного права в сфере здравоохранения

Анализ решений Конституционного Суда Российской Федерации по вопросам здравоохранения позволяет увидеть, что довольно часто их действие направлено на включение и действие международных стандартов в отечественную правовую систему. Это связано ещё и тем, что. Как отмечается в исследованиях, даже базовый для медицинского права акт – Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является актом рамочным и комплексным, включившим в себя регулирование отношений из сферы административного, информационного, трудового, финансового права, права социального обеспечения и др. [29] В связи с этим, как отмечает П.Д. Блохин, «правогенерирующая» функция решений Конституционного Суда Российской Федерации, формально обладающих общеобязательным значением, состоит в том, что они могут не только выступать самостоятельным источником регулирования, но и «ретранслировать» международные правовые стандарты в области здравоохранения. Это может происходить, во-первых, при применении Судом общеобязательных международно-правовых актов, а во-вторых, посредством признания норм «мягкого международного права» (soft law) и норм нератифицированных РФ международных договоров в качестве некоего ориентира или даже общепризнанных принципов и норм международного права [30].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

К международным источникам относятся Европейская конвенция по правам человека. Результатом международно-правового сотрудничества государств в сфере здравоохранения стало принятие ряда международных договоров [31]. Их задача - обеспечение реализации права на здоровье как основной цели указанного сотрудничества. Весь массив международных норм как «твердого», так и «мягкого права» в сфере здравоохранения создает специфическое образование - международное здравоохранительное право, которое является компонентом системы международного права. Это свидетельствует о дифференциации и расширении сферы охвата международного права и, без сомнения, влияет на эффективность реализации права на здоровье [32].

В контексте рассмотрения вопросов, связанных с имплементацией норм международного права в российскую правовую систему, в отдельную группу можно выделить решения Конституционного Суда РФ по вопросам оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Например, в Определении Конституционного Суда РФ от 17.07.2007 N 511-О-О [33], отмечалась, что возможность принудительной госпитализации лица предусмотрена и Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденными Генеральной Ассамблеей ООН (Резолюция 46/119 от 17 декабря 1991 года). Согласно принципу 16 любое лицо может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в качестве пациента в принудительном порядке тогда и только тогда, когда уполномоченный для этой цели согласно закону квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит, что вследствие этого психического заболевания существует, в частности, серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам; госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке осуществляются первоначально в течение непродолжительного периода, определенного внутригосударственным законодательством, в целях наблюдения и проведения предварительного лечения до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержании пациента в психиатрическом учреждении надзорным органом. Таким органом, согласно принципу 17, является судебный или другой независимый беспристрастный орган, созданный и функционирующий в соответствии с процедурами, установленными внутригосударственным законодательством.

При этом законодатель не обязан исчерпывающим образом разъяснять понятие «существенный вред», поскольку, по мнению Европейского Суда по правам человека, «вряд ли возможно охватить в законе все разнообразие состояний, которые включают в себя психиатрические риски. Более того, закон требует, чтобы суды проводили проверку всех дел о недобровольном помещении в психиатрический стационар на основании медицинских данных, что является важной гарантией от произвола» (п. 32 Постановления от 28 октября 2003 года по делу «Ракевич против Российской Федерации»).

В Определении Конституционного Суда РФ от 05.03.2009 № 544-О-П [34] отмечается, что закрепленное в Конституции Российской Федерации понятие «задержание» носит общий характер, т.е. охватывает не только задержание лица за виновные противоправные действия в рамках уголовно-процессуального или административного законодательства, но и иные виды задержания. Данный вывод следует и из положений международно-правовых актов. Так, в соответствии со Сводом принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (принят 9 декабря 1988 года Резолюцией 43/173 на 43-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН), понятие «задержанное лицо» означает любое лицо, лишенное личной свободы не в результате осуждения за совершение правонарушения. В решении Конституционного Суда По смыслу подпункта «е» пункта 1 статьи 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, законное заключение под стражу душевнобольных также является

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ся формой лишения свободы, что подтверждается позицией Европейского Суда по правам человека, выраженной им в Постановлении от 5 октября 2004 года по делу "Н.Л. против Соединенного Королевства". Европейский Суд по правам человека относит перечисленные условия к существенным признакам лишения человека физической свободы (Постановления от 1 июля 1961 года по делу «Лоулесс (Lawless) против Ирландии», от 6 ноября 1980 года по делу «Гуццарди (Guzzardi) против Италии», от 28 октября 1994 года по делу «Мюррей (Murray) против Соединенного Королевства», от 24 ноября 1994 года по делу «Кеммаш (Kemmaché) против Франции»).

В Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П о порядке лишения лица дееспособности КС РФ учитывал рекомендации Парламентской ассамблеи Совета Европы «О положении психически больных» и рекомендации Комитета министров Совета Европы № R (83)2 "Относительно правовой защиты лиц, страдающих психическим расстройством, которые были госпитализированы в принудительном порядке". Суд констатировал, что в них отражены "принципы, общепризнанные в современных демократических государствах", и признал неконституционными положения российского законодательства, не дающие такому лицу возможности изложить суду свою позицию лично либо через выбранного им представителя, а также права обжаловать решение суда [35].

Суд использует решения ЕСПЧ для обоснования своих позиций и по другим делам. Например, в Определении КС РФ от 9 июня 2015 г. орган конституционного контроля отмечал, что в постановлении от 6 июня 2013 года по делу «Авилкина и другие против России» [36] Европейский Суд по правам человека напомнил, что интерес пациента и общества в целом в защите конфиденциальности медицинских данных может быть перевешен интересом в расследовании и преследовании преступлений, а также гласности судебного разбирательства, если доказано, что эти интересы имеют более серьезное значение; обязательства государства создавать гарантии судебной защиты от посягательств права на жизнь или личную неприкосновенность в медицинской сфере не ограничиваются только уголовно-правовыми средствами и могут включать правила о гражданско-правовом возмещении, в частности о компенсации ущерба, а равно о мерах дисциплинарного взыскания (постановление от 30 октября 2012 года по делу «Е.М. и другие против Румынии»).

На основании этого делался вывод о том, что международное право и конституционные нормы не устанавливают конкретных процедур, в рамках которых заинтересованное лицо может ознакомиться с информацией, содержащей медицинскую тайну иного лица. Соответственно, федеральный законодатель обладает определенной свободой усмотрения при создании правовых механизмов, которые - при соблюдении надлежащего баланса защищаемых Конституцией Российской Федерации ценностей - позволяли бы заинтересованному лицу осуществлять эффективную защиту (в том числе судебную) как принадлежащих ему имущественных прав и нематериальных благ, так и права на человеческое достоинство умершего лица.

Положения Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. [37] и Конвенцию о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г. [38] стали обоснованием конституционности законодательных положений исключающих «возможность использовать в медицинских целях названные наркотические средства, с учетом наличия разрешенных на территории Российской Федерации альтернативных способов лечения опиоидной зависимости, в том числе более эффективных и индивидуальных методов терапии». Конституционный Суд подтвердил возможность законодателя вводить специальные меры в отношении соответствующих категорий веществ [39].

В решениях Конституционного Суда РФ особо хочется выделить те, в которых в качестве обоснования решения приводятся положения нератифицированных РФ международных

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

договоров, которые закрепляются в некоторой степени в качестве ориентиров правоприменения. В Определении от 10 февраля 2016 г. № 224-О [40] для обоснования своей позиции Конституционный Суд РФ использовал положения Конвенция о правах человека и биомедицине" [41] и Дополнительного протокола [42]. при этом он отмечал, что «тот факт, что вышеуказанные Конвенция и Дополнительный протокол к ней в настоящее время не подписаны и не ратифицированы Российской Федерацией, не исключает возможности учета и использования их положений при формировании российского законодательства в сфере трансплантации».

В Постановлении Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 № 1-П [43] констатируется, что и в практике ЕСПЧ обращается особое внимание на значимость возможности доступа заинтересованных лиц к медицинской документации умершего пациента для целей эффективной защиты (в том числе судебной). Приводятся мнения, высказанные ЕСПЧ, который считает, что защита медицинских сведений охватывается правом на уважение частной и семейной жизни, гарантируемым ст. 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, и имеет фундаментальную важность (постановления от 25 февраля 1997 года по делу «З.(Z.) против Финляндии», от 27 августа 1997 года по делу «М.С.(M.S.) против Швеции», от 6 июня 2013 года по делу «Авилкина и другие (Avilkina and Others) против России» и др.). В то же время Европейский Суд по правам человека отмечает, что процессуальные обязательства государства по обеспечению права на жизнь (ст. 2 Конвенции о защите прав человека и основных свобод) включают в себя обязанность создать эффективный правовой механизм установления причин смерти пациентов, находящихся на попечении медицинских работников как в частном, так и в публичном секторе, и привлечения к ответственности всех виновных. Если нарушение права на жизнь или личную неприкосновенность не было совершено намеренно, то позитивное обязательство государства, вытекающее из ст. 2 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, сводится к созданию эффективного правового механизма защиты.

Подводя выводы, можно отметить, что в связи с недостаточностью законодательного правового регулирования общественных отношений, связанных с здравоохранением. Конституционный Суд Российской Федерации восполняет эти пробелы, в том числе и за счет положений международного права. Особое значение это имеет для развития отдельных сфер российского здравоохранения, в частности оказание психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Позитивным моментом является использование при обосновании своих решений Конституционным Судом Российской Федерации положений нератифицированных договоров.

Список использованных источников

1. Кутафин О.Е. Источники конституционного права Российской Федерации. М.: Юристъ, 2002. – 348 с
2. Зиновьев А.В. Конституционное право России. СПб., 2000. 405 с.
3. Баглай М.В. Конституционное право. - М.: Норма, 1999. - С. 27-28.
4. Невинский В.В. Российское конституционное законодательство: проблемы системообразования и пределы унификации // Российская правовая система: становление, проблемы, пути совершенствования. Материалы Республиканской научной конференции. Барнаул, С. 15-16.
5. Бондарь Н.С. Конституционный Суд как орган по разрешению избирательных споров // Реформирование отечественного избирательного законодательства: проблемы и перспективы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Тюмень, 23 сентября 2005 г. - Тюмень: Изд-во "Вектор Бук", 2006. - С. 15.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

6. Лебедев В.М. Становление и развитие судебной власти в Российской Федерации. М., 2000. С. 201-228; Чепурнова Н.М. Судебная власть в Российской Федерации: проблемы теории и государственно-правовой практики. Автореф. дисс.... канд. юр. наук. Саратов, 1999. С. 17; Туманов В.А. Пять лет конституционной юстиции в России: Уроки, проблемы, перспективы // Вестник Конституционного Суда Российской Федерации. 1996. № 6. С. 11; Страшун Б.А. Конституционное право России, его источники и структура // Журнал российского права. 1997. № 4. С. 3; Колесников Е.В. Постановления конституционных судов как источник российского конституционного права // Правоведение. 2001. № 2. С. 38.
7. Эбзеев Б.С. Толкование Конституции Конституционным Судом Российской Федерации: теоретические и практические аспекты // Государство и право. - 1998. - № 5. - С. 12.
8. Собрание законодательства Российской Федерации. 1994. № 13. Ст. 1447.
9. Федеральный конституционный закон «О Конституционном суде Российской Федерации»: комментарий. От. ред. Н.В. Вирук, Л.В. Лазарев, Б.С. Эбзеев. – М.: Юрид. лит., 1996. – С. 23.
10. Колесников Е.В. Постановления конституционных судов как источник российского конституционного права // Правоведение. – 2001. – № 2. – С. 38.
11. Саликов М.С. Источники конституционного права: проблемы структуризации и внутрисистемные противоречия // Проблемы науки конституционного права. – Екатеринбург, 1998. – С. 57-58.
12. Ответы на вопросы «Российского юридического журнала» академика О.Е. Кутафина // Российский юридический журнал. 2008. - № 6. -- С. 19.
13. Федеральный конституционный закон от 21.07.1994 N 1-ФКЗ «О Конституционном Суде Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 1994. № 13. Ст. 1447.
14. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 27 мая 2004 г. № 177-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Гладкова Владимира Михайловича на нарушение его конституционных прав статьей 32 (часть 3) Конституции Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».
15. Романовский Г.Б. «Дело Анчугова и Гладкова» и решения Конституционного Суда РФ, органов конституционного контроля зарубежных стран // Lex russica. 2017. № 2. С. 135 - 146.
16. Anchugov and Gladkov v. Russia (№ 11157/04 и 15162/05) // Бюллетень Европейского суда по правам человека. 2013. № 8.
17. Авакьян С.А. Свобода общественного мнения и конституционно-правовые гарантии ее осуществления // Конституционное и муниципальное право. 2013. № 1. С. 15.
18. Гессен В.М. Основы конституционного права. Издание второе. Петроград: Издание Юридического книжного склада «ПРАВО», 1918. С. 265.
19. Зорькин В.Д. Предел уступчивости // Рос. газ. № 5325 (246). 2010.
20. Эбзеев Б.С. Введение в Конституцию России. М.: Норма; ИНФРА-М, 2013. С. 119.
21. Бланкенагель А. Европейский суд по правам человека против российского Конституционного Суда: о нормальных трениях, скрытых угрозах и предвзятой близорукости // Закон. 2019. № 6. С. 52 - 60.
22. Худoley К.М. Конституционность решений ЕСПЧ и их исполнимость // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2013. № 2 (20). С. 96.
23. Постановление ЕСПЧ от 6 октября 2005 г. «Дело "Херст (Hirst) против Соединенного Королевства («2»)» // Бюллетень Европейского суда по правам человека. 2006. № 4.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

24. Воронцова И.В. Постановления Европейского суда по правам человека, исполнение которых было признано невозможным Конституционным Судом РФ // Современное право. 2017. № 4. С. 62 - 69.
25. Рос. газ. № 6261. 2013. 8 дек.
26. СЗ РФ. 1995. № 29. Ст. 2757.
27. 1355-е заседание КМСЕ проходило с 23 по 25 сентября 2019 года. См.: Notes of the Committee of Ministers of the Council of Europe on the Agenda. H-46-17 Anchugov and Gladkov group v. Russian Federation (Application no. 11157/ 04). 1355th meeting, 2019 (CM/Notes/1355/H46-17). URL: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680972e12 (дата обращения: 04.11.2019).
28. Филатова М.А., Балюк Е.В. О частичном исполнении постановлений Европейского суда по правам человека: на примере дел «Ким и другие против России» и «Анчугов и Гладков против России» // Международное правосудие. 2019. № 4. С. 58 - 69.
29. Комарова В.В. Медицинское право. Взгляд конституционалиста // Актуальные проблемы медицинского права: материалы II Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 17 - 18 апреля 2015 г.) / отв. ред. д.ю.н., проф. А.А. Мохов. М.: Издательский центр Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 2015. С. 70 - 75.
30. Блохин П.Д. Пять тезисов о роли практики Конституционного Суда РФ в системе правового регулирования здравоохранения // Медицинское право. 2020. № 1. С. 18 - 27.
31. Устав Всемирной организации здравоохранения 1946 г., Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи 1978 г., Оттавская хартия защиты здоровья 1986 г., Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека 1997 г., Всемирная декларация по здравоохранению 1998 г., Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 г., Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака 2003 г., Международная декларация о генетических данных человека 2003 г., Декларация Организации Объединенных Наций о клонировании человека 2005 г., Международные медико-санитарные правила 2005 г., Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2006 г., Европейская конвенция о социальной и медицинской помощи 1953 г., Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины 1997 г., Дополнительный протокол, касающийся биомедицинских исследований 2004 г., Соглашение о сотрудничестве государств - участников Содружества Независимых Государств в борьбе с торговлей людьми, органами и тканями человека 2005 г. и др.
32. Сажинко Н.В. Международное здравоохранительное право, как проявление дифференциации и расширения сферы охвата международного права // Российский юридический журнал. 2013. № 5. С. 13 - 20.
33. Определение Конституционного Суда РФ от 17.07.2007 N 511-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Троня Максима Николаевича на нарушение его конституционных прав пунктом "в" статьи 29 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // СПС «КонсультантПлюс».
34. Комарова В.В. Медицинское право. Взгляд конституционалиста // Актуальные проблемы медицинского права: материалы II Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 17 - 18 апреля 2015 г.) / отв. ред. д.ю.н., проф. А.А. Мохов. М.: Издательский центр Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 2015. С. 70 - 75.
35. Постановление Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 37, 52, 135, 222, 284, 286 и 379.1 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и части четвертой статьи 28

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" в связи с жалобами граждан Ю.К. Гудковой, П.В. Штукатурова и М.А. Яшиной» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2009. № 11. Ст. 1367.

36. Постановление ЕСПЧ от 06.06.2013 Дело «Авилкина и другие (Avilkina and Others) против Российской Федерации» (жалоба № 1585/09) // Российская хроника Европейского Суда. 2014. № 1.

37. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (Заключена в г. Нью-Йорке 30.03.1961) // Собрание законодательства Российской Федерации. 2000. № 22. Ст. 2269.

38. "Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ" (заключена в г. Вене 20.12.1988) // Сборник международных договоров СССР и Российской Федерации. Вып. XLVII.- М., 1994. С. 133 – 157.

39. Определение Конституционного Суда РФ от 26.05.2016 № 1009-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Полушкина Дмитрия Геннадьевича на нарушение его конституционных прав пунктами 1 и 6 статьи 31 Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах"» // СПС «Консультант Плюс».

40. Определение Конституционного Суда РФ от 10.02.2016 N 224-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Бирюковой Татьяны Михайловны, Саблиной Елены Владимировны и Саблиной Нэлли Степановны на нарушение их конституционных прав статьей 8 Закона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека"» // СПС «КонсультантПлюс».

41. Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (ETS N 164) (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997) Документ вступил в силу 1 декабря 1999 года. Россия не участвует. // <https://www.coe.int/ru/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=164>

42. Дополнительный протокол к Конвенции по правам человека и биомедицине относительно трансплантации органов и тканей человеческого происхождения (ETS N 186) (Подписан в г. Страсбурге 24.01.2002) Документ вступил в силу 1 мая 2006 года. Россия не участвует // <https://www.coe.int/ru/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=164>

43. Постановлении Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 « 1-П «По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 14.01.2020.

УДК 614.1

**ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МЛАДШИХ
ШКОЛЬНИКОВ**

Маркушевская Елена Александровна
канд. пед. наук, доцент, доцент кафедры педагогики и психологии начального образования,

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет», г. Волгоград
emarkushevskaya@mail.ru
Мазниченко Дарья Вадимовна,
студентка факультета Дошкольного и начального образования, профиль «Управление
качеством начального образования»,
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет», г. Волгоград
d.mazni4enko@yandex.ru

Аннотация: В данной статье раскрываются педагогические аспекты формирования представлений о здоровом образе жизни среди детей младшего школьного возраста, рассмотрены основные элементы здорового образа жизни, описаны особенности формирования здорового образа жизни учащихся начальной школы.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, формирование представлений о здоровом образе жизни, санитарно-гигиенические условия

Главная задача образовательного учреждения заключается в формировании личности, которая развита нравственно, психически и физически. Однако без формирования у детей представлений о здоровом образе жизни это невозможно сделать. При поступлении ребенка в школу учебная деятельность становится ведущей. Нагрузки на детский организм на данном этапе резко возрастают во много раз. В это же время происходит формирование осанки, идет активный рост и развитие всех систем организма.

Согласно данным Минздрава, у 60% детей к окончанию школы наблюдаются нарушения органов зрения, у 30% - хронические заболевания. Количество школьников, которых можно отнести к здоровым людям составляет лишь 20-25 %. Сведения о заболеваемости детей школьного возраста являются одним из основных показателей при оценке общего состояния здоровья детей и определении мероприятий, которые должны быть направлены непосредственно на охрану здоровья и его улучшение [1, 194].

В изученной нами литературе сущность понятия «здоровье» представляется по-разному, в зависимости от критериев, определяющих основу для его выражения. В обобщенном виде данное понятие может характеризоваться как емкая система, заключающая в себе совокупность критериев, соотносимых с требованиями общей культуры человечества [2, 20].

В нашей работе под здоровым образом жизни мы будем понимать такую деятельность человека, которая повседневно способствует укреплению и улучшению общего состояния организма и его способностей, обеспечивая выполнение собственных функций вне зависимости от окружающих обстоятельств. Данная деятельность личности должна быть направлена не только на индивидуальное сохранение здоровья, но и на сохранение общественного здоровья [3, 59].

Проблема здоровья интересовала многих педагогов. С точки зрения А. С. Макаренко здоровый образ жизни является условием и результатом воспитательной работы. Здоровье ребенка он рассматривает не только как отсутствие заболевания, болезненного состояния, но и как состояние полного физического, душевного и социального благополучия [4]. Я. А. Коменский изучал вопросы формирования, сохранения и укрепления здоровья детей и подростков с позиций профилактической направленности. В своей работе «Законы хорошо организованной школы» он пишет о необходимости соблюдения санитарно-гигиенических требований к оборудованию классов, кабинетов и школы в целом, так как это способствует сохранению здоровья учащихся.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Проблема формирования ЗОЖ и укрепления здоровья детей становится приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы, стратегическая цель которой - воспитание и развитие свободной жизнелюбивой личности, обогащенной научными знаниями о природе и человеке, готовой к созидательной творческой деятельности и 16 нравственному поведению. Именно с младшего школьного возраста следует закладывать необходимые представления о нормах и правилах сохранения здоровья, которые станут основой формирования привычки вести здоровый образ жизни и в дальнейшем.

Согласно медицинским данным, лишь на 10% здоровье детей зависит от качества предоставляемых медицинских услуг, и на 50% непосредственно от самого образа жизни конкретного человека.

На формирование здорового образа жизни влияют несколько факторов: информационно-просветительская работа, СМИ; конкретные условия в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), профилактические учреждения, экологический контроль; система ценностно-смысловых установок человека, стандартизация бытового уклада в семье.

Среди основных элементов здорового образа жизни выделяют: соблюдение режима; рациональное питание; активная жизнедеятельность; закаливание организма; культурно-гигиенические мероприятия; психоэмоциональная регуляция собственного поведения; медицинская активность (профилактика заболеваний и готовность оказать элементарную медицинскую помощь).

Для младших школьников особое значение имеет соблюдение режима. Это обусловлено тем, что ребенку необходимо адаптироваться к новым условиям, которые влияют на его физическое и психологическое состояние: интенсивный темп обучения, новые правила поведения и виды деятельности, создание новых требований ко всем физиологическим системам. Нарушения режима дня приводят к серьезным отклонениям в здоровье ребенка, и прежде всего к неврозам.

Помимо режима детям младшего школьного возраста необходимо придерживаться сбалансированного питания, а также придерживаться активной жизнедеятельности. В свою очередь школа должна обеспечить всеми необходимыми санитарно-гигиеническими условиями и проводить регулярное качественное медицинское обслуживание. Именно соблюдение подобных требований позволит учащимся укрепить их здоровье и снизить уровень нагрузки на организм в целом.

Выделяют несколько компонентов, определяющих сформированность у учащихся личностной модели здоровья:

знание строение организма и основ функционирования его органов;
волевая регуляция жизни, связанная с укреплением и сохранением собственного здоровья и здоровья окружающих;
способность ребенка к поиску активного выхода из состояния предболезни или заболевания;
личностные ценностно-смысловые установки ребенка и мотивы его активной жизнедеятельности

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

В ходе исследования было проведено анкетирование «Отношение детей к ценности здоровья и здорового образа жизни», автором которого является Науменко Ю.В, и наблюдение за родителями и их детьми во время беседы о важности формирования у учащихся представлений о здоровом образе жизни.

Эксперимент показал, что:

уровень знаний детей о строении организма и функционировании его органов достаточно низкий для того, чтобы они могли иметь целостное представление о человеческом теле, их домыслы основаны лишь на чувственном опыте, их личных наблюдениях и ощущениях; фрагментарной информации, полученной от родителей или других значимых взрослых в виде замечаний или наставлений, а также из СМИ и телепередач.

выявленного уровня недостаточно для формирования у младших школьников представлений о значимости сохранения здоровья и необходимости ведения здорового образа жизни;

большинство родителей не имеют четких представлений о необходимых условиях укрепления и сохранения здорового образа жизни их детей;

На основе полученных результатов нами были сформулированы следующие рекомендации, способствующие правильному формированию здорового образа жизни младших школьников:

Создание положительного эмоционального настроя во время образовательного процесса.

Включение физкультминуток, в ходе которых обучающиеся выполняют различные упражнения для снятия утомления, и повышения умственной работоспособности.

Проведение зрительной гимнастики во время урока, так как у современных школьников нагрузка на глаза значительно больше и чаще всего их глаза отдыхают только во время сна. Поэтому необходимо расширять зрительно-пространственную активность в режиме урока.

Использование специальных педагогических приёмов, позволяющих сформировать у детей младшего школьного возраста антропологические представления и понятия: «погружение» ребёнка в конкретную познавательную проблему, из которой он самостоятельно должен найти выход.

Привлечение специализированных людей, а именно медицинских работников и учителей-предметников к процессу организации мероприятий по изучению тем связанных с человеческим организмом в начальной школе.

Предоставить родителям специальные памятки по созданию условий, способствующих формированию у детей представлений о здоровом образе жизни, укреплении и сохранении их здоровья.

Основываясь на вышесказанном, мы можем сделать вывод о том, что одной из основных задач образовательного учреждения является создание необходимых санитарно-гигиенических условий, а также наличие качественного медицинского обслуживания, способствующих формированию у детей младшего школьного возраста правильных представлений о человеческом организме, функционировании его органов и правилах соблюдения здорового образа жизни. Лишь при совместной работе педагогов и родителей по созданию благоприятных условий возможно развития здорового поколения.

Список использованных источников

1. Синягина Н.Ю. Формирование у школьников отношения к здоровью как ценности // Воспитание школьников. – 2009. – №8. – С. 16–20.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

2. Долгова Н.В. Волшебные правила здоровья // Начальная школа. – 2007. – №3. – С. 21–22.
3. Чумаков Б.Н. Основы здорового образа жизни. Курс лекций. – М.: Педагогическое общество России, 2009. – 15, 29, 69 с.
4. Гайтян, С. В. Выдающиеся педагоги о сохранении здоровья подрастающего поколения / С. В. Гайтян. — Текст : непосредственный // Образование и воспитание. — 2018. — № 5 (20). — С. 1-3. — URL: <https://moluch.ru/th/4/archive/108/3715/> (дата обращения: 05.10.2021).
5. Мокроусова Г. В. Формирование у младших школьников представлений и понятий о здоровом образе жизни // Сибирский педагогический журнал - 2007. – №6. – С. 196–201.
6. Шагапова Г.Г. Основы медицинских знаний. – Стерлитамак: Стерлитамак. гос. пед. акад., 2005. – 101, 109 с.

УДК 614.251.2

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЙСТВИЙ ПЕДИАТРА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ
НАСИЛИЯ У ДЕТЕЙ**

Московский С.Н.

заведующий кафедрой судебной медицины, правоведения; федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Российская федерация, кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: moscow-55@mail.ru

Конев В.П.

профессор кафедры судебной медицины, правоведения; федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Российская федерация, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: vpkonev@mail.ru

Штейнборн И. Г.

старший преподаватель кафедры судебной медицины, правоведения; федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Российская Федерация, e-mail: vpkonev@mail.ru;

Линник М. М.

ординатор кафедры судебной медицины, правоведения; федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Российская федерация, e-mail: slava0927kh@mail.ru

Сайдашева Э. М.

ординатор кафедры судебной медицины, правоведения; федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Российская Федерация, e-mail: elinasaydasheva@mail.ru

Третьяков А. М.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ординатор кафедры судебной медицины, правоведения; федеральное государственной образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Российская Федерация, e-mail: mark.krass.96@bk.ru

Аннотация. На сегодняшний день проблема жестокого обращения с детьми одна из самых актуальных из-за недостаточно достоверных или отсутствия таковых источников информации о частоте встречаемости подобных случаев. Также это связано с особенностями законодательной базы, где возможно уйти от ответственности вследствие примирения сторон и ввиду отсутствия объективных доказательств телесных повреждений у несовершеннолетнего гражданина. Всегда одним из самых главных очевидцев таких случаев является лечащий врач - педиатр. И именно ему необходимо знать, как отразить в медицинской документации последствия жестокого обращения с ребенком. Так же врачу важно знать необходимые инструкции для передачи информации при обнаружении явных признаков насилия у ребенка.

Ключевые слова: насилие несовершеннолетних; жестокое обращение; осмотр ребенка с телесными повреждениями.

Введение. Уголовные дела, которые возбуждаются по поводу насилия ребенка в семье, нередко прекращаются в связи с примирением сторон (согласно статье 25 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации «Прекращение уголовного дела в связи с примирением сторон») [1]. В связи с латентностью таких преступлений, по причине умалчивания несовершеннолетним о фактах насилия, отсутствует достоверная информация, отражающая частоту встречаемости этих случаев. Согласно Федеральному закону № 262 «Об обеспечении доступа к информации о деятельности судов в Российской Федерации», «не подлежат размещению в сети "Интернет" тексты судебных актов, вынесенных по делам, затрагивающим права и законные интересы несовершеннолетних». Потому отсутствует доступ к сведениям судебного делопроизводства относительно несовершеннолетних. Из чего следует, что в России нет возможности провести статистическую обработку данных о частоте насилия в семьях и о делах, в которых были бы выполнены все мероприятия по охране здоровья ребенка [2].

Кроме того, декриминализация деяний, попадающих под действие статьи 116 Уголовного кодекса Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ), согласно которой «Побои или иные насильственные действия, причинившие физическую боль, но не повлекшие последствий, наказываются обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов либо исправительными работами на срок до одного года..», привела к освобождению от уголовной ответственности лиц, причинивших телесные повреждения несовершеннолетним. Таким образом, побои, совершенные впервые, были переведены из уголовных преступлений в административные правонарушения (Федеральный закон № 8-ФЗ от 07.02.2017 "О внесении изменения в статью 116 Уголовного кодекса Российской Федерации") [3].

Из этого следует, что особую роль в выявлении жестокого обращения на ранних этапах играют специалисты учреждений здравоохранения, а именно врачи-педиатры, которые имеют возможность наблюдать несовершеннолетнего в течение длительного времени. Но как показывает практика, далеко не каждое повреждение, имеющееся на теле больного, подробно описываются. Так же такого рода повреждения не всегда полностью фиксируются в медицинской документации. Врачи, объясняют это экстренностью оказания медицинской помощи пострадав-

шему, когда, по их мнению, нецелесообразно делать детальное описание повреждений, а тем более уделять внимание таким повреждениям, которые не влияющих на клиническое течение основного заболевания или травмы [4, 5].

Неполное обследование несовершеннолетнего пациента и небрежное ведение медицинской документации, довольно часто приводят к следственным и судебным ошибкам, а также к потере доказательства. В связи с отсутствием объективной доказательной базы насилия правоохранительные органы не могут начать делопроизводство, а это значит, что ребенок остается незащищенным, и его будущее находится в опасности [6].

Целью работы сформировать алгоритм действий врача - педиатра при обнаружении у ребенка следов насилия на теле.

Результаты исследования и их обсуждение. Для опроса нами было подготовлено 200 анкет. По результатам исследования мы определили, что 89% респондентов определяют «насилие», как избиение, изнасилование, уничтожение ребенка. 90% считают насилием неспособность обеспечить ребенку медицинский уход. Половина опрошенных (50%) включают в понятие «насилие» оставление детей родителями. 46% докторов рассматривают данные формы поведения, как «насилие» по отношению к детям: физическое наказание, неспособность обеспечить ребенка питанием и жильем, неспособность предоставить эмоциональную поддержку.

49% докторов ответили утвердительно на вопрос, о том приходилось ли им осматривать на своем рабочем месте ребенка со следами насилия. При этом лишь 40% респондентов имели опыт описания телесных повреждений в медицинской документации. Знания о том, кому в первую очередь необходимо сообщить в случае, если на приеме окажется ребенок с насильственными телесными повреждениями, недостаточно высоки. Из опрошенных 57% ответили утвердительно, при этом указав разные варианты (полиция, заведующий отделения, главный врач, органы опеки и попечительства).

По мнению опрошенных, наиболее значимыми характеристиками телесных повреждений, которые необходимо фиксировать в медицинской документации являются: характер (98%), форма (92%), размер (96%), локализация (97%), состояние краев, дна (93%), признаки заживления (92%). На отсутствие специальной подготовки по данной проблеме у докторов указывает 100% респондентов.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что врачи, работающие с детьми, не могут определить ситуацию насилия над ребенком, и лишены специальных знаний об этой проблеме. А ведь от действий медицинских работников нередко зависит будущее ребенка, а именно возможность привлечь законных представителей несовершеннолетних к ответственности. Поэтому, для повышения эффективности оказываемой помощи несовершеннолетним гражданам, пострадавшим от жестокого обращения или подвергшихся насилию, мы рекомендуем врачам использовать специальный диагностический комплекс, включающий в себя следующие методики опроса и осмотра [5].

При проведении клинического осмотра ребенка следует оценить: своевременность обращения родителей за медицинской помощью в случае травм или дискомфорта у детей [7]. При сборе информации о характере повреждений, травм, заболевания ребенка важно отметить, если родители не способны четко объяснить причину, время и место их возникновения. При консультировании необходимо установить наличие следующих факторов риска: есть ли алкогольная или наркотическая зависимость у родителей, близких родственников, проживающих вме-

сте; психические заболевания у ребенка и родителей / законных представителей; социальную изоляцию семьи; юный возраст матери или отца.

Во время проведения осмотра следует обращать внимание на особенности поведения ребенка: гиперактивность, общительность, апатичность, замкнутость, агрессивность, нервозность, боязнь взрослых, избегание физического контакта с врачом, заикание, энурез, энкопрез и его внешний вид (санитарно-гигиеническая запущенность, несоответствующая сезону одежда, неопрятность).

Так же стоит отметить наличие признаков задержки развития у ребенка, недостаточной или избыточной массы тела, состояние кожи, зубов, волос и ногтей. Особого внимания врача требуют подозрительные травмы, физические повреждения на теле ребенка. К ним относятся: большое количество синяков, ссадин, царапин; порезов, кровоизлияний на теле; черепно-мозговые травмы; переломы на различных стадиях заживления; повреждения в области лица, головы, шеи, груди; повреждения (шрамы) половых органов или заднего прохода; шрамы, особенно на внутренних поверхностях плеч и бедер, следы от ремня, укусов, ожоги. При более детальном исследовании можно обнаружить повреждения губ, раны слизистой оболочки щёк, твердого и мягкого нёба, разрывы короткой уздечки – симптомы принудительного кормления ребенка. Также одним из признаков опасного физического насилия в отношении грудных детей является кровоизлияние в сетчатку глаза. Это происходит при крайних отклонениях головы ребенка, когда родители резко встряхивают плачущего, чтобы «успокоить».

Повреждения мягких тканей головы, участки травматической алопеции, выбитые или расшатанные зубы, припухлость, болезненность, деформации суставов, – все это требует тщательной проверки [5].

Относительно каждого из повреждений, при описании их в медицинской документации, врачу следует указывать вид повреждения (рана, ссадина, перелом и т. д.), локализацию, направление, форму, цвет, размеры, специфические наложения и загрязнения.

Важно помнить, что при повреждении внутренних органов могут отсутствовать внешние повреждения. Именно поэтому при подозрении о жестоком обращении с ребенком важно проведение дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования. С их помощью можно обнаружить и/или подтвердить разрывы и повреждения внутренних органов, скопление крови в полостях, переломы костей, повреждение головного мозга, внутричерепные гематомы, заболевания, передающиеся половым путем, инфекции мочевыводящих путей и т. д.

Еще одной проективной методикой, которую мы также предлагаем в качестве инструмента своевременного оказания помощи пострадавшим несовершеннолетним, служит алгоритм передачи информации при выявлении следов насилия на теле ребенка. В первую очередь проводится оценка состояния жертвы, все данные фиксируются в медицинской карте с описанием каждого повреждения. Далее необходимо предоставить служебную записку руководителю учреждения здравоохранения о выявленном случае жестокого обращения с ребенком. Руководитель учреждения здравоохранения незамедлительно по телефону (далее в письменной форме) должен направить информацию в правоохранительные органы, в органы опеки и попечительства и территориальную комиссию по делам несовершеннолетних [8]. В это же время доктор принимает меры по госпитализации ребенка. По окончании лечения рекомендуется проведение медико-реабилитационных мероприятий.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Заключение. Проанализировав все результаты исследования, мы пришли к выводу, что существует необходимость для создания единого регламентированного алгоритма действий медицинских работников, который включал бы в себя основные этапы обследования детей, правила фиксации телесных повреждений в медицинской документации и порядок передачи информации при выявлении следов насилия на теле ребенка. На территории Российской Федерации таковой отсутствует. Введение такой меры позволило бы работникам здравоохранения своевременно оповещать правоохранительные органы, социальные службы, и совместно с междисциплинарной командой специалистов вовремя вмешаться в процесс насилия в семье на ранних стадиях, для предотвращения необратимых последствий.

Список использованных источников

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации. – Москва: ИКФ «ЭКСМО», 2017 г. – 480 с.
2. Е.Н. Волкова, И.В. Волкова, О.М. Исаева. Оценка распространенности насилия над детьми. Социальная психология и общество. – 2016. – №2 (Т. 7). – С. 19–34. doi:10.17759/sps.2016070202.
3. В. Н. Соколов, Д. С. Свиных. Декриминализация части 1 статьи 116 Уголовного Кодекса Российской Федерации как способ гуманизации уголовного законодательства. Вестник Белгородского Юридического Института МВД России. – 2017. – № 1. – С. 10–12.
4. Филимонов И. А. Некоторые криминологические аспекты жестокого обращения с детьми. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: экономика и право. -2021. -№02. -С. 127-129 DOI 10.37882/2223-2974.2021.02.24.
5. Л. М. Курзин, А. А. Ефимов, Е. Н. Лазарева. Синдром жестокого обращения с ребенком. Судебно-медицинские аспекты. Вестник Тамбовского Государственного Университета. – 2014. – Т. 19, выпуск 2. – С. 753–757.
6. Цымбал Е. И. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия: учеб. пособие. – Москва: РБФ НАН, 2007. – 272 с.
7. Т.С. Павлова. Жестокое обращение с ребенком. Тенденции развития науки и образования. 2018. <https://doi.org/10.18411/lj-12-2018-106>
8. Афонькин Г.П. Современные проблемы правового обеспечения уголовной ответственности за семейное (домашнее) насилие в России. Полицейская и следственная деятельность. – 2013. – № 3. – С. 56 - 74. DOI: 10.7256/2306-4218.2013.3.8912 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=8912.

УДК: 614.2

**ПРОБЛЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОРФАННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Матурина А.И.,
магистрант направления менеджмент ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет»
e-mail: anna.maturina@gmail.com

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Соболева С.Ю.,

заведующий кафедрой экономики и менеджмента ФГБОУ ВО «Волгоградский
государственный медицинский университет», кандидат экономических наук, доцент
e-mail: svetlaso@mail.ru

На сегодняшний день очень актуален вопрос лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями. Согласно статистике, орфанные заболевания есть примерно у трех млн жителей России — это порядка 2% населения.

Редкие заболевания, орфанные заболевания (англ. rare disease, orphan disease) — заболевания, затрагивающие небольшую часть популяции. Для стимуляции их исследований и создания лекарств для них обычно требуется поддержка со стороны государства. [1]

СМА возникает из-за мутации гена SMN1, которая приводит к нарушению работы двигательных нейронов спинного мозга - особых клеток, которые отвечают за передачу сигнала от нервной системы к мышцам. В результате развивается нарастающая мышечная слабость конечностей. Из-за того, что мышцы теряют связь с нервными клетками, происходит гипотрофия мышц (то есть теряется мышечная масса). Кроме того, заболевание также характеризуется скелетными нарушениями (сколиозом, деформациями грудной клетки), из-за ограничения подвижности суставов развиваются контрактуры, постепенно развивается дыхательная недостаточность. Интеллект при СМА остается полностью сохранным и развивается так же, как у здоровых людей [2].

Определение орфанного заболевания появилось в законодательстве Российской Федерации только в 2011 г. Согласно поправкам, к Федеральному закону №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», редкими (орфанными) являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев на 100 тыс. населения [3]. В перечне орфанных заболеваний на территории Российской Федерации сейчас зарегистрировано 269 нозологий (перечень орфанных заболеваний от 23.06.2021 г.) [4]. Финансирование закупок необходимых лекарственных средств для большинства представленных в перечне нозологий, возлагается на региональный бюджет субъекта РФ, в котором зарегистрирован пациент, имеющий орфанное заболевание.

Зачастую в средствах массовой информации мы наблюдаем «истории» людей, которые столкнулись с невозможностью получения лекарственного обеспечения от государства и отчаялись на шанс приобретения дорогостоящего препарата за счет собственных средств. Данная категория граждан РФ вынуждена обратиться за финансовой помощью к «Обществу» в покупке жизненно необходимых препаратов. Есть множество благотворительных фондов, которые помогают в финансировании, но не всем в силах они помочь. Возможности для проведения процедуры закупки лекарственных средств есть. Когда закупка лекарственных препаратов по 44-ФЗ производится для нужд определенного пациента. Каждая такая сделка должна быть обоснована соответствующими медицинскими документами: заключение врачебной комиссии, в котором имеются назначения медикаментов (по их торговым наименованиям) в соответствии с диагнозом и анамнезом; запись в журнале комиссии. После этого закупка включается в план-график, а по итогам подписания договора – в реестр контрактов. Количество лекарственных препаратов приобретается в соответствии с медицинскими назначениями на период лечения.

Проблему лекарственного обеспечения редких нозологий мы рассмотрим на примере спинальной мышечная атрофия (группа наследственных заболеваний, протекающих с поражением / потерей двигательных нейронов передних рогов спинного мозга. Для спинальных (их причина находится в спинном мозге) мышечных атрофий характерно нарушение работы

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

поперечнополосатой мускулатуры ног, а также головы и шеи. У больных отмечаются нарушения произвольных движений — ползания младенцев, ходьбы, удержания головы, глотания. Мышцы рук обычно не страдают. Для спинальных амиотрофий характерно сохранение чувствительности, а также отсутствие задержки психического развития. Лишь 50% детей доживают до двух лет. Статистика очень печальна. На начало января 2021 года в реестре фонда «Семьи СМА» было зарегистрировано 1 070 человек со СМА, из них 840 – дети. На сегодняшний день существует несколько препаратов для лечения СМА: «Эврисди» стало вторым лекарством из трех существующих в мире для лечения СМА, зарегистрированным в России. Первый препарат — «Спинраза» (нусинерсен) от Biogen получил регистрационное удостоверение в августе 2019 года, а в августе этого года комиссия Минздрава по формированию перечней лекарственных средств одобрила включение его в список жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов, в результате чего он сможет закупаться госзаказчиками для бесплатного обеспечения больных. Еще один препарат для лечения СМА — «Золгенсма» — принадлежит Novartis. Компания подала заявку на его регистрацию в России в июле 2020 года. В отличие от «Спинразы» и «Золгенсмы», водимых инъекционно, «Эврисди» применяется перорально. По данным отраслевого издания Vademecum, средняя цена упаковки «Спинразы» по данным проведенных госзакупок обходится в 7,9 млн рублей, годовой курс "Спинразы" в первый год стоит около 47 млн рублей на человека, в последующие годы - вдвое меньше. Стоимость инъекции «Золгенсмы» на зарубежных рынках составляет более \$2,1 млн (вводится однократно). Цена «Эврисди» применяется в жидкой форме один раз в сутки перорально, при необходимости, через зонд для энтерального питания ежедневно. Цена препарата около 690 000 руб. [5, 6]. На территории Российской Федерации сегодня зарегистрированы препараты «Спинраза» и «Эврисди», это говорит о том, что только они могут быть закуплены согласно 44 ФЗ. Но в связи с дороговизной не могут быть закуплены за счет региональных средств. И чаще всего пациент с таким диагнозом обречён на гибель.

Единственным способом законного получения лекарств является обращение в суд. Сейчас существует несколько благотворительных фондов, которые стараются помочь в лечении таким пациентам. Самым крупным является «Семьи СМА», который помимо помощи в закупке лекарственных средств старается вести реестр пациентов со спинальной мышечной атрофией.

В феврале 2021 года Министерство здравоохранения РФ начало активно прорабатывать вопрос об лекарственном обеспечении пациентов с диагнозом СМА за счет федерального бюджета, что, по мнению руководителя фонда «Семьи СМА», позволит решить сразу несколько проблем людей, столкнувшихся с этим заболеванием [7].

Основной причиной данных ситуаций является обширные бюрократические нормы, которые я привела выше. Необходимо пересмотреть финансирование как на федеральном, так и местном уровнях, а также упрощенную процедуру внесения в реестр (изменение, дополнение, корректировка), ведомственных приказов и постановлений группы пациентов с жизнеугрожающими диагнозами. Наиболее важной задачей является перевод финансирования с регионального на федеральный бюджет на закупку дорогостоящих препаратов. Благодаря этому удастся снизить закупочную стоимость, сформировать запас лекарственных средств и, следовательно, начинать терапию на самых ранних стадиях развития болезни, в том числе в наиболее эффективный период - еще до появления первых симптомов. Ведь часто нагрузка на региональный бюджет колоссальна, так как потребность в обеспечении лекарственными средствами намного больше, чем может позволить себе регион.

Хотелось бы обратить внимание на возможность реального получения лекарственных средств, которые так необходимы, изложенной выше категории пациентов. Ведь согласно Конституции нашего государства: человек, его права и свободы являются высшей ценностью.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Список использованных источников

1. Орфанные заболевания [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://orphanpeople.ru/orfannye-zabolevaniya/> (дата обращения: 20.10.2021 г.)
2. Спинальная мышечная атрофия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.neurology.ru/simptomu-i-zabolevaniya/spinalnaya-myshechnaya-atrofiya> (дата обращения: 20.10.2021 г.)
3. Особенности организации обеспечения лекарственными препаратами для лечения орфанных заболеваний в Российской Федерации [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditsina/2020/1/1230549482020011015> (дата обращения: 20.10.2021 г.)
4. Перечень редких (орфанных) заболеваний [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [<https://minzdrav.gov.ru/documents/9641-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>] (дата обращения: 20.10.2021 г.)
5. «В России зарегистрирован второй препарат для лечения СМА» Ведомости. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.vedomosti.ru/society/news/2020/11/30/848865-v-rossii-zaregistririvan-vtoroi-preparat-dlya-lecheniya-sma> (дата обращения: 20.10.2021 г.)
6. Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/opendata/7707778246gosreestrpredelnyhotpusknyhcn/visual> (дата обращения: 20.10.2021 г.)
7. V Конференция СМА. Подведение итогов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://f.sma.ru/smaconference/konf-2020/> (дата обращения: 20.10.2021 г.)

УДК 614.2

**АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И
КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Овчинникова А.В.

магистрант направления подготовки «Менеджмент», Россия, Волгоградский государственный медицинский университет, ovchinnikova-aleksandra@inbox.ru

Косинова Н.Н.

д.э.н., профессор кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ

Введение. Актуальность проблемы исследования вызвана необходимостью разрешения взаимоисключающих явлений:

- между необходимостью эффективно оказывать медицинскую помощь и ограниченностью ресурсов;
- между существующим влиянием процесса оказания медицинской помощи на дальнейшую эффективность деятельности медицинской организации и недостаточной разработкой необходимого инструментария по расчету эффективности.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Цель исследования - изучить нормативное регулирование качества и безопасности медицинской помощи и выявить проблемы оценки эффективности оказания медицинской помощи;

Материалы и методы. Теоретические – изучение литературы, документов; Эмпирические – наблюдение, анализ, использование опыта работы в медицинской организации.

Результаты и их обсуждение. За последние 20-30 лет в системе здравоохранения Российской Федерации происходят значительные изменения, одно из наиболее важных новшеств – это переход на обязательное медицинское страхование (далее – ОМС).

Это поспособствовало ускорению активизации рыночных регуляторов в процессе работы медицинских организаций. В результате существенно расширились возможности привлечения новых источников финансирования медицинской организации за счет оказания платных медицинских услуг.

Это привело к переходу на конкурентные отношения между медицинскими организациями, появились возможности свободной предпринимательской деятельности в государственном секторе здравоохранения.

На протяжении многих веков развития как зарубежного, так и отечественного здравоохранения качество медицинской помощи оставалось актуальной и сложной проблемой, решение которой определялось соответственно проводимой в каждой стране политике в организации медицинской помощи населению [1].

Для определения качества предоставленной медицинской помощи необходимо учитывать четыре основных компонента: рациональность и оптимальность использования ресурсов, уровень риска заболеваний и травм в результате медицинского вмешательства, соблюдение медицинских технологий и рекомендаций (выполнение врачебного процесса), степень удовлетворения пациента медицинским обслуживанием. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 2 показывает следующее определение: качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, которые отражают оперативность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения, диагностики, реабилитации и профилактики при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [2].

Для оценки качества медицинской помощи используется многоуровневая система индикаторов и целевых критериев.

В современных реалиях законодательства по здравоохранению можно выделить четыре уровня оценки эффективности: Федеральный уровень. Система оценок эффективности системы здравоохранения отражена в разделе VIII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 № 932 (далее – Программа государственных гарантий).

Однако данный раздел устанавливает только показатели доступности и качества медицинской помощи без индикаторов. Эта проблема решена в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 № 294.

В Программе государственных гарантий и Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» полный перечень показателей по определению эффективности здравоохранения не совпадает, отсутствуют целевые индикаторы эффективности, что приводит к исключению целеполагания и не позволяет оценить в равной степени как экономическую эффективность здравоохранения, так и медицинскую результативность [3].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Региональный уровень. Показатели согласно перечню, полностью соответствуют Программе государственных гарантий, которая утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации. Индикаторы данных показателей отражают в среднесрочной (3 года) перспективе целеполагание органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Независимый мониторинг оценки качества в субъекте Российской Федерации производит орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, осуществляющий функции и полномочия учредителя организаций. Анализ перечня целевых показателей свидетельствует о том, что они отражают, как правило, удовлетворенность пациента и доступность медицинской помощи. Одновременно с тем, в них отсутствуют показатели и индикаторы, отражающие медицинскую результативность и экономическую эффективность [4].

Для проведения независимой оценки качества медицинских организаций в амбулаторных и стационарных условиях приказом Минздрава России № 810а необходимо использовать показатели качества работы медицинских организаций, характеризующие [5]:

- 1) комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья;
- 2) время ожидания в очереди при получении медицинской услуги;
- 3) доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации;
- 5) удовлетворенность качеством предоставления обслуживания в медицинской организации.

Проблематика оценки медицинских результатов частично решается Приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников»).

Согласно этому приказу к целевым показателям оценки деятельности и квалификации врача относятся [6]:

- 1) соблюдение норм деонтологии, а также медицинской этики;
- 2) процент осложнений (соотношение количества пациентов с осложнением от общего количества пациентов);
- 3) обоснованные обращения и жалобы пациентов (рассматриваются врачебной комиссией);
- 4) расхождение патологоанатомических и клинических диагнозов;
- 5) ошибки и качество в оформлении медицинских карт и общего документооборота.

Также, согласно данному приказу, целевыми показателями оценки эффективности деятельности среднего медицинского персонала стационара являются [7]:

- 1) соблюдение санитарно-эпидемиологического режима;
- 2) качество и оперативность выполнения назначений врача;
- 3) соблюдение правил получения учета и хранения расходных материалов, средств индивидуальной защиты, а также расходных материалов;
- 4) соблюдение норм деонтологии и медицинской этики.

Территориальные программы госгарантий, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», а также отраслевые нормативно-правовые акты не содержат показателей, отражающих эффективность рационального использования ресурсов

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

или экономическую эффективность, как системы здравоохранения в целом, так и медицинских организаций.

На уровне медицинских организаций отсутствуют целевые индикаторы, а также показатели, которые отражают результаты работы структурных подразделений, в которых работает основной, обслуживающий и вспомогательный персонал.

Критерии, показывающие эффективность предоставления помощи и деятельности амбулаторно-поликлинической помощи[8]:

- удельный вес эффективно законченных случаев (в процентах);
- полнота охвата населения диспансерным наблюдением (в процентах);
- количество посещений на одного жителя обслуживаемого региона (абс.);
- активность домашних посещений (в процентах);
- охват населения от плана, осмотренного с целью выявления заболевания (туберкулез, новообразования и др.) (в %);
- полнота охвата профилактических осмотров населения (в процентах);
- своевременность взятия больных на диспансерный учет;
- число случаев временно переведенных больных на инвалидность;
- отсутствие обоснованных обращений и жалоб пациентов.

Критерии, показывающие эффективность предоставления помощи и деятельности в условиях хирургического стационара [9]:

- летальность случаев (в процентах);
- случаи осложнения (в процентах);
- хирургическая активность (в процентах).
- соответствие патологоанатомического и клинического диагнозов (в процентах);
- удельный вес благоприятно законченных случаев (в процентах);
- отсутствие обоснованных жалоб и обращений пациентов.

Критерии, которые отражают эффективность деятельности врача[10]:

- отсутствие замечаний нарушения трудовой дисциплины;
- исполнение распоряжений и приказов, которые регламентируют лечебно-диагностический процесс;
- отсутствие обоснованных обращений и жалоб пациентов;
- отсутствие замечаний по документообороту;
- соблюдение критериев санитарно-эпидемиологического режима.

Критерии, показывающие эффективность работы медицинской сестры[11]:

- соблюдение технологии выполнения манипуляций в соответствии с клиническими рекомендациями.
- оперативность исполнения врачебных назначений;
- оперативная подготовка пациентов к различным видам исследований;
- соблюдение норм и правил санитарно-эпидемиологического режима;
- отсутствие замечаний по заполнению историй болезни и ведения документооборота;
- хранение, использование и учет лекарственных средств, предметов медицинского назначения, средств индивидуальной защиты;
- соблюдение медицинским персоналом техники безопасности;
- соблюдение правил деонтологии и этики.

Выводы.

В результате анализа нормативно-правовых актов, которые регламентируют работу медицинских учреждений и их деятельность, было выявлено отсутствие многоуровневой интегрированной системы критериев и показателей, их индикаторов, которые позволяют оценить

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

экономическую эффективность медицинской организации, ее различных структурных подразделений и отдельного работника, а также системы здравоохранения в целом. Все это не позволяет провести правильную и полноценную экспертизу качества оказываемых медицинских услуг.

Список использованных источников

1. Актуальные вопросы экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации / М.А. Шишов // Заместитель главного врача. – 2018. – № 8. – С. 30–36.
2. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи / М.А. Шишов // Медицинское право. – 2016. – № 2. – С. 27–32.
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. – Режим доступа: www.garant.ru.
4. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 03.12.2011 г.). – Режим доступа: www.garant.ru.
5. Особенности системы оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на примере рака пищевода / Д.О. Мешков, Л.Ю. Безмельницына, Т.Д. Макаренко, М.Г. Спасенникова // *Baikal Research Journal*. – 2020. – Т. 11. – № 1.
6. Основные составляющие обеспечения качества медицинской помощи в медицинской организации / В.А. Трешутин // *Здравоохранение*. – 2018. – № 7. – С. 80–85.
7. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения / А.И. Вялков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 104 с.
8. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с.
9. Подходы к оценке качества и эффективности бюджетных расходов стационара в системе оказания медицинской помощи / С.А. Мартынич, Р.С. Осокин, О.В. Соколова // *Экономика здравоохранения*. – 2017. – № 2. – С. 19–25.
10. Требование законодательства об обязательности соблюдения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи / О.Ю. Александрова // *Здравоохранение*. – 2018. – № 3. – С. 40–46.
11. Управление очередью задач в системе менеджмента качества медицинской помощи при хронической обструктивной болезни легких / А.М. Харисов, Е.А. Берсенева, А.В. Березников, М.Д. Ефимов, С.О. Шкитин, Б.А. Спасенников, Я.Б. Скиба // *Baikal Research Journal*. – 2020. – Т. 11. – № 1.

УДК 342.72/73

**КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ И ПРАВОВОЙ СТАТУС ЭМБРИОНА
ПО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ РЕСПУБЛИКИ АБХАЗИЯ**

Пилия Д.Э.

заместитель Председателя Конституционного Суда Республики Абхазия,
заместитель Директора по науке Института экономики и права АНА, член Координационного совета Международного союза юристов, доцент кафедры государства и права Абхазского государственного университета, кандидат юридических наук, piliyad@mail.ru

Внимание к семейным ценностям в реализации мер по защите и укреплению семьи на современном этапе развития человечества обусловлено множеством факторов. В настоящее

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

время в Республике Абхазия, Российской Федерации и в мире происходят законодательные процессы, затрагивающие права на защиту жизни матери и нерожденного ребенка. Анализ абхазского, российского и зарубежного законодательства позволяет выявить некоторые сходные и отличительные нормы по особенностям дальнейшего изучения вопросов защиты жизни матери и нерожденного ребенка.

Понятие эмбриона в биологии и праве имеет определённое значение. В биологической науке исходя из срока беременности женщины: проэмбрион, эмбрион, плод [1]. То есть как часть человеческой ткани или как плод, который может жить вне материнского организма. Правовое понятие эмбриона – это организм с момента оплодотворения до момента его рождения.

Правовой статус эмбриона закреплён в законодательстве Республики Абхазия. В соответствии со статьей 13 Конституции Республики Абхазия естественными правами и свободами человека являются: право на жизнь, свободу, неприкосновенность, частную собственность и статья 13.1. Конституции, (введена Конституционным законом Республики Абхазия о поправке к Конституции Республики Абхазия от 29.03.2016 N 4067-с-V) согласно которой Республика Абхазия признает ценность и неприкосновенность семейной жизни, принимает меры по защите и укреплению семьи как основного и независимого института. Государство в равной степени защищает жизнь матери и нерожденного ребенка [2].

Народным Собранием – Парламентом Республики Абхазия принят Закон Республики Абхазия «О здравоохранении», согласно части 5 статьи 40 которого государство признает право на жизнь нерожденного ребенка с момента зачатия и запрещает искусственное прерывание беременности, исключая случаи внутриутробной смерти плода.

Анализ законодательства, посвященный изучению конституционного права на жизнь эмбриона, нерождённого ребёнка, показал наличие двух направлений проблемы.

- первое направление, абсолютное право на жизнь и защита жизни матери и нерождённого ребёнка. «Государство признает право на жизнь нерожденного ребенка с момента зачатия» [3];

- второе, это запрет на аборт, запрет на искусственное прерывание беременности» [4].

При этом, гласит та же статья Закона о здравоохранении, принимая во внимание равное право на жизнь матери и ребенка, государство защищает и отстаивает это право.

Конституционное законодательство берет свои истоки в Конституции Республики Абхазия и конечно основным посылом к развитию может служить статья 13.1 Конституции Республики Абхазия (далее – КРА) признает ценность и неприкосновенность семейной жизни, принимает меры по защите и укреплению семьи как основного и независимого института. Государство в равной степени защищает жизнь матери и нерожденного ребенка. Согласно статье 35 КРА ни один закон, отменяющий или ущемляющий права и свободы человека, не может быть принят или издан в Республике Абхазия.

При этом закрепление прав граждан по Конституции предусматривает отдельные ограничения прав и свобод могут вводиться только конституционными законами при необходимости защиты конституционного строя, обеспечение безопасности и общественного порядка, охраны здоровья и нравственности, а также в случаях стихийных бедствий или военного положения. Нормы конституционной защиты жизни нерожденного ребёнка получают своё развитие в законодательстве.

Высшей ценностью, согласно Конституции Республики Абхазия, является признание прав и свобод человека и гражданина. Именно права и свободы человека и гражданина определяют смысл, содержание и применение конституционных законов и законов, деятельность за-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

конодательной, исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечивается правосудием.

Обратимся к нормативно-правовым актам, определяющим правовой статус эмбриона. Международно-правовые акты (ст. 6 Всеобщей декларации прав человека [5] и ст. 16 Международного пакта о гражданских и политических правах [6]) по этому вопросу не конкретны. В них закрепляется лишь принцип: «Каждый человек, где бы он ни находился, имеет право на признание его правосубъектности», а не положения о праве эмбриона на признание его правосубъектности. Региональные международные документы содержат практически идентичные формулировки (Конвенция о защите прав и основных свобод 1950г., Конвенция Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человека 1995г.). Исключение составляет Американская конвенция о правах человека, в ст. 4 которой указывается: «Это право защищается законом, как правило, с момента зачатия». В этом случае применительно к одному из прав человека, праву на жизнь, можно говорить об ином моменте его возникновения, отличающемся от общего порядка.

Конституции и основные законы зарубежных стран также по-разному подходят к вопросу признания эмбриона в качестве субъекта права. Так, Конституция Швейцарии в ст. 119 относит эмбрионы к зачаточным и генетическим средствам человека. Однако, есть и другие примеры, например, Конституция Словацкой Республики (ст.15) и Конституция Ирландии (ст.40) признают «право на жизнь нерожденного».

Судебная практика Европейского суда по правам человека [7] не признает за эмбрионом наличие юридических характеристик, свойственных физическим лицам.

Существуют международно-правовые акты, направленные на установление обязательств по защите эмбриона, что не тождественно признанию правосубъектности человека с момента зачатия.

Рассмотрим правовые акты другого содержания. Декларация прав ребенка от 20 ноября 1959г. в преамбуле закрепляет: «Ребенок ввиду его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». Аналогичную формулировку использует и Конвенция о правах ребенка 1989г. в своей преамбуле.

Право на жизнь – важнейшее конституционное право. Применительно к различным странам можно говорить о различном подходе и реализации права эмбриона на комплекс прав - право на жизнь, право на признание его правосубъектности.

- Данная норма определяет одно из направлений правового статуса нерождённого ребёнка;
- Если говорить о проблеме прав статуса эмбриона, то некоторые авторы предлагают два подхода понимания проблемы:
 - эмбрион, как субъект правоотношений, который подлежит защите, начало человеческой жизни;
 - эмбрион как объект права, имеющий специфический характер.

Абхазское законодательство движется в направлении понимания государственной защиты, как жизни матери, так и в равной степени нерожденного ребёнка. Весь комплекс прав и свобод согласно статье 12 Конституции Республики Абхазия принадлежит человеку от рождения. Согласно статье 13.1 КРА государство в равной степени защищает жизнь матери и нерожденного ребенка.

Сравнительно-правовой анализ зарубежного законодательства обнаруживает наличие в нем норм, регламентирующих право человека на жизнь, охрану жизни, гарантии права на жизнь нерожденного ребенка. Данные правовые возможности закреплены в Конституции Сло-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

вацкой Республики, Гватемалы, Чили, Ирландии, Филиппин и Польши. Это различные правовые режимы по защите жизни до рождения, в соответствии с которыми каждый имеет право на жизнь. Человеческая жизнь достойна охраны еще до рождения. Никто не может быть лишен жизни.

Часть 3 статьи 40 Конституции Ирландии признает право на жизнь нерожденного и, имея в виду равное право на жизнь матери, гарантирует в своих законах уважение и, насколько это возможно, защищает и поддерживает своими законами это право.

Согласно статье 4 Американской конвенции о правах человека каждый человек имеет право на уважение к его жизни. Это право охраняется законом и в целом с момента зачатия. Никто не может быть произвольно лишен жизни.

Моментом исчисления права на жизнь нерожденного ребёнка считается, как правило, момент зачатия. Конституционное право на жизнь возникает в момент создания эмбриона, что отличается от общего порядка возникновения права на жизнь. Акты, принятые в Республике Абхазия направлены на установление государственной обязанности по защите эмбриона. В развитие законодательства принят Закон Республики Абхазия «О здравоохранении», гарантирующий право на жизнь нерожденного ребенка с момента зачатия и запрещает искусственное прерывание беременности, при этом принимая во внимание равное право на жизнь матери и ребенка, государство защищает и отстаивает это право.

Российские исследователи, опираясь на достижения медицинской науки, доказывают, что нерожденный ребёнок (эмбрион) обладает многими физическими показателями отдельного человека, имеет свой биологический код и на определённом этапе может быть телесно самостоятельным. Несомненно, что нерожденный ребёнок нуждается в правовой защите жизни еще в утробе матери. Закрепление в Конституции Республики Абхазия положения о том, что естественное право на жизнь, защита жизни матери и нерожденного ребенка является приоритетом и пониманием, что человеческая жизнь достойна прав, защиты и охраны с момента зачатия, рождения и до последнего дня жизни.

Список использованных источников

1. Белобрагина Н. А. Правовой статус эмбриона. Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. 2013. №1-2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovoy-status-embriona> (дата обращения: 11.10.2021).
2. Закон Республики Абхазия «О здравоохранении» от 29 января 2016 года. [Электронный ресурс].-Режим доступа:<http://presidentofabkhazia.org/upload/iblock/c55/14-%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%20%D0%A0%D0%90%20%D0%9E%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B8.pdf> (дата обращения: 14.10.2021).
3. Конституция Республики Абхазия принята на сессии Верховного Совета Республики Абхазия 12-го созыва 26 ноября 1994 г., одобрена всенародным голосованием 3 октября 1999 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://presidentofabkhazia.org/upload/iblock/472/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%83%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%A0%D0%90%20%D0%B2%20%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8%202017%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82%D0%B0.pdf> (дата обращения: 14.10.2021).
4. Уголовный кодекс Республики Абхазия 10 января 2007 года Принят Народным Собранием-Парламентом Республики Абхазия 28 декабря 2006 года. [Электронный ресурс]. -

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Режим доступа: http://abkhazia-pmr.org/files/legislation/ug_kodeks.pdf (дата обращения: 14.10.2021).

5. Всеобщая декларация прав человека" (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948). [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805/ (дата обращения: 14.10.2021).

6. Международнѳй пакт о граждaнских и политических правах — пакт Организации Объединѳнных Наций, основанный на Всеобщей декларации прав человека. Принят 16 декабря 1966 года, вступил в силу 23 марта 1976 года. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1901157> (дата обращения: 14.10.2021).

7. Решение № 8416/78 Европейский суд по правам человека [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-74270&filename=001-74270.pdf> (дата обращения: 14.10.2021).

УДК 340.15

**ДӘРІГЕРЛЕР МЕН ЕМШІЛЕРДІҢ ҚҰҚЫҚТЫҚ ЖАУАПКЕРШІЛІГІНІҢ
ҚАЛЫПТАСУ ТАРИХЫ**

Смагулова А.С.

заң ғылымдарының кандидаты, Қ.Жұбанов атындағы Ақтөбе өңірлік университетінің
доценті,

Смагулов А.А.

заң ғылымдарының кандидаты, Қ.Жұбанов атындағы Ақтөбе өңірлік университеті

Дүниедегі ең қымбат құндылық ол адам оның өмірі мен денсаулығы. Сондықтан қандай қоғамның болмасын ең өзекті мәселесі болып адамның өмірі мен денсаулығын сақтау есептелетіндігін ғылыми әдебиеттер, ежелгі құқықтық мұралардан көреміз. Ежелгі заманнан-ақ адам өмірінің арашасысы, деп саналатын емшілермен дәрігерлерге қоғам мүшелері сенім мен үміт артып, жаратушыдан кейінгі тұлға ретінде қараған. Әсіресе науқастанған адам үшін білікті дәрігер ең құдіретті күш ретінде танылады.

Міне, осындай сенімге ие болған дәрігердің ауруды қарап, емдеуіне жауапкершілікпен, адамгершілікпен, моральдік тұрғыдан мейрімділікпен қарауында талап ете білген. Бұл дәрігердің маман ретінде қызметін адал, ұқыпты, тиісті дәрежеде орындауын талап етті. Ол әр қоғамның, әрбір елдің тарихына сәйкес қабылданған құқықтық нормалары, заңдарында көрініс тауып отырды. Яғни дәрігер мен емшілердің аурумен өзара қарым-қатынасы, өзара сенімі, емдеудің нәтижесі медицина ғылымымен заң ғылымының өзара тығыз байланысты екендігін көрсетеді. Бұл дәрігерлер үшін құқықтық жауапкершіліктің бар екендігін танытып, тәртіпке шақырды. Дәрігердің емдеу барысында жіберген қателіктерінің нәтижесі қайта қалпына келмейтін, түзетілмейтін жағдайларға әкеліп соғуы мүмкін. Олардың қатарына адамның кемтар, мүгедек болып қалуы, әрекетке қабілетінен айрылуы, тіпті өліп кету жағдайлары да болатыны белгілі. Сондықтан ежелгі дәуірлердің өзінде қоғам қалыптасып, бірқатар дамыған елдерде сол қоғамды басқаруға арналып қабылданған қандай да бір құқықтық нормалар жүйесінде, бұл мәселе ескеріліп отырды. Осылайша адам өміріне жауапкершілік біршама жүйеленіп,

элеуметтік нормалар: мораль, этика, діни жолдармен және заң арқылы реттеліп қоғалып отырады. Міне осындай заңды түрде дәрігер жауапкершілігін қарастырып, заңға енгізіп қалдырған Вавилон мемлекетінде біздің дәуірге дейін билеушісі болған Хаммурапи патшаның тұсында қабылданған 282 баптан тұратын заңдар жинағының 215, 216, 217, 220 баптарында дәрігерлердің құқықтық жауапкершіліктері туралы былайша қарастырылады: «Егер дәрігер қола пышақпен оның көзінің ағын алып, көзін емдесе онда дәрігер 10 сикльдей күміс алуы тиіс» [1, 348 б.]. Осылай дәрігерлердің жасаған емінің нәтижесі төленген ақыға сәйкес болу керектігін, дәрігерлердің жауапкершілігін айқындай түседі. Ал осы заңның 216 бабында «Егер ауру мушкенумге жататын болса, дәрігер онда 5 сикльдей күміс алуы тиіс», - болған [1, 348 б.] заңның өзінде қоғам мүшелерінің арасындағы айырмашылықты да көрсетеді. Бірақ кімді емдесе де жауапкершіліктің бар екендігі анық айтылған. Осы заңның 217 бабында дәрігердің құқықтық жауапкершілігі және дәрігерге қолданылатын қатал жаза түрі қарастырылған. «Егер дәрігер қола пышақпен адамның денесін кесіп, оның өлуіне себепші болса және адамның көзінің ағын қола пышақпен ала отырып, оның көзіне жарақат түсірсе, онда дәрігердің қолының саусақтарын кесіп тастауы тиіс», - деп көрсетеді [1, 348 б.]. Мұндай қатал жазалар дәрігердің өз ісіне аса жауапкершілікпен қарауын арттыра түсірді. Аурудың өмірі де өз өміріндей қымбат деп бағалауды ескертті. Келесі бір бапта қоғамдағы адамдар теңсіздігін көрсететін, әрі құлдар өмірінің құнсыздығын көреміз. Осы заңның 220 бабында «Егер дәрігер қола пышақпен құлдың көзінен ағын алуда оның көзіне жарақат түсірсе, құлдың иесіне оның жарты құнын төлеуі тиіс», - деп көрсетеді [1, 348 б.]. Яғни, еріксіз адамның өміріне қауіпті жарақат салғанмен дәрігер сол адамның қожайыны алдында ғана жауапты деп есептеледі. Құл сол қожайынның тек қарапайым меншігі ретінде қаралып отыр. Ал жарақат алған адам еріксіз құл болғандықтан ғана өз жарақаты үшін ешбір төлем ала алмады. Біздің ойымызша Хаммурапи заңында дәрігерлердің жауапкершілігін сипаттаған заңның әлі де кейбір баптары болғанмен, бірақ бізге дейін жетпегендігін көреміз.

Ежелгі Римнің «XII кесте» заңында адамның денсаулығына емдеймін деп дәрігер зиян келтіргеніне ол үшін жауапкершілік қарастырылған [1, 323 б.]. Ежелгі Үнді мемлекетінің «Ману заңында» біздің дәуірімізге дейінгі X-V ғғ. дәрігерлер жауапкершілігі айыппұл төлеумен өтелетін болғандығын көрсетеді [1, 8 б.] .

Ислам заңдарымен қабысып, ізгіленген қазақтың дәстүрлі әдет заңында емшілердің жауапкершілігі қатаң жазалармен айқын көрсетілмесе де моральдық, этикалық тәртіппен қарастырылған. Ол туралы зерттеушілер былайша көрсетеді: «Ер адамдар әйелдермен араласып, қатынасуға шарият рұқсат етпейді. Сотта әйел бүркемеленіп, беті-жүзін көрсетпей тұруы, ал дәрігер әйелдің тек ауырған жерін ғана ойына жамандық ниет ұстамай қарап, тексеруі тиіс» - деп көрсетеді [2, 84 б.]. Яғни шарият заңы мен қазақтың әдет заңында қарапайым ескерту, моральдық этика мен адамның құмарлығын өз ырқына, тәртіпке бағындыру арқылы да емшілер мен дәрігерлерді жауапкершілікке шақырған. Ал егер сол ауру әйелдің тарапынан қандай да бір арыз-шағым айтылса міндетті түрде тексеріліп, тәртіпсіздігі, нысапсыздығы үшін емші, дәрігер айып төлеген немесе өзге де жауапкершіліктер қарастырылған [3]. Емшілер мен дәрігерлердің негізгі мақсаты сол ауруды емдеп, жазу болғандықтан қазақтар емшілерге, дәрігерлерге шын ниетімен сенген, олардан ешбір жамандық күтпеген. Ал ауруға жасалған ем қонбай, адам қайтыс болса, бұл Алланың жазуы, ал ауру соған себепші болды деп кешіріммен қараған. Дәрігерге ешбір кінә артпаған, ауру адамның туыстары емшілер мен дәрігерлерге сенген, олардан опасыздық күтпеген. Емшілер де ауруды қарап, емдегенде бар ықыласымен қарап, қолдан келер емін түрлі дәрі-дәрмектермен, жылы, мейрімді сөздерімен, дұғаларымен емдеген. Бұл көп жағдайда нәтиже беріп, ауру сауығып кеткен. Тіпті жынды, «көтерілмелі аурудың» өзін де емдеп, тыныштандыратын әруақты емшілер болған. Соған бір дәлел боларлық дерек

ретінде «... айдалада оңаша тігілген қараша үйге кезігіп кірсе, керегеде бір адам байлаулы тұрады. Ол есі ауысқандықтан осылай еткен адам екен. Ақтан, келісімен жаңағы адмның есі кіріп, аурудан айыға бастайды. Бара-бара құлан таза жазылып кетеді. Бұл әңгіме жұртшылыққа тарап Ақтанның қасиетіне халық бас ие бастайды. Сөйтіп, әруақты Ақтанның жеке басының кереметі оның абыройын арттырып, ел құрметіне бөленеді. Кейін оның бойында қысылғанда ойнақшып шыға келетін киелі бұлты осы Ақпан батырдан қоныпты», - деген деректер де бар [4, 7 б.].

Міне біздің байқағанымыздай, қазақ даласында емшілерге, әруақты адамдарға сеніммен, құрметпен қараған. Олар ауруларды алланың атымен әруақтарға сыйынып емдік шөптермен, өзге де қолдан келетін емдермен емдеген. Сынықшылар түрлі сынықтарды салған. Тіпті босанатын әйелдерді ел ішінде қолы шипалы әжелер босандырып алған. Оларға халық сенген, оларды әруақты деп құрметтеген. Ал егер қандай да бір алда-жалда ауру адам емдегенмен жазылмаса, қайтыс болса, босанатын әйел бала үстінде қайтыс болса, ол үшін ешкімді жауапты деп санамаған. Бұл Алланың ісі деп қабылдаған. «Себебі олардың ешбір қастандық жасамағандықтарына көздері жеткен. «Жеті-Жарғы» заңы қазақтың бірден-бір құқықтық, маңызды заң кодексі болды. Онда құқықтық нормалар кеңпейіл, кешірімді екендігін көрсетеді» [5, 98 б.]. Бұл құқықтық нормалар жиынтығының ешбір тарауында емшілер мен дәрігерлерге қолданған жазалар туралы деректерді кездестірмейміз. Тек адамды қасақана өлтіргенде немесе абайсызда, барымтада өлтірсе ғана құн төлеу немесе айып төлеу қарастырылған баптар бар.

Әрине қоғам дамуына сәйкес дәрігерлердің біліміне, біліктілігіне, ауруға деген ықыласы мен жауапкершілігіне біршама талаптар қойылып отырды. Кешегі Кеңестік дәуірде дәрігерлер Гипократтың антын бұзбай орындауға тырысты. Бұл ант дәрігерлерді моральдық, адамгершілік, адалдық тұрғысынан тәрбиеледі. Олар өз істеріне аса жауапкершілікпен қарады. Сол Гипократ антынан үзінді келтіріп қарасақ: Ауруларға дәрігерлік көмек көрсету, емдеу барысында медициналық этиканы сақтау, білімін кеңінен пайдалану, ауру-сырқау адамдардың барлық жағдайларын қарастырып оларға ауруынан тез арада айығып кетуі үшін барлық емді қолдану. Ауру адам жайлы мағұлматтармен деректерді кез келген жерде, кез келген адамға таратылмауын қарастыру, яғни осы жағына қатал тыйым салу. Кейбір, керекті жағдайларда ғана ауру адамның тума-туыстарына ғана мағұлмат берілетінін естен шығармау керек. Ауру адамның сауығып кетуі үшін дәрігерлік көмекті мүмкіншілігінде толығымен көрсету, дәрігерлік білімін, тәжірибесін аямай пайдалану. Сондай-ақ дәрігерлердің құқықтық жауапкершілігі туралы:

Егерде дәрігер ауруды қабылдау, көмек көрсету барысында науқастың жағдайын дұрыс бағаламай, яғни диагнозын дұрыс қоймаған жағдайда немесе емдеу барысында қателіктер жіберіп, болмаса емдеу мүмкіндіктерін толық пайдаланбаса, әсіресе дәрігерлік білімі төмен болғаны анықталса, онда бұл дәрігерге арнайы заң бойынша жауапкершілік шаралары қолданылды.

Қорыта келе айтарымыз, адам өмірі ең қымбат дүние болғандықтан, оған аса жауапкершілікпен қарау қажет екендігі бүгінгі күннің де өзекті мәселесі болып отыр.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Мұхтарова А.Қ. Шетелдердің мемлекет және құқық тарихы. - Алматы, 1999. - 571 б.
2. Өсереов Н., Естаев Ж. Ислам және қазақтардың әдет-ғұрпы - Алматы: Қазақстан, 1992. - 152 б.
3. Нұралы Өсерұлы Шариат. - Алматы: Қайнар, 1996, - 352 б.
4. Қаракесек Ақайұлы Ақтан батыр. Қарағанды, 1997, - 7 бет

5. Зиманов С., Өсеров Н. Қазақ әдет-ғұрып заңдарына шариаттың әсері.- Алматы : «Жеті Жарғы», 1998 - 98 б.

УДК 614.251.2

**О ЗНАЧЕНИИ ПРИНЦИПОВ И ПРАВИЛ ВРАЧЕБНОЙ И БИМЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКИ В ПРАВОТВОРЧЕСТВЕ И ПРАВОПРИМЕНЕНИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Тлембаева Ж.У

Заведующая кафедры медицинского права и этики, кандидат юридических наук, доцент НАО «Медицинский университет Астана»
e-mail: zhanna.ot@mail.ru

В настоящее время вопросы медицинской этики в современном здравоохранении приобретают особое значение. Соблюдение принципов и правил медицинской этики и деонтологии становится неотъемлемой частью деятельности медицинского работника. В начале XIX века английский философ, правовед, священник Иеремия Бентам термином «деонтология» определил науку о поведении человека любой профессии. Таким образом, деонтология - это учение о должном, а медицинская деонтология - это правила поведения врачей и медицинского персонала, это долг медицинских работников перед больными [1].

Наряду с медицинской этикой и деонтологией к уровням социального регулирования медицинской деятельности относятся биомедицинская этика (биоэтика) и медицинское право. Как составные части общей системы социальной регламентации медицинской деятельности медицинская этика и деонтология органически связаны и взаимодействуют с правом. Им присуще некоторое сходство (являются разновидностями социальных норм; один и тот же объект регулирования; единая цель - обеспечение гуманности и законности) и отличие. Взаимодействие этих этических и правовых норм выражается в следующем: они служат общей цели по упорядочиванию общественных отношений в сфере здравоохранения; сходство в требованиях к медицинской деятельности; нормы законодательства в сфере здравоохранения базируются на нравственных, этических принципах (в некоторых странах нормы этики медицинских работников утверждены нормативными правовыми актами, то есть, по сути, носят правовой характер); этические правила положительно влияют на законность и правопорядок в сфере здравоохранения; выступают неким своеобразным нравственным ориентиром, формирующим мировоззрение медика. Противоречия между моральными и правовыми нормами проявляются при решении таких проблем, как трансплантация органов и тканей человека, клонирование, репродуктивные технологии, создание новых лекарственных, эвтаназия и другие.

Развитие новых медицинских технологий обнаружил большое количество морально-этических проблем, которые не могут быть решены в рамках врачебной этики и деонтологии. В связи с этим выходом из сложившейся ситуации стало закрепление биоэтики как междисциплинарной области знаний, способствующей поиску морально и социально приемлемых решений различных вопросов. Можно выделить следующие причины, обусловившие актуальность и интенсивное развитие биомедицинской этики (биоэтики) в последнее время:

- качественно новый уровень развития медицины, поставил перед обществом множество социальных, морально-этических и правовых проблем;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

- озабоченность населения опасностью, возникшей и непредсказуемостью последствий внедрения в практику недостаточно проверенных новых достижений биомедицинских технологий;

- гуманитаризация медицины в целом и медицинского образования, в частности;
- издание большого количества специальной литературы, посвященной различным вопросам биоэтики;
- проведение множества международных форумов, в центре внимания которых проблемы новых медицинских технологий в контексте защиты прав человека и пациента;
- рост роли и значения общественных организаций в принятии общественно значимых решений, в том числе и правовых, по развитию тех или иных направлений медицины.

Появление новых медицинских технологий активизировала ряд морально-этических и правовых вопросов, которые могли быть решены только в ракурсе биоэтики. В качестве примера можно привести вопросы трансплантации органов и тканей человека где основными вопросами являются: границы допустимости трансплантации, особенности поведения медицинских работников при пересадке органов. Важную роль в понимании биоэтики как одного из уровней регулирования медицинской деятельности играет определение самого понятия. Биоэтика (биомедицинская этика) - это междисциплинарная наука, занимающаяся изучением морально-этических и юридических проблем медицинской деятельности в контексте защиты прав человека. Представляется, что будущим медицинским работникам необходимо ориентироваться в вопросах биоэтики и обладать необходимым объемом знаний в этой области.

Между принципом соблюдения этических норм в области здравоохранения и концептуальными понятиями прав человека существует прямая взаимосвязь. В медицинской профессии, как и в юридической, выделяют три уровня, на которых формулируются этические принципы, нравственный долг и обязанности специалистов в области здравоохранения:

первый уровень – в документах ООН и в документах международных профессиональных организаций (Всемирная медицинская ассоциация, Всемирная психиатрическая ассоциация и Международный совет медицинских сестер);

второй уровень – в кодексах этики, которые издают национальные медицинские ассоциации, обязательные для их членов;

третий уровень - это уровень национальных кодексов.

В декларациях Всемирной медицинской ассоциации определяются согласованные на международном уровне этические обязанности врачей. Аналогичные этические ценности отражаются в кодексах профессиональных медицинских организациях. В некоторых странах принципы и правила медицинской этики закреплены в праве. При этом даже в тех странах, где этические принципы не включены во внутригосударственное право, на всех специалистах в области здравоохранения лежит моральная обязанность соблюдать нормы, установленные профессиональными организациями медиков. Они могут быть признаны виновными в нарушении своих профессиональных обязанностей, если отступают от профессиональных норм, не имея на то веских оснований. Проблематичным аспектом этических принципов является то обстоятельство, что в них отсутствуют четкие правила для разрешения всех возникающих дилемм, ввиду чего появляется потребность в соответствующем толковании» [2].

В России действуют кодексы этики врача, принятые съездами врачей и ассоциациями. Эти кодексы не являются нормативным правовым актом. Они обязательны лишь для членов тех или иных объединений и носят рекомендательный характер. При этом судебная практика свидетельствует о широком применении принципов медицинской этики и деонтологии. Несмотря на их неправовой характер, суды общей юрисдикции руководствуются ими в качестве актов, регламентирующих этическое поведение врачей. Нередко медицинские организа-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ции во избежание несоблюдения норм Кодекса этики врача включают его в должностную инструкцию медицинского работника, в результате чего Кодекс этики врача становится частью должностной инструкции, и медицинский работник в силу ст. 21 ТК РФ обязан его соблюдать [3].

Как отмечают российские исследователи, в ряде регионов РФ суды принимают решения на основании норм врачебной этики. В качестве примеров они приводят апелляционные определения судов, которые при рассмотрении дел о нарушении медицинскими работниками своих трудовых обязанностей констатировали факты нарушения ими норм Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации, принятого Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 5 октября 2012 г. Хотя не следует забывать, что судам при рассмотрении дел предписано руководствоваться исключительно правовыми нормами. Данные факты также подтверждают неоднозначность статуса морально-этических норм в медицине [4].

В соответствии с пунктом 1 статьи 274 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс о здоровье) [5] Кодекса чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан (далее - Кодекса чести) разрабатывается и утверждается уполномоченным органом. Он устанавливает морально-этическую ответственность медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан за свою деятельность перед обществом. Формулировка законодателя дает основание предположить, что соблюдение этических предписаний является обязанностью медицинских работников. Из данного положения следует, что права и обязанности, имеющие этическую природу, становятся необходимым и неотъемлемым компонентом профессионального статуса медицинских работников [6].

В соответствии с пунктом 5 Кодекса чести, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2020 года [7] в своей деятельности медицинский и фармацевтический работник соответствует высоким моральным и нравственным критериям, соблюдает установленные законами Республики Казахстан ограничения и запреты; не совершает действий или бездействий, способных дискредитировать высокое звание медицинского и фармацевтического работника Республики Казахстан; противостоит проявлениям коррупции; не допускает использования служебной информации в корыстных и иных личных целях; не допускает совершения проступков и правонарушений, за которые законом предусмотрена дисциплинарная, административная либо уголовная ответственность; не допускает использования служебного положения для решения вопросов личного характера, не допускает рекламу медицинских изделий и фактов принятия подарков, услуг от физических и юридических лиц в связи с выполнением служебных обязанностей. В отношениях с пациентами медицинские и фармацевтические работники принимают решения исключительно в интересах пациента (п. 6 Кодекса чести). Смысл данного основного принципа медицинской этики «благо больного - высший закон», основанном на одном из древних постулатов «*Salus aegroti suprema lex*», заключается в том, что главным правилом для врача при выполнении им своих профессиональных обязанностей является здоровье пациента. При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно его интересами, невзирая на любые препятствия, затруднительные обстоятельства или договорные обязательства. В Международном кодексе медицинской этики, принятом Всемирной медицинской ассоциацией, подчеркивается обязанность врачей действовать исключительно в интересах пациентов и указывается, что врачи должны сохранять по отношению к своим пациентам полную лояльность [2].

В Казахстане локальные нормативные акты, содержащие правила и принципы врачебной этики должны соответствовать Кодексу чести, являющемуся нормативным правовым актом. Наличие нормативного правового акта, регулирующего вопросы медицинской этики,

безусловно, способствует соблюдению принципов этики и деонтологии, вносит некоторую ясность в иерархию нормативных правовых актов, регламентирующих этическое поведение врача и «служат цели признания юридической обязательности положений этических предписаний в сфере медицины» [6].

Согласно Кодекса чести медицинские и фармацевтические работники должны соблюдать принципы и морально-этические нормы чести при осуществлении профессиональной деятельности, в том числе оказании медицинских услуг. Нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при оказании услуг, доказанные в установленном законодательством, по сути, свидетельствуют о несоответствии услуги обязательным требованиям, предусмотренным законом, или условиям договора.

Однако в соответствии с действующим законодательством такие нарушения не относятся к дефектам медицинских услуг не относятся. Так, к дефектам медицинских услуг, приведенным в Правилах проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования [8] отнесены: нарушение порядка оказания медицинских услуг (помощи), выражающееся в несоблюдении стандартов организации оказания медицинской помощи и необоснованном отклонении от клинических протоколов; факт неподтвержденного случая оказания медицинской услуги (помощи).

Что касается несоответствия услуги вследствие нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации условиям договора, то типовая форма договора на оказание платных услуг субъектами здравоохранения, утвержденная приказом Министра здравоохранения [9] также не содержит таких положений. Согласно типовой форме договора поставщик «обязан обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, при отсутствии клинических протоколов по данным нозологиям – в соответствии с общепринятыми подходами и базой доказательной медицины по медицинским показаниям» (п. 8), он также несет ответственность за допущенные случаи нарушения по оказанию платных медицинских услуг оказание медицинских услуг ненадлежащего объема и качества (п. 13). Полагаем, что такие противоречия в действующих нормах законодательства об оказании медицинской помощи могут привести к судебным искам. Оказание медицинской помощи должно основываться на этических нормах медицинской профессии.

В последние годы в Казахстане увеличивается количество исковых заявлений граждан о ненадлежащем оказании медицинской помощи. Ежегодно возбуждается несколько сотен уголовных дел, вызывающих большой общественный резонанс. Многие из них уже во время следствия закрываются за недоказанностью. Это объясняется рядом причин:

недостаточной разработанностью аспектов ответственности за медицинские правонарушения;

сложностью процедуры доказательства вины медиков;

отсутствием у представителей судебно-следственных органов четкого представления о специфике профессиональных преступлений медицинских работников, о влиянии врачебной этики на поведение медика, совершившего правонарушение;

отсутствием или небольшим количеством юристов, специализирующихся в области медицинского права;

недостаточностью мер, направленных на соблюдение прав пациентов.

Как правило, в тех медицинских коллективах, где наблюдаются нарушения морально-этических норм, правонарушения более вероятны. В этой связи повышается актуальность

проблемы ответственности за морально-этические нарушения с целью предотвращения более серьезных правовых проступков со стороны медиков [11, с. 13]. Поэтому при привлечении к юридической ответственности медиков за профессиональные правонарушения, особенно важно учитывать влияние медицинской этики на поведение медиков. Связь между этическими и правовыми нарушениями в процессе оказания медицинской помощи очевидна.

Следует отметить, что проблемы уголовной ответственности медицинских работников, которые являются одними из наиболее дискуссионных в правовой науке и практике, в значительной степени затрагивают вопросы влияния медицинской этики на поведение медика, совершившего правонарушение. Эти или другие причины обуславливают необходимость изучения медицинской этики в рамках медицинского права.

Вопросы определения понятия такого правонарушения, как врачебная ошибка давно волнует умы специалистов в области права и медицины. Еще в 1941 году профессор Давыдовский отмечал: «Врачебная ошибка – это добросовестное заблуждение доктора, не имеющее состава преступления и возникающее вследствие несовершенства медицины» [10]. То есть, по его мнению, врачебная ошибка – это случайность, не предполагающая наличия халатности и недобросовестности по отношению к пациенту. Врач, допустивший ее, не имеет прямого умысла нанести вред здоровью человека.

В Кодексе о здоровье определение понятия врачебной ошибки отсутствует. Законодатель счел необходимым отказаться от такого понятия, установив в пункте 5 статьи 279 Кодекса о здоровье понятие «медицинский инцидент», определяемое как «событие, связанное с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами организации оказания медицинской помощи и с использованием технологий, оборудования и инструментов, обусловленное отклонением от нормального функционирования организма, которое может нанести вред жизни и здоровью пациента, а также привести к смерти пациента, за исключением случаев, предусмотренных административным и уголовным законодательством Республики Казахстан». Исходя из смысла данного определения, врачебной ошибкой можно признать противоправное, виновное действие или бездействие врача, нанесшее вред жизни и здоровью пациента, а также приведшее к смерти пациента, за которое законодательством предусмотрена административная или уголовная ответственность. Во всех остальных случаях речь идет о медицинском инциденте, анализ которого осуществляется посредством внутреннего аудита медицинской организации, а также местными органами государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, государственными органами, осуществляющими государственный контроль в сферах оказания медицинских услуг (помощи), санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, уполномоченным органом.

Важность следования предписаниям профессиональной этики подчеркивал и доктор медицинских наук, члена Всемирной ассоциации медицинского права С. А. Корсаков. Он отметил, что «в основе деятельности любого врача лежат три кита: профессиональная подготовка, профессиональная этика и профессиональное законодательство» [12]. Это утверждение подтверждает важность соблюдения этических правил в профессиональной деятельности медицинских работников и норм законодательства.

Зачастую актуальностью проблем законодательства и необходимостью в этой связи быстрого принятия новых правовых актов объясняется некоторое пренебрежение законодателями и невнимание к вопросам медицинской этики и деонтологии. Как отмечают исследователи, поверхностный, недостаточно проработанный, созданный без учета этических и деонтологических предпосылок правовой акт, без сомнения, более вреден, чем полезен [11, с. 9]. На сегодняшний день принципы медицинской этики должны быть востребованы и в процессе меди-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

цинского правотворчества и правоприменения. Нормативные правовые акты в сфере здравоохранения должны быть ориентированы, прежде всего на больного, его здоровье, на защиту его права на охрану здоровья и соблюдение его законных интересов. К таким принципам медицинской этики относятся также: «не навреди» (модель Гиппократа); «делай добро» (модель Парацельса); «соблюдения долга» (деонтологическая модель); «уважения прав и достоинства человека» (биоэтика). Принятие качественных законов, способных эффективно воздействовать на сферу здравоохранения, с учетом этических и деонтологических правил, принципов биоэтики в законотворчестве во многом определяет степень эффективности законов.

Список использованных источников

1. Врачебная этика и деонтология. URL: <http://www.med.ulgov.ru/informasiya/5331/9922.html>.
2. Руководство Управления Верховного комиссара ООН по правам человека по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол). URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31328217#pos=489;-333
3. Принципы этики врача с позиции юриста. URL: https://rumedo.ru/post/principyu_etiki_vracha_s_pozicii_yurista
4. Боровых Л.В., Кирова Т.А. Уголовно-правовой взгляд на профессиональный статус медицинских работников// Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2018. Выпуск 41. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ugolovno-pravovoy-vzglyad-na-professionalnyy-status-meditsinskih-rabotnikov/viewer>
5. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> (дата обращения: 02.10.2021 г.).
6. Кирова Т.А. О правовом значении медицинской этики. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-pravovom-znachenii-meditsinskoj-etiki>
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-319/2020 «Об утверждении Кодекса чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021890> (дата обращения: 05.10.2021 г.).
8. Приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-321/2020 «Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупок медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021904> (дата обращения: 05.10.2021 г.).
9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021559> (дата обращения: 10.10.2021 г.).
10. Врачебная и медицинская ошибка врачей последствия и уголовная ответственность URL: <https://www.edukltd.ru/dogovor/vrachebnaya-i-meditsinskaya-oshibka-vrachej-posledstviya-i-ugolovnaya-otvetstvennost.html>

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

11. Коваленко А.И., Пискун А.И., Тимошенко Т.В. Мораль и право в медицине: Учебное пособие - Благовещенск, 2007. URL: https://www.amursma.ru/upload/docs/teoreticheskie%20kafedry/moral_pravo.pdf

12. Корсаков С. А. О трудностях формирования медицинского права в России. URL: <http://www.med-pravo.ru/Articles/MedLawQuest/ProbFormingMedLaw.htm>.

УДК 349.3; 341.1/8

**О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМНЫХ ВОПРОСАХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

Турсынбаев К. А. - начальник отдела Института парламентаризма
(e-mail: Tursinbayev@umto.kz)

Иржанов А.С. – к.ю.н., главный специалист Института парламентаризма
(e-mail: Irzhanov@umto.kz)

Досымова Д.М. - специалист Института парламентаризма
(e-mail: Dossymova@umto.kz)

В настоящее время, защита прав инвалидов является одной из актуальных вопросов, связанных со всеми сферами деятельности общества, государства, а также международных организаций. Между тем, предпринимаемые усилия в данной области защиты прав человека во всем мире, по-прежнему не приносят должный результат. Большинство ученых выделяют такие основные барьеры, связанные с инвалидностью:

- Недостаточные меры, принимаемые в области определения политики и стандартов. При разработке политики государств не всегда учитываются потребности инвалидов.
- Негативное отношение. Предубеждения и предрассудки способствуют созданию барьеров на пути к образованию, занятости, медико-санитарной помощи и участию инвалидов в социальной жизни.
- Недостаток предоставляемых услуг. Инвалиды значительно более уязвимы в отношении дефицита таких услуг, как медико-санитарное обслуживание, реабилитация, а также поддержка и помощь.
- Ограничение доступа к необходимым услугам. Недостаточное кадровое обеспечение, низкий уровень профессиональной подготовки персонала и координации услуг могут отразиться на качестве, доступности и адекватности услуг для инвалидов.
- Недостаточное финансирование. Ресурсы, выделяемые на осуществление политических мер или планов, часто недостаточны. Дефицит финансирования является основной преградой для устойчивого предоставления услуг в странах и регионах с разным уровнем экономического развития.
- Ограниченный доступ к транспортным и информационным системам. Отсутствие доступа к транспорту является для инвалидов основной причиной отказа от возможности трудоустройства или фактором, ограничивающим доступность услуг здравоохранения.
- Неадекватная информация и коммуникация. В доступных форматах имеется мало информации, а многие потребности инвалидов в области коммуникации не удовлетворяются.
- Отсутствие интеграции в общественную жизнь. Большинство инвалидов не принимают участия в процессах принятия решений по вопросам, непосредственно влияющим на их жизнь.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

• Отсутствие данных и доказательной базы. Недостаток точных и сопоставимых данных об инвалидности, а также опыта реализации эффективных программ может препятствовать пониманию проблем, связанных с инвалидностью [1, с. 32].

Вместе с тем, следует отметить, что вопросы защиты прав инвалидов получили должное развитие в международном праве. К числу наиболее значимых среди них можно отнести следующие международные акты: Декларация прав умственно отсталых лиц 1971 г., Декларация прав инвалидов 1975 г., Всемирная программа действий в отношении инвалидов 1982 г., Конвенция МОТ о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов 1983 г., Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов 1993 г., Конвенция о правах инвалидов 2006 г. и др.

В Казахстане социальная защита лиц с инвалидностью регулируется Конституцией страны, Законом Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» (далее-Закон) и иными правовыми актами. Данный Закон определяет, что государственная политика Республики Казахстан в области социальной защиты инвалидов направлена на:

- 1) профилактику инвалидности;
- 2) социальную защиту, в том числе реабилитацию инвалидов;
- 3) интеграцию инвалидов в общество.

Закон уделяет внимание реабилитации инвалидов, которая включает «комплекс мер, направленных на получение или восстановление нарушенных или утраченных профессиональных навыков, знаний и умений инвалидов, их адаптацию и трудоустройство» [2], а также устанавливает права на социальную защиту, обеспечивает доступ к объектам социальной инфраструктуры и информации, образование, свободный выбор рода деятельности и др. Кроме данного Закона вопросы социальной защиты инвалидов также регулируют и другие законы, например Закон Республики Казахстан «О государственных социальных пособиях по инвалидности и по случаю потери кормильца в Республике Казахстан» от 16 июня 1997 г. № 126, Закон Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» от 8 августа 2002 года № 345, Закон Республики Казахстан «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года N 343, Закон Республики Казахстан «Об автомобильном транспорте» от 4 июля 2003 года № 476 и др.

В этом году депутатами Парламента Республики Казахстан был инициирован проект Закона, который направлен на совершенствование социальной защиты инвалидов, в частности в нем предусматривается:

- введение компенсационной выплаты работодателя за несоблюдение квоты по трудоустройству лиц с инвалидностью, которые будут направляться в местный бюджет.
- комплексное совершенствование национального законодательства в сфере социальной защиты лиц с инвалидностью;
- закрепление в действующем законодательстве норм, направленных на улучшение жилищных условий, предоставление жилищных субсидий семьям, имеющим или воспитывающим детей с инвалидностью;
- привлечение лиц с инвалидностью к контролю по доступу объектов и инфраструктуры, расширение компетенции уполномоченного органа по вопросам социального обеспечения и защиты прав лиц с инвалидностью;
- восполнение законодательного пробела и приведение в соответствие норм, регулирующих вопросы улучшения качества жизни лиц с инвалидностью и др. [3].

В настоящее время в структуре лиц с инвалидностью трудоспособного возраста по группам инвалидности наибольший удельный вес занимают лица, имеющие вторую группу инвалидности (46 % или 191,9 тыс. чел.) и третью группу инвалидности (45 % или 186,4 тыс.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

чел.), незначительная доля (9% или 39,7 тыс. чел.) приходится на долю лиц 1 группы инвалидности [4]. Необходимо и в дальнейшем делать шаги на пути социализации и интеграции инвалидов в общество. Подстраивая среду под возможности трудоспособных инвалидов, мы создаём условия для производства, раскрытия внутренних возможностей, потенциала и резервов инвалидов. Необходимо так же и материальное стимулирование процесса интеграции инвалидов в общество, для наглядности получения ими экономической выгоды. Такие шаги способствуют постепенному отходу от устоявшегося стереотипа у некоторых граждан, что инвалидность тождественно проблемам и предоставит дополнительные возможности лицам с инвалидностью по комфортному пребыванию в обществе. «Жизненно важна и необходима информированность и пропаганда в СМИ тех или иных мероприятий, проводимых инвалидами в РК и в мире. Этот аспект необходим для того, чтобы сломать стереотипы о том, что инвалид – это беспомощный и ненужный обществу человек. Надо в корне изменить отношение людей к этой социальной группе и перейти от медицинской модели к социальной, от социальной модели к политической» (Из рекомендаций председателя ОО «Молодежное общество инвалидов» М. Абдумомунова) [5].

По информации «Национального плана по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республике Казахстан до 2025 года», в целях стимулирования работодателей по трудоустройству лиц с инвалидностью с 2018 года введено субсидирование затрат работодателей, связанных с оснащением специального рабочего места для трудоустройства лиц с инвалидностью. По состоянию на 1 января 2019 года среди 411 тысяч лиц с инвалидностью трудоспособного возраста работают более 27% (111,5 тыс. чел.) [4].

Учитывая вышеизложенное, налаживая базовые инфраструктурные элементы, целесообразным будет включать в состав рабочих групп/консультативных органов, которые решают или принимают какое-либо решение, касающееся интересов инвалидов, самих инвалидов, поскольку только они способны наиболее точно определять собственные потребности и самые подходящие стратегии для удовлетворения этих потребностей. Планируя любую меру, необходимо сначала консультироваться с теми, в чьих интересах эта мера будет осуществляться, учитывать их мнения и предложения. Тем самым реализуя одно из направлений политики нашего государства в вопросах интеграции инвалидов в общество и недопущению дискриминации по отношению к ним.

Одной из основных проблем также является создание и организация безбарьерной среды для инвалидов. В Конвенции о правах инвалидов 2006 г. указывается новый подход к вопросу доступности, который заключается в признании государствами существования различных барьеров для инвалидов. Так, данная Конвенция обязывает государства-участники принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах [6]. Учитывая это, государства-участники данной Конвенции признавая существование этих барьеров, направляют свои усилия на выявление и устранение препятствий и барьеров, мешающих доступности

Согласно статье 25 Закона обеспечение инвалидам доступа к объектам социальной инфраструктуры находится в компетенции местных исполнительных органов. В связи с этим при проектировании, строительстве и застройке населенных пунктов, формировании жилых районов, благоустройстве вновь осваиваемых и реконструируемых территорий и других населенных пунктов в соответствии с национальными стандартами они принимают комплекс мер для обеспечения доступа инвалидам к жилым, общественным и производственным зданиям,

сооружениям и помещениям. С точки зрения доступности городского социального пространства в пятерку приоритетных для инвалидов объектов жизнедеятельности входят:

- подходы и подъезды к жилым зданиям;
- подходы и подъезды к больницам и поликлиникам;
- дороги, тротуары и переходы;
- транспорт общего пользования;
- магазины, торговые центры и предприятия общественного питания [7].

Сегодня в Казахстане разрабатывается модель доступности для лиц с ограниченными возможностями, предполагающая дальнейшее развитие основных принципов безбарьерной среды: доступность, безопасность, информативность, комфортность. Доступность предполагает беспрепятственность передвижения; безопасность – возможность избежать зон риска; информативность – это своевременность получения информации и возможность реагирования на нее; комфортность – создание условий минимальности затрат и усилий для удовлетворения потребностей маломобильных групп [8, с. 45]. Кроме того, доступная среда необходима не только инвалидам, она создаётся и для всех маломобильных групп населения, таких как беременные женщины, дети, взрослые с маленькими детьми, люди с избыточным весом, с временными ограничениями здоровья, и путешествующие с тяжёлыми чемоданами.

Вместе с тем несмотря на благоприятные тенденции, направленные на создание и развитие безбарьерной среды, существует проблема, связанная с тем, что имеются разрывы между ее элементами. Так, например, при посещении инвалидом какого-либо торгово-развлекательного центра, проблемные аспекты, связанные с безбарьерной средой, отсутствуют, поскольку они находятся в перечне объектов безбарьерной среды. Проблемы возникают с момента выхода инвалида из такого объекта, т.е. безбарьерная среда прекращается с момента выхода его на улицу.

В этом аспекте немаловажным представляется принцип непрерывности безбарьерной среды, который заключается в обеспечении доступности не только в границах отдельных объектов и элементов этих объектов, но и связей между ними. Из практики иностранных государств по организации безбарьерной среды «важно перенять стремление следовать принципу непрерывности на тех территориях, где людям приходится бывать наиболее часто. В этой связи, уже не достаточно просто установить единичные пандусы для инвалидных колясок, чтобы реально достигнуть поставленной цели – сохранить социальную полноценность такой значительной части граждан страны, как инвалиды» [9].

Таким образом, полагаем возможным проработать и включить в законодательство о социальной защите инвалидов следующие вопросы:

- включать в состав рабочих групп/консультативных органов, которые решают или принимают какое-либо решение, касающееся интересов инвалидов, самих инвалидов, поскольку только они способны наиболее точно определять собственные потребности
- принцип непрерывности безбарьерной среды в Закон и наделить соответствующей компетенцией местные исполнительные органы за его полноценной реализацией;

Список использованной литературы

1. Абашидзе А.Х., Маличенко В.С. Организационно-методические и правовые основы медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – № 1 – 2014. – С. 32.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

2. Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года N 39 «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z050000039_
3. Закон по вопросам улучшения качества жизни лиц с инвалидностью. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://atameken.kz/ru/news/43769-zakon-po-voprosam-uluchsheniya-kachestva-zhizni-lic-s-invalidnost-yu>
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 мая 2019 года № 326 «Об утверждении Национального плана по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республике Казахстан до 2025 года». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000326>
5. Национальный отчет о человеческом развитии 2009 от изолированности к равенству: реализация прав инвалидов в Казахстане. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.kz.undp.org/content/dam/kazakhstan/docs/library/558-74066.pdf>
6. Закон Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-V «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000288>
7. Игнатова С.Н. Сравнительный анализ европейских систем поддержки инвалидов в городском пространстве (на примере России и стран балтийского региона). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://socinst.ru/sites/default/files/files/Ignatova_2017.pdf
8. Прохоров А.В. Доступная среда. Практическое пособие в 2-х частях. Ч.2. - М.: ИДПО ДТСЗН, 2016. – 100 с.
9. Безбарьерная среда. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://aerodizain.com/archi/bezbaremaya-sreda/>

УДК 340

НАЦИОНАЛЬНОЕ МЯГКОЕ ПРАВО В ПАНДЕМИЮ COVID-19

Усенков И.А.

аспирант, ассистент кафедры конституционного и муниципального права Волгоградского государственного университета
i.usenkov@volsu.ru

Пандемия COVID-19 меняет социальную реальность во всех ее составляющих, в том числе – правовой. Одним из вопросов, которые вновь встают перед юридическим сообществом, является вопрос о значимости национального мягкого права в регулировании общественных отношений. В частности, ряд официальных документов, которые не имеют силы и статуса нормативных правовых актов, начинают играть роль, порой более значимую, чем традиционное правовое регулирование. В этой связи крайне важно определить их сущность, место и значение в механизме правового регулирования.

Обычно под мягким правом подразумевают разного рода правила, которые соответствуют следующим критериям:

1. не обладают свойством общеобязательной нормативности;
2. обеспечены:
 - 2.1. применением социальных, политических и других неправовых санкций или
 - 2.2. наличием косвенных правовых последствий [2, с.169].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Такие правила имеют второстепенное значение в национальном праве, скрадывая лакуны традиционного правового регулирования, выполняя функцию апробирования той или иной нормы либо занимая области, в которых по тем или иным причинам применение, собственно, права затруднено или невозможно.

Однако в период пандемии COVID-19 указанный функционал стал чрезвычайно востребован: в очень короткие сроки правовым системам потребовалось создать значительное количество правил поведения, аналогов которых ранее фактически не существовало. Как сделать это быстро, когда определенные ограничения как нормы права могут быть приняты только в виде законов, предполагающих длительные процедуры и обсуждения? Как понять, какие из предложений конструктивны, а какие – деструктивны? Кто, наконец, может гарантировать, что по итогам принятия правовые акты выдержат судебный контроль?

Паллиативным, но весьма эффективным в краткосрочной перспективе решением оказалось мягкое право. Один из наиболее обширных и позитивных примеров его применения в пандемию COVID-19 продемонстрировала Федеративная Республика Германия [1, с.45]. В ней принимались следующие акты мягкого права:

1. Планы борьбы с пандемией. Например, Национальный план борьбы с пандемиями, разработанный Институтом имени Роберта Коха и основанный на Глобальном плане борьбы с пандемиями Всемирной организации здравоохранения, не имеет силы нормативного акта, однако служит технической основой для принятия решений о мерах по подготовке к пандемиям и мерах, которые должны быть приняты во время конкретной пандемии; имеет руководящее значение: на его основе принимались многие решения и создавалось правовое регулирование с наступлением пандемии COVID-19.

2. Рекомендации. Рекомендательные акты не содержат каких-либо обязательных предписаний, однако именно это послужило их распространению во время пандемии COVID-19. К примеру, предостережения о поездках, которые давно используются Федеральным министерством иностранных дел Германии, стали особенно значимы. В отличие от запретов на поездки (законность которых была бы достаточно неоднозначна в контексте конституционного права на свободу передвижения даже в условиях пандемии), предостережения оставляют за гражданами право определять, следует ли им путешествовать в соответствующие страны.

Подобное предостережение все же имеет некоторые правовые последствия, поскольку является основанием для оправданного, т.е. не влекущего финансовых последствий для лица, отказа от поездки. Однако мягкая сила таких предостережений куда более существенна: так, предостережение о поездках по всему миру, опубликованное Федеральным министерством иностранных дел 17 марта 2020 года, способствовало почти полному прекращению туристической деятельности обычно чрезвычайно мобильного населения Германии.

3. Неофициальные соглашения. Канцлер Германии и премьер-министры 16 немецких земель принимали особое участие в процессе разработки и принятия таких соглашений между правительствами федерации и земель. Первой задачей соглашений было обеспечение единообразного подхода земель к регулированию по всей Германии. Впоследствии неофициальные соглашения были полностью или частично реализованы в нормативных документах исполнительной власти и получили, таким образом, юридическую обязательность. Вторая задача неофициальных соглашений – сформулировать требования к поведению граждан и юридических лиц. Например, в ходе телефонной конференции между канцлером и премьер-министрами земель 15 апреля 2020 года к работодателям был обращен призыв в виде юридически необязательной резолюции предоставить своим работникам возможность работать из дома.

4. Административные указания. Административные указания представляют собой акты, содержащие правила поведения, обязательные лишь для их непосредственных адресатов

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

– органов исполнительной власти и их должностных лиц. Формально они не влекут за собой каких-либо обязательств для третьих лиц. Основные функции административных указаний заключаются в разъяснении самого закона, требований к контролю за его исполнением и замене или дополнению нормативных актов исполнительной власти.

Однако административные указания зачастую признаются актами мягкого права, так как несмотря на юридическую необязательность для третьих лиц, они существенно влияют на их поведение и законные ожидания. Данная функция приобретает крайне важное значение во время пандемии. Так, в Германии административные инструкции Федерального министерства образования и научных исследований, разъясняющие для органов исполнительной власти Федеральный закон об индивидуальной помощи в области образования и профессиональной подготовки, содержали указание на то, что такая индивидуальная помощь должна выплачиваться и в случаях, вызванных пандемией COVID-19. Отсутствие данных разъяснений могло породить неопределенность при применении данного закона, вызвать длительные судебные споры, снизить социальные гарантии для граждан.

Большинство из указанных источников мягкого права (за исключением соглашений между федеральным и региональными правительствами, что связано с особенностями отечественного федерализма) применяются и в России. Однако именно в связи с пандемией COVID-19 наибольшую роль играли рекомендательные акты. Например, с началом пандемии Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации среди прочих опубликовало рекомендации об организации применения работы на дому, к которым общество прислушалось: на такой формат работы перешли более 6 миллионов человек [3, 4]. При этом последующие подобные рекомендации не были столь эффективны, в связи с чем потребовалось издание нормативных актов, в том числе – по тому же вопросу. Это, на наш взгляд, показательно демонстрирует то, что эффективность рекомендательных документов как актов мягкого права достигается, когда субъекты, к которым оно обращено, уверены в обоснованности нормы либо доверяют авторитету ее создателя, а также в случае, когда норма мягкого права действует взаимосвязано с нормами традиционного права.

Пандемия COVID-19 обнажила проблемы правового регулирования, одним из наиболее удачных решений которых оказалось национальное мягкое право. Полагаем, что его теоретическое осмысление и практическое развитие, подстегнутое пандемией, должно продолжаться постольку, поскольку этот феномен может стать ответом на многие другие правовые вопросы, например, о стабильности законодательства.

Исследование выполнено за счет средств гранта Российского научного фонда № 21-18-00484, <https://rscf.ru/project/21-18-00484/>

Список использованных источников

1. Knauff M. Coronavirus and Soft Law in Germany: Business as Usual? *European Journal of Risk Regulation*, 2021. № 12(1). P. 45-58.
2. Parella K. Hard and Soft Law Preferences in Business and Human Rights. *AJIL Unbound*, 2020. № 114. P. 168-173.
3. О направлении Рекомендаций по применению гибких форм занятости в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории РФ: письмо Минтруда РФ от 23 апреля 2020 г. № 14-2/10/П-3710. Доступ из справ. -правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Почти 6 миллионов россиян перешли на «удаленку» в период нерабочих дней. URL: <https://ria.ru/20200625/1573460728.html> (дата обращения: 19.09.2021).

УДК 342 (574)

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫН ЗАҢНАМАЛЫҚ ТҰРҒЫДА РЕТТЕУ

Усенбаева А. У.

«Құқық» кафедрасының аға оқытушысы, заң ғылымдарының магистры,
Еуразия технологиялық университеті, usenbaeva2013@mail.ru

Қазіргі кезде денсаулық сақтау саласын заңнамалық тұрғыда қамтамасыз ету, денсаулық сақтау аясын құқықтық реттеу мен басқару, бақылау қатынастары басты назар аударатын жағдайда. Бұл мемлекеттік саясаттың басты мақсатының бірі - халық денсаулығын сақтау мен нығайтуға бағытталғаннан көрініс алады. Сол себепті, денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесі денсаулық пен оған құқықты қорғау саласындағы ғылым мен тәжірибенің отандық және әлемнің алдыңғы қатарлы әдістерін сіңірген прогрессивті заңнамаға негізделуі тиіс.

Қазақстанда қабылданатын әлеуметтік маңызды және денсаулық сақтау аясын құқықтық реттеуге бағытталған барлық заңдар мен нормативтік-құқықтық актілер Конституцияның ережелерінің қағидаларынан туындап, оған қайшы келмеуі тиіс.

Демек, осындай қағидаларға негізделген, Қазақстан Республикасы Конституциясының 29-бабында былай делінген: Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтауға құқығы бар. Республика азаматтары заңмен белгіленген кепілді медициналық көмектің көлемін тегін алуға хақылы. Мемлекеттік және жеке меншік емдеу мекемелерінде, сондай-ақ, жеке медициналық практикамен айналысушы адамдардан ақылы медициналық жәрдем алу заңда белгіленген негіздер мен тәртіп бойынша жүргізіледі.

Сондай-ақ, мемлекет адамның өмір сүруі мен денсаулығына қолайлы айналадағы ортаны қорғауды мақсат етіп қояды. Адамдардың өмірі мен денсаулығына қатер төндіретін деректер мен жағдаяттарды лауазымды адамдардың жасыруы заңға сәйкес жауапкершілікке әкеп соғады [1].

Адамның денсаулыққа құқығы кешенді сипатқа ие және ол адам денсаулығы мен құқықтарының, бостандықтарына әсер ететін қоғамдық қатынастардың көптеген қырларын қамтиды. Бүгінгі таңда денсаулық сақтау саласын құқықтық реттеуге бағытталған тұтас құқықтық институттар да бар. Олардың ішінде азаматтардың денсаулығына әсер етуші факторлар туралы ақпараттарға құқық, азаматтардың әлеуметтік, медициналық көмектерге құқығы, халықтың жекелеген топтарының денсаулық сақтау саласындағы құқықтары және т.б. Жоғарыда аталып өткендей, азаматтарға кепілдік берілген медициналық көмекке құқық Қазақстан Республикасының Конституциясында бекітілген. Бұл құқық денсаулық сақтау саласындағы құқықтар қатарына жатқанымен, салыстырмалы түрде дербес және адам және азамат құқықтарының жүйесінде маңызды орынға ие.

Қазіргі кезде мемлекеттің денсаулық сақтау саласындағы құқық шығармашылығы қызметі дені сау адамның денсаулығын сақтау, аурулардың туындамауы мен олардың таралуының алдын алу, емге мұқтаждарды емдеу бағыттарында жүргізілуде. Сонымен қатар, халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттығы, радиациялық қауіпсіздігі, азық-түліктің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету аясындағы мәселелер, атмосфералық ауаны қорғау азаматтардың қолайлы қоршаған ортаға және оның жай-күйі туралы ақпараттар алуға конституциялық құқықтары болып табылады.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Тоқаевтың Қазақстан халқына Жолдауы «Халық бірлігі және жүйелі реформалар – ел өркендеуінің берік негізі» деп аталады. Жолдауда пандемиядан кейінгі кезеңдегі экономикалық даму туралы, пандемия кезінде мемлекет азаматтарға және кәсіпкерлерге ауқымды әрі жедел қолдау көрсетілгендігі айтылды.

Қазіргі жаһандық өзгерістер кезеңінде денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыру керектігі айтылды. Халқымыз «Бірінші байлық – денсаулық» деп бекер айтпаған. Коронавирус денсаулық сақтау саласы үшін үлкен сынақ болды. Әлемді жайлаған індеттің беті әлі қайтар емес. Күн сайын мыңдаған азаматымыз дертке шалдығып, талай адам өмірден өтуде. Біз уақыт ұттырмай індетпен күресу шараларын дереу қолға алдық. Қазақстан – коронавирусқа қарсы вакцина жасап шығарған әлемдегі санаулы мемлекеттің бірі. Біздің вакцинамыздың тиімді әрі қауіпсіз екеніне еш күмән жоқ. Қазір QazVac-қа өзге мемлекеттер де сұраныс білдіруде. Елімізде вакцина қоры жеткілікті, азаматтарымыздың таңдау мүмкіндігі бар. Көптеген мемлекеттердің бұған қолы жетпей отыр. Елімізде жаппай екпе салу жүріп жатқанымен, қоғамда оған қарсы адамдар әлі де көп. Олар өздері бас тартып қана қоймай, халықты кері үгіттеуде. Соның кесірінен қаншама жұртты адастыруда. Мұндай адамдар өзінің ғана емес, өзгенің өмірі үшін де жауап беретінін түсінуге тиіс. Сондықтан, екпе алуға қарсы үгіттеп жүргендердің жетегінде кетпеген жөн. Адамзат көптеген індетті бастан өткерген. Вакцина пайда болғаннан кейін ғана қауіпті дерттерге тосқауыл қойылғанын ұмытпауымыз керек.

Жолдауда медицина саласына қомақты қаржы құю керектігі, бұл қаражат инфрақұрылымға, маман даярлауға және халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге жұмсалуға тиіс екендігі жөнінде сөз қозғалды. Сонымен бірге, фармацевтика өнеркәсібіне ерекше көңіл бөлу қажеттілігі, вируспен күрес кезінде дәл осы сала еліміздің бәсекеге қабілеті мен қауіпсіздігі үшін маңызды екені айдан-анық болды. Сондықтан, медицина өнімдерін зертханалық және техникалық сынақтан өткізетін орталықтың қажеттілігі туындады.

Жаһандық фармацевтикалық корпорациялармен ынтымақтастық қажет, келіссөздер жүргізу керек. Инвесторларды тартып, озық технологияны және осы саладағы жаңа зерттеу жұмыстарын игеруді қолға алу керек. Отандық тауар өндірушілермен жасалатын оффтейк келісім шарттарының көлемін арттырып, өнім түрін көбейту қажет [2].

Денсаулық сақтау дегеніміз аурулардың алдын алуға және оларды емдеуге, қоғамдық гигиена мен санитарияны қолдауға, әрбір адамның тәндік және психикалық денсаулығын сақтауға және нығайтуға, оның ұзақ жыл белсенді өмір сүруін қолдауға, денсаулығынан айырылған жағдайда оған медициналық көмек беруге бағытталған саяси, экономикалық, құқықтық, әлеуметтік, мәдени, медициналық сипаттағы шаралар жүйесін қамтиды.

Денсаулық сақтау жүйесі - қызметі Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау құқықтарын қамтамасыз етуге бағытталған мемлекеттік органдар мен денсаулық сақтау субъектілерінің жиынтығынан тұрады.

Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдеде қабылданған «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінде, Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтауға конституциялық құқығын іске асыру мақсатында денсаулық сақтау саласындағы қоғамдық қатынастарды реттеу көзделген.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы заңнамасында реттелген құқықтық қатынастарға Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасының күші төменде аталған жәйттерге қолданылмайды:

1) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек көрсету жөніндегі денсаулық сақтау субъектілерінен көрсетілетін қызметтерді сатып алу, мұндай сатып алуды арнаулы

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

мемлекеттік органдардың медициналық бөлімшелері жүзеге асыратын жағдайларды қоспағанда;

2) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сатып алу, мұндай сатып алуды арнаулы мемлекеттік органдардың медициналық бөлімшелері жүзеге асыратын жағдайларды қоспағанда;

3) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сақтау және тасымалдау жөніндегі көрсетілетін қызметтерді;

4) дәрілік заттарды, медициналық бұйымдарды мемлекеттік тіркеу, қайта тіркеу және олардың тіркеу дерекнамасына өзгерістер енгізу және олардың қауіпсіздігі мен сапасын бағалау кезінде сараптаманы жүзеге асыру үшін тауарлар мен көрсетілетін қызметтерді;

5) фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді;

6) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды есепке алу және өткізу жөніндегі көрсетілетін қызметтерді сатып алу бөлігінде қолданылмайды [3].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы заңнамасының мақсаты Қазақстан Республикасы халқының денсаулығын сақтау мен нығайту үшін қолжетімді және сапалы медициналық көмекті қоса алғанда, азаматтардың денсаулығын сақтау құқығын іске асыруын қамтамасыз ету болып табылады.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы заңнамасының міндеті Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын жақсартуға бағытталған құқықтық жағдайлар жасау болып табылады.

Денсаулық сақтау саласындағы қатынастарды құқықтық реттеу мынадай қағидаттарға негізделеді: Қазақстан Республикасы азаматтарының қауіпсіз, тиімді және сапалы медициналық көмек алу құқықтарының теңдігін қамтамасыз ету; мемлекеттің, жұмыс берушілердің және адамдардың жеке және қоғамдық денсаулықты сақтау мен нығайту үшін ортақ жауапкершілігі; ана мен баланы қорғау; тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қамтамасыз ету; халықтың денсаулығын, дәрілік заттардың қауіпсіздігін, сапасы мен тиімділігін ұлттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету факторларына жатқызу; қауіпсіз, сапалы және тиімді дәрілік заттардың, медициналық бұйымдардың қолжетімділігін және олардың ұтымды пайдаланылуын қамтамасыз ету; денсаулық сақтаудың халықтың қажеттіліктерін, мұқтажын қанағаттандыруға және өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған әлеуметтік бағдарлылығы; саламатты өмір салтын және дұрыс тамақтануды қалыптастыруға жәрдемдесу; денсаулық сақтау жүйесі қызметіндегі профилактикалық бағыттың басымдығы; медициналық көмектің қолжетімділігі; медициналық көмектің сапасын үнемі арттыру.

Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау құқықтарын қамтамасыз етуге қоғамдық бірлестіктердің қатысуы; халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығын қамтамасыз ету; медициналық көмек көрсету кезінде денсаулық сақтау субъектілері қызметінің сабақтастығы. Қазіргі заманғы оқыту технологияларын пайдалана отырып, денсаулық сақтау саласындағы білім беру қызметінің үздіксіздігі мен сабақтастығын қамтамасыз ету. Отандық медицина мен фармацевтика ғылымын мемлекеттік қолдау, профилактика, диагностика, емдеу және медициналық оңалту, жаңа дәрілік заттардың инновациялық әзірлемелері саласындағы ғылым мен техниканың озық жетістіктері мен технологияларын, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы әлемдік тәжірибені ендіру; ерікті өтеусіз донорлықты көтермелеу; отандық әзірлемелерді және бәсекеге қабілетті медициналық және фармацевтикалық

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

өнеркәсіпті дамытуды мемлекеттік қолдау; қоғамның денсаулықты сақтау мәселелеріндегі мүмкіндіктерін кеңейту; халықтың барлық санаттары мен топтарын денсаулықты сақтау және нығайту жөніндегі іс-шаралармен қамту.

Денсаулықты қорғауға байланысты қоғамдық қатынастарды құқықтық реттеуге байланысты құқықтық ережелердің тамыры терең жатыр. Қазақ қоғамындағы денсаулыққа келтірілген зиян үшін құн мәселесіне байланысты билер шешімі, «Жеті Жарғыдағы» денсаулыққа және адам өміріне келтірілген зардап үшін құнның белгіленуі, осы мәселелерден туындаған дауларды реттеу секілді нормалардың бекітілуі біздің сөзіміздің дәлелі бола алады. Денсаулықты қорғауға байланысты қазақ қоғамындағы әдет-ғұрып нормалары мен оларға байланысты билер шешімдері және Қазақ хандықтарында бекітілген ережелер өз алдына бөлек ғылыми зерттеудің тақырыбы деп ойлаймыз.

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы кодекстің басты мақсаты біртұтас ұлттық денсаулық сақтау жүйесін қалыптастырып, денсаулық сақтау саласын тиімді әрі ұтымды мемлекеттік реттеу және басқару болды деуге болады. Енді осы аталған мәселелердің негізгілеріне тоқталып өтсек. Алдымен кодекстің ерекше тұстарына сипаттама беріп, алдыңғы заңдарға қарағандағы жетістіктері туралы өз пікірімізді айтып, артынан жетілдірілуі керек жерлері туралы ойларымызды білдірсек [4].

Отандық медицина мен фармацевтика ғылымын мемлекеттік қолдау, профилактика, диагностика, емдеу және медициналық оңалту, жаңа дәрілік заттардың инновациялық әзірлемелері саласындағы ғылым мен техниканың озық жетістіктері мен технологияларын, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы әлемдік тәжірибені ендіру. Сонымен қатар, ерікті өтеусіз донорлықты көтермелеу, отандық әзірлемелерді және бәсекеге қабілетті медициналық және фармацевтикалық өнеркәсіпті дамытуды мемлекеттік қолдау, қоғамның денсаулықты сақтау мәселелеріндегі мүмкіндіктерін кеңейту, халықтың барлық санаттары мен топтарын денсаулықты сақтау және нығайту жөніндегі іс-шаралармен қамту.

Қазақстан Республикасының заңнамасы талаптарының сақталуы мен орындалуын тексеруге, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы құқық бұзушылықтардың алдын алуға, оларды анықтауға, жолын кесуге және жоюға бағытталған шаралар кешені денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік бақылау мен қадағалау жөніндегі мемлекеттік саясатты іске асыру деп танылады.

Денсаулық сақтау қатынастарын реттеген еліміздің заңнамасын талдауды қорытындылай келе, қазіргі таңда еліміздің денсаулық сақтау саласындағы заңнамасы белгілі бір деңгейде қалыптасты және ол азаматтардың құқықтарының кеңеюі мен қорғалуын қамтамасыз ету, осы саладағы мемлекеттік басқаруды жетілдіру, мемлекеттің әлеуметтік функциясын одан әрі жүзеге асыру бағытында даму үстінде. Себебі денсаулық сақтау саласындағы заңнама денсаулық сақтау жүйесінің тұрақты жұмыс істеуінің құқықтық бастауы болып табылады, ол денсаулық сақтау саласын ғана емес, әлеуметтік саланы реттеудің негізгі механизмі рөлін атқарады. Сондықтан денсаулық сақтау саласының заңнамасын жетілдіру арқылы салада қалыптасып отырған дағдарыстан шыға аламыз.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Қазақстан Республикасы Конституциясы. 30.08.1995. // [http:// adilet.zan.kz /kaz/docs/k950001000](http://adilet.zan.kz/kaz/docs/k950001000).
2. Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Тоқаевтың Қазақстан халқына Жолдауы Халық бірлігі және жүйелі реформалар – ел өркендеуінің берік негізі. // Қазақстан Республикасы

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Президентінің ресми сайты. <https://www.akorda.kz/kz/memleket-basshysy-kasym-zhomart-tokaevtynkazakistan-halkyna-zholdauy-183555>.

3. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы. Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>.

4 .Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын мемлекеттік басқаруды құқықтық реттеу / Қ.М. Қожабек. – Алматы: Қазақ университеті, 2020.

Секция 2. Состояние и проблемы современной судебной практики по делам в отношении медицинских работников и медицинских организаций. Проблемы уголовной ответственности в сфере здравоохранения

УДК: 616.314(049.3)

СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЕ

Аманжолова А.М.

студент 5 го курса стоматологического факультета НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, z2077@mail.ru

Научный руководители:

Кусаинова Ж.Д.

ассистент кафедры детской стоматологии НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан

Сулейменова Д.М.

кандидат медицинских наук доцент НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан

Актуальность: В последние годы, несмотря на внедрение в эндодонтическую практику новых технологий, инструментария и материалов, качество эндодонтического лечения остается довольно низким уровне. Это может быть связано с большим количеством ошибок и осложнений в ходе лечения пациента. Они могут возникнуть на разных этапах, начиная с неправильной постановки диагноза, выбора метода лечения, нарушения во время проведения лечения выбранным методом, незнания топографических особенностей зуба, применение некачественных эндодонтических инструментов [1]. Поэтому актуальность темы на сегодняшний день остается значимой и важной для изучения.

Цель работы: изучение литературного обзора с глубиной 5 лет по аспектам распространенности судебных дел в стоматологии.

Материалы и методы исследования: был произведен систематический поиск и анализ данных научных публикации в электронно-поисковых системах PubMed; в электронных библиотеках «КиберЛенинка».

Результаты исследования: Среди различных дисциплин стоматологии случаи, связанные с эндодонтией, являются наиболее часто подаваемыми исками о халатности. Это связано с тем, что процедуры эндодонтического лечения включают оперативные и хирургические процедуры с использованием различных медикаментов и методик. Эндодонтическими процедурными ошибками могут быть предоперационные ошибки (как неправильная диагностика), интраоперационные ошибки, включая перфорацию корневого канала и пульповой камеры, образование выступа, приводящее к апикальной транспортировке, несчастные случаи с гипохлоритом и перелом инструментов. Что еще более важно, отказ от использования коффердама может привести к вдыханию или проглатыванию эндодонтических инструментов [2, 3]. При таких обстоятельствах эндодонту, возможно, придется столкнуться с юридическими последствиями. В связи с возросшей нагрузкой на здравоохранение и осведомленностью пациентов важно знать юридические последствия. Поэтому необходимо принять меры предосторожности для предотвращения любых послеоперационных осложнений, жалоб пациентов и неудач. Для это-

го врач стоматолог должен учитывать этические принципы и строго придерживаться стандартов здравоохранения при проведении диагностики и лечения. Направление к специалисту или консультанту-эндодонту всегда является приемлемым вариантом и должно рассматриваться в наилучших интересах пациента. Цель статьи - осветить различные аспекты недобросовестной практики в клинической эндодонтии, а также связанные с этим материалы и проблемы. Кроме того, были обсуждены часто встречающиеся операционные ошибки во время эндодонтического лечения, возможные последствия, меры предосторожности и лечение [4].

Вывод: В связи с возросшей нагрузкой на здравоохранение и осведомленностью пациентов важно знать юридические последствия. Поэтому необходимо принять меры предосторожности для предотвращения любых послеоперационных осложнений, жалоб пациентов и неудач. Для этого врач стоматолог должен учитывать этические принципы и строго придерживаться стандартов здравоохранения при проведении диагностики и лечения.

Список использованных источников

1. Mothanna Alrahabi, Muhammad Sohail Zafar and Necdet Adanir. Aspects of Clinical Malpractice in Endodontics. 2019 Jul; 13(3): 450–458.
2. Wentao Jiang,a,b Yufei Wang,a,b Junyuan Luo,a,b Xiangshu Chen,a Yuhao Zeng. Antimicrobial Peptide GH12 Prevents Dental Caries by Regulating Dental Plaque Microbiota. July 2020 Volume 86 Issue 14 e00527-20.
3. M. Alkilzy, A. Tarabaih, R.M. Santamaria, and C.H. Splieth. Self-assembling Peptide P11-4 and Fluoride for Regenerating Enamel. Journal of Dental Research 2018, Vol. 97(2) 148–154
4. Xiangqun Ju, Loc Do, Diep Ha, Lisa Jamieson. Association of Modifiable Risk Factors With Dental Caries Among Indigenous and Nonindigenous Children in Australia. 2019;2(5):e193466.

УДК 343

МЕДИЦИНСКИЕ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ: ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ И НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Жаппарова А.С.

профессор НОД «Право» Высшей школы права и государственного управления НАО
«Университ Нархоз», кандидат юридических наук, доцент
e-mail: almira.zhapparova@narhoz.kz

Право на охрану здоровья закреплено статьей 29 Конституции Республики Казахстан. Обращаясь за медицинской помощью, мы хотим получить своевременную качественную помощь. Гарантии обеспечения прав в области здравоохранения предусмотрены статьей 76 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс РК о здоровье).

1. Ни для кого ни секрет, что медицинская деятельность сопряжена с высокой долей риска. И даже прогресс в этой области не исключает вероятности неблагоприятного исхода в некоторых случаях. Летальность исхода или вред здоровью могут быть связаны с дефектами оказания медицинской помощи, что может быть вызвано как нарушениями в организации оказания медпомощи, так и ошибочностью действий медработника. Наступившие последствия могут явиться результатом ятрогенных заболеваний. Наконец, наступление последствий может рассматриваться как несчастный случай. Поэтому с точки зрения права очень важно устано-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

вить, находятся ли эти нежелательные последствия в причинно-следственной связи с выполняемыми действиями, или лежат за пределами медицинских манипуляций.

Впервые глава «Медицинские уголовные правонарушения» была введена в Уголовный кодекс Республики Казахстан в июле 2014 г. (далее – УК РК). Нельзя сказать, что уголовному законодательству ранее не были известны «медицинские преступления». Ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работниками, разглашение врачебной тайны, неоказание помощи больному и некоторые другие предусматривалась и в УК КазССР, и в УК РК 1997 г. Но при этом статьи об ответственности за нарушения в сфере охраны здоровья были размещены в различных главах УК (преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности; преступления против конституционных и иных прав и свобод человека и гражданина; преступления против здоровья населения и нравственности).

Выделение новой главы оправданно как в теоретическом смысле, так и с точки зрения правоприменительной практики. Объединение группы правонарушений с позиции общности родового объекта посягательства дает возможность обеспечить и правильную квалификацию, и назначение наказания, соответствующего характеру и опасности совершенного деяния.

Обеспечение качественной, квалифицированной медицинской помощью, соблюдение заповедей медицинской этики и деонтологии является профессиональным долгом и делом совести каждого медицинского работника. Оказывая медицинскую помощь, врач берет на себя не только профессиональную, но и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Отступление от стандартов и протоколов лечения, несвоевременное или недобросовестное оказание медицинской помощи способно привести к профессиональным нарушениям.

Медицинские и фармацевтические работники могут быть привлечены к различным видам юридической ответственности, начиная от дисциплинарной, и заканчивая уголовной. Уголовная ответственность - один из наиболее строгих видов юридической ответственности. Как и по любым иным уголовным правонарушениям, фактическим основанием юридической ответственности будет совершение медицинского правонарушения. Под ним следует понимать противоправное виновное (умышленное или неосторожное) действие или бездействие медицинского работника, нарушающее установленные законом или иными правовыми актами правила и инструкции, либо приводящее или способное привести к причинению вреда жизни или здоровью человека.

В действующем УК РК глава 12 об ответственности за медицинские уголовные правонарушения объединила 7 статей (ст.ст.317- 323):

Статья 317. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

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

Статья 319. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности.

Статья 320. Неоказание медицинской помощи.

Статья 321. Разглашение тайны медицинского работника.

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.

Статья 323. Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами или

медицинскими изделиями.

Одна из болевых точек, по мнению медицинского сообщества, это рост числа случаев привлечения к уголовной ответственности. Страницы газет и интернет-изданий, порой пестрят очень хлесткими заголовками о декриминализации врачебной ошибки или о сотнях фактах осуждения врачей. Иногда недостаточно взвешенный подход со стороны блогеров и журналистов, сопровождающийся сильным эмоциональным фоном, негативно влияет на формирование общественного мнения. Наверное, лучше обратиться к реальным цифрам официальной статистики. По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК за 12 мес. 2020 г. по всей республике в Едином реестре досудебного расследования (ЕРДР) всего зарегистрировано 256 медицинских уголовных правонарушений. Из них наибольшее число приходится на «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» (ст.317 УК РК) - 246 случаев. Если говорить о статистике вынесенных приговоров, то в 2020 г. по ст.317 УК было осуждено 14 человек, 2-е оправдано. Если принять во внимание 9 мес. текущего 2021 года, то всего зарегистрировано в этот период 172 уголовных правонарушения. Из них на долю ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей приходится 165 случаев. За этот же период осуждено 9 лиц. И все девять по ст.317 УК РК [1].

На долю иных медицинских уголовных правонарушений в 2020 году пришлось от 1 до 4 зарегистрированных случаев по каждой статье:

- Статья 318 – 1
- Статья 319 - 1
- Статья 320 - 2
- Статья 321 - 1
- Статья 322 - 4
- Статья 323 – 1.

Поэтому вряд ли правильно говорить о том, что идет массовое осуждение медицинских работников.

На слуху у казахстанцев череда громких резонансных случаев, произошедших в различных регионах страны. Конечно, смерть каждого пациента - невосполнимая утрата. Но насколько мы можем говорить о вине врача в каждом случае, когда выявляется вред здоровью. Пожалуй, это главный вопрос, который беспокоит медицинское сообщество.

2. Если говорить о правоприменительной практике, то одна из основных задач - правильное разграничение случаев «ненадлежащего выполнения обязанностей» медицинских работников, повлекших последствия, и случаев «медицинского инцидента», исключающего уголовную ответственность. Медицинский инцидент впервые был введен в ст.270 Кодекса РК о здоровье в июле 2020 г., тем самым за рамки ответственности выведены случаи причинения вреда, не связанные с нарушением правил оказания медицинской помощи. Автор высказывал ранее свою позицию относительно редакции пункта 5 ст.270 Кодекса РК о здоровье [2, с.64-65].

3. Медицинский инцидент - событие, связанное с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами организации оказания медицинской помощи и с использованием технологий, оборудования и инструментов, обусловленное отклонением от нормального функционирования организма, которое может нанести вред жизни и здоровью пациента, а также привести к смерти пациента, за исключением случаев, предусмотренных административным и уголовным законодательством Республики Казахстан [3]. Иными словами, необходимо найти тот критерий, который позволит провести грань между преступным и непроступным. Надо понимать, что, расследуя «медицинские дела», следователю трудно правильно сориентироваться

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

в специфике медицинских действий. Понятие медицинского инцидента введено в Кодекс о здоровье, но при этом в самом УК РК отсутствуют какие-либо примечания и дополнения, позволяющие избежать юридических ошибок в решении этого вопроса.

4. Решение ряда вопросов правового характера в сфере охраны здоровья, укрепление статуса медицинского работника требует скорейшего принятия Закона о страховании профессиональной ответственности медицинского работника. В действующем Кодексе РК о здоровье, как и в Кодексе РК о здоровье 2009 года, закреплено право на страхование профессиональной ответственности при отсутствии признаков небрежного и халатного отношения. Но что оказывается на деле: право закреплено де-юре, де-факто реализовать его невозможно – отсутствует механизм его реализации. Принятие закона должно обеспечить защиту имущественных интересов поставщиков медицинских услуг за причинение вреда жизни или здоровью пациента при отсутствии в их действиях вины; повысить качество оказания медицинских услуг; гарантировать права граждан на возмещение вреда здоровью [2, с.68]. Обсуждение этого вопроса началось еще в 2012 г., и до настоящего времени было разработано несколько законопроектов, но, к сожалению, до сегодняшнего дня Закон не принят.

Говоря о мерах уголовного наказания за совершение медицинских уголовных правонарушений, надо отметить, что с учетом опасности совершенных деяний, тяжести причиненного вреда, предусмотрены такие наказания, как: штраф; исправительные работы; привлечение к общественным работам; ограничение свободы; лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью; арест; конфискация имущества; лишение свободы.

Оказание медицинской помощи – всегда двусторонний процесс, где и пациенты, и медицинские работники наделяются взаимными правами и обязанностями. Мы не просто должны обмениваться информацией, а правильно воспринимать и понимать ее. Недостаточное их знание нередко лежит в основе возникающих конфликтных ситуаций. Минимизировать спорные конфликтные ситуации можно через гибкое сочетание права, медиации и психологии. Необходимо повышение уровня правовых знаний медицинских работников. Назрела необходимость принятия Нормативного постановления Верховного суда РК, где были бы проанализированы спорные сложные моменты квалификации медицинских уголовных правонарушений. В совершенствовании нуждается и уголовное законодательство.

5. От ошибок и промахов не застрахован никто. Важно вовремя увидеть эту ошибку и не допускать ее в будущем. Только тогда можно будет говорить о возвращении со стороны общества к пониманию высокого статуса врача и всех медицинских работников. Укрепление статуса медицинского работника позволит не только избежать «профессионального выгорания», но и остановит желание уйти из профессии.

Список использованных источников

1. Статистические данные Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК за 2020 – 2021 г.г. [Электронный ресурс]. -Режим доступа:<https://qamqor.gov.kz/portal/page/portal/POPageGroup/Services/Pravstat> (дата обращения: 27.10.2021 г.).
2. Жаппарова А.С. Правовое регулирование охраны здоровья в Казахстане: уроки прошлого и опыт настоящего// Право и государство. 2021. № 1 (90). – С. 54-72.
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-147/2020 «Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

инцидента, их учета и анализа» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511> (дата обращения: 28.10.2021 г.).

УДК 342.9(4/9)

Административно-правовое регулирование страхования профессиональной ответственности как форма правовой защиты медработников: зарубежный опыт

Жамбаев Е.С.

доцент кафедры медицинского права и этики, кандидат юридических наук, НАО
«Медицинский университет Астана»
e-mail: zhambaev_es@mail.ru

Опыт страхования профессиональной ответственности медицинских работников зарубежных стран будет рассмотрен по данным литературы на примере шведской системы страхования ответственности от вреда, наступающей без вины страхователя.

Система страхования ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя, (СОВБВС) внедряется как альтернатива системе деликтной ответственности и принята многими развитыми странами (Швеция, Финляндия, Австралия и др.) [1].

Система СОВБВС — это «социальное страхование доброй воли». Данная система предусматривает получение пациентами компенсации без требования предоставления доказательства вины со стороны медицинских работников.

Основной идеей СОВБВС является устранение ошибки или вины из системы компенсации, что позволяет достичь большей справедливости, обеспечить пациентам возможность свободного доступа к системе и получения компенсации, а также упростить судебную процедуру. Компенсация основана на доказательстве «причинной» связи между лечением и нанесенным здоровью пациента ущербом.

Рассмотрим подробнее структуру этой системы, систему компенсаций, финансирование и эффективность.

1. Структура системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Схема социального страхования гарантирует пострадавшим и их семьям покрытие медицинских расходов и потерю заработной платы из-за болезни или повреждения вне зависимости от причины. Первое социальное страхование — страхование безопасности — было создано для страхования повреждений, возникших при профессиональной деятельности, в том числе и профессиональных заболеваний. Затем была разработана комплексная система компенсаций за медицинский «вред от лечения» и внедрено страхование компенсаций пациентов (СКП). СКП – это добровольная программа страхования, обеспечивающая компенсации пострадавшим пациентам и их семьям без доказательства вины поставщика медицинских услуг. В случае если пациентов не удовлетворяют компенсации, они сохраняют за собой право обратиться в суд. СКП страхует от негативных последствий, полученных как в государственных больницах, так и частных клиниках. СКП дополняет общую систему социального страхования и выбирает дополнительные компенсации в связи с несоответствующим медицинским уходом [2].

2. Определение нанесенного вреда, подлежащего компенсации.

Вред от лечения, подлежащий компенсации, должен появиться в ходе деятельности

по медицинскому уходу и охране здоровья и должен иметь физический характер.

Крайний срок, в течение которого пациент может подать претензию, составляет десять лет со времени, когда был нанесен вред здоровью. Претензия подлежит компенсации в случае сообщения пациентом о болезни, длящейся минимум 30 дней, или госпитализации не менее 10 дней, а также наличии стойкой нетрудоспособности или смерти. При выплате компенсации «вреда от лечения» учитываются три фактора:

1) должна быть прямая связь между охраной здоровья и ущербом здоровью, при которой ущерб должен наступить в ходе медицинского лечения, осуществляемого через систему здравоохранения, и уход выполнен врачом или поставщиком услуг здравоохранения, включая частных врачей;

2) лечение не имело медицинского обоснования;

3) возможность исключения ущерба при лечении другим, более эффективным способом.

И хотя причинная связь является необходимым условием, этого недостаточно для компенсации. Компенсация не выплачивается за неизбежный ущерб или, если ущерб является следствием риска, принятого в целях избегания угрозы для жизни. Выделены пять групп вреда, подлежащих компенсации: вред от фактического лечения (1), вред, вызванный диагностическим воздействием (2), вред, вызванный неправильным диагнозом (3), случайный вред (4), инфекционный вред (5).

3. Определение компенсации и система выплат.

Гражданам страхуют медицинские расходы и потери заработной платы вследствие болезни или вреда вне зависимости от причины. Размер компенсации за медицинский вред определяется после вычета сопутствующих пособий, которые пациент получил из других систем страхования. Обычно прямые экономические потери (прямые затраты, возникающие в результате вреда — на охрану здоровья, потеря заработка и др.) компенсируются полностью в виде единовременной выплаты, а неэкономические потери (возмещение за боль и страдания пациента и семьи) — в виде системы периодических выплат в течение определенного промежутка времени.

Компенсация за боль и страдание ограничивается верхним порогом, регулярно обновляемым.

4. Организация.

Порядок подачи иска прост как для пациентов, так и для врачей, условное вознаграждение адвокатам запрещено. Компания взаимного страхования совета графства (КВССГ), образованную Федерацией совета графств Швеции. Компания создана для организационной функции, решает вопрос о компенсации по иску на основании письменных записей и медицинских отчетов. В случае несогласия с вынесенным решением, пациент может подать апелляцию в Исковой комитет пациентов, решение которого являются преобладающим над КВССГ. Следующая инстанция, рассматривающая иск, - Апелляционный суд, решение которого является окончательным и обязательным.

5. Финансирование

Основное финансирование осуществляется региональными советами графств, которые занимаются организацией и финансированием медицинского ухода в Швеции, и управляется страхованием компенсации пациентов (СКП).

Региональные советы аккумулируют средства посредством поступления подоходного налога и вкладывают их в СКП из расчета на душу населения. Другая часть СКП формируется за счет общей номинальной платы за амбулаторные посещения врачей общей практики, и страховых взносов, выплаченных частными врачами.

6. Предупреждение

Так как данная система разработана для предоставления компенсации, она не направлена на предупреждение халатности. Поэтому при выплате компенсации пациенту врач не страдает от обвинения, финансового убытка или потери репутации. Положительным моментом является тот факт, что врачи стали более открыты в предоставлении информации о причинах ущерба, поскольку поиск виновного не является целью данной системы. Медицинские работники обязаны иметь страхование ответственности, предоставляемое им Консорциумом страхователей.

Дисциплина медицинских работников регулируется Комиссией по медицинской ответственности (КМО). Но в связи с тем, что комиссия, проведя исследование иска пациента, делает выговор или выносит предупреждение работнику, и при этом ни врач, ни пациент не несут никаких финансовых последствий, сдерживающего влияния на врачей КМО не, оказывается. Таким образом, отсутствие связи между методами предупреждения и выплатами компенсаций является ключевым аспектом, влияющим на готовность врача выплачивать компенсации пациенту через СКП [3].

7. Эффективность.

Эффективность системы страхования ответственности при возмещении ущерба от медицинской ошибки пострадавшим зависит от того, насколько ущерб, подлежащий компенсации, соответствует пострадавшему, получившему ее.

Исключение в системе СОВБВС вины или обвинения из возмещения не только облегчает пострадавшим процедуру подачи иска, но и увеличивает шансы выявления медицинской ошибки, а также выплаты компенсации.

Так при деликтной системе пострадавшие от медицинской ошибки несут достаточно большие финансовые издержки в связи с судебным производством, увеличивающиеся в зависимости от продолжительности процесса. Кроме того, не существует гарантий принятия решения присяжными в пользу пациента. Для врачей и страхователей судебный вердикт непредсказуем, зачастую суммы возмещения за причиненный нематериальный ущерб значительно больше. Все эти факторы способствуют критике эффективности деликтной системы и необходимости ее реформирования или заменой альтернативными системами.

В США количество поданных исков при системе СОВБВС на 50% больше, чем при деликтной [4]. В этой системе медицинские работники несут прямые расходы для управления системой профессиональной ответственности, т.к. они финансируют ее посредством выплаты страховых взносов. Многие врачи специальностей с высокой степенью риска говорят о том, что они практикуют «перестраховочную медицину», прописывая больше анализов, проводя больше времени с пациентами, ведя учет или уклоняясь от сложных пациентов, или отправляя их к специалистам. В таком случае «перестраховочная медицина» может стать благотворной для пациентов, являясь при этом и дорогостоящей одновременно.

Реформирование системы страхования за рубежом может быть связано с: ограничением доступа пациентов к судам; сокращением количества исков; уменьшением вероятности победы пострадавшего.

Ограничение доступа пациентов к судам может осуществляться введением исковой давности, устанавливающей предельный срок подачи иска либо проведением досудебного предварительного рассмотрения комиссией экспертов. Предлагается замена судебного разбирательства менее официальным процессом с привлечением профессионалов [5]. Целями альтернативного разрешения споров (АРС) являются: участие более опытных (по сравнению с присяжными) экспертов в спорной области; сокращение расходов, возникающих при рассмотрении спора; исключение роли «щедрых присяжных»; уменьшение расходов на разрешение

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

мелких исков и, как следствие, эффективное отсеивание неперспективных исков. Также, в качестве альтернативы судебному процессу, может использоваться добровольный связный арбитраж, который подразумевает сокращение расходов обеих сторон. Разрешение спора в этом случае происходит в частном порядке сторонами с участием беспристрастной третьей стороной, как правило, экспертом в области спора.

Сокращение количества исков происходит из-за изменения судебного процесса или уменьшения стимулов подачи иска. Самым прямым способом препятствования искам является наложение ограничений на сумму компенсации ущерба.

Изменение правовых норм определения халатности врачей приведет к сокращению вероятности победы пострадавшего. Кроме этого, предлагается существенно изменить систему профессиональной ответственности, которая предусматривает исключение ответственности врача и возложение ответственности на медицинские учреждения с целью контроля и улучшения качества медицинских услуг, сокращения страховых взносов врачей, упрощения процесса разрешения конфликта.

В проанализированной литературе отмечено, что совершенной системы страхования ответственности медицинских работников, в которой расходы, методы предупреждения, эффективность и законность компенсации были бы сбалансированы, не существует. Поэтому необходим компромисс между судебными издержками и другими факторами рынка профессиональной ответственности, такими как методы предупреждения, конкурентный рынок страхования ответственности или эффективность.

В заключении данной статьи, необходимо отметить - изучение зарубежного опыта страхования профессиональной ответственности медицинских работников показывает, что совершенной системы страхования ответственности медицинских работников, в которой расходы, эффективность и законность компенсации были бы сбалансированы, не существует [6]. Опыт зарубежных стран необходимо использовать при формировании механизмов страхования гражданской ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью, в Казахстане, с учетом особенностей системы здравоохранения нашей страны.

Список использованных источников

1. International symposium on society, medicine and law. March 1972. Amsterdam, London, NY - 1973. - 204 p.
2. Laine C, Dairdoff F. Patient-Centered Medicine. - A Professional Evolution. TAMA, 1996. - №2. - pp. 152-156
3. World congress on medical law. Gent (Belgium) 18-22 VIII-1991, Proceedings, vol. 1, Gent, 1991. - 477 p.
4. Brazier, Margaret. Medicine, Patients and Law. Harmondsworth, Penguin - 1987, XXIIL - 375 p.
5. World congress on medical law. Gent (Belgium) 18-22 VTII-1991, Proceedings, vol.1, Gent, 1991. - 958 p.
6. G.JAnnas. The Rights of Patients: The Basic ACLU Guide to Patient Rights.- 2nd Ed. Humana Press, New Jersey - 1992.- 314 pp.

УДК 343.13

УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИМ УГОЛОВНЫМ ПРАВОНАРУШЕНИЯМ

Когамов М.Ч.

д.ю.н., профессор, Университета КАЗГЮУ им. М. Нарикбаева, почетный юрист РК,
председатель Общественного совета МВД РК

Как известно, УК Казахской ССР 1959 года, УК РК 1997 года, не выделяли в отдельную главу преступления сугубо в сфере медицины или деяния, совершенные медицинскими работниками при выполнении профессиональных и служебных обязанностей. Дальше в этом плане был очередной УК РК 2014 года, который закрепил в отдельной 12 Главе 7 статей, устанавливающих уголовную ответственность за разные виды медицинских уголовных правонарушений. Тем самым, подчеркнув важность уголовно-правовой защиты прав и интересов личности, общества и государства в этой области человеческой деятельности.

В отличие от УК, принятый в 2014 году новый УПК, как и, впрочем, УПК Казахской ССР 1959 года и УПК РК 1997 года, ничего кардинального в этом направлении уголовно-процессуальной деятельности, не предпринял. Полагаю, что это неправильно.

Практика уголовного процесса всегда убеждает меня в том, и я постоянно обращаю внимание на это обстоятельство законодателей и правоприменителей, что каждая Глава Особой части УК, регламентирующая соответствующие виды уголовных правонарушений, нуждается в установлении в УПК только ей присущих методов досудебного и судебного разбирательства, как залога эффективности расследования и рассмотрения в судах уголовных дел любой сложности.

Что я имею ввиду?

Первое. Законодатель не предусмотрел отдельную главу в разделе 11 УПК «Особые производства», регламентирующую особенности производства по делам о медицинских уголовных правонарушениях. Думаю, что это стоило сделать. Здесь давно напрашивается отдельный предмет, программа доказывания обстоятельств, подлежащих установлению по этим уголовным делам, а также особый арсенал процессуальных средств собирания доказательств. Надо признать, что речь идет о довольно специфичной профессиональной деятельности, зачастую сопряженной с неосторожностью, невиновным причинением вреда, обоснованным риском. Немаловажно, в этой связи, исключить необоснованное подозрение, обвинение, осуждение врача в том, чего он не совершал на самом деле.

Второе. Безусловно, что расследование и судебное рассмотрение дел о медицинских уголовных правонарушениях, всегда требует специализации следователей, прокуроров, судей, вне всякого сомнения, адвокатов, как защитников и представителей сторон такого уголовного дела. В этом плане, надо безотлагательно обеспечить на постоянной основе профессиональную подготовку всех вышеуказанных субъектов уголовного процесса, вплоть до введения отдельных курсов и дисциплин в правоохранительных, юридических вузах страны.

Третье. Немаловажно создать в рамках совместных приказов Министерства здравоохранения, МВД, согласованных с Генеральным Прокурором Республики, компетентные комиссии из числа специалистов: известных практикующих медиков, представителей медицинских вузов страны, которые первыми реагировали бы на все случаи сложных нарушений профессиональных и служебных обязанностей медицинскими работниками, повлекшими причинение вреда пациентам медицинских организаций, независимо от форм собственности.

Заклучения таких комиссий, если она придет к выводу о наличии признаков медицинского уголовного правонарушения, следует принимать во внимание для организации начала досудебного расследования подобных уголовных дел. То есть, такие заключения должны быть обязательны до приема и регистрации заявления, сообщения о событии в ЕРДР.

Иначе говоря, такой порядок позволит избежать незаконного и необоснованного вовлечения в орбиту уголовного процесса медперсонала и пациентов медицинских организаций.

Четвертое. В контексте изложенного, кроме того, в интересах защиты прав медицинских работников, все случаи медицинских уголовных правонарушений, уже в ходе досудебного расследования, должны быть основанием обязательного назначения судебной экспертизы, в том числе комплексной, комиссионной. С этой целью, следует внести необходимое дополнение (основание) в часть первую статьи 271 УПК «Обязательное назначение экспертизы», оговорив, при этом, цели данного вида экспертизы.

УДК 343

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДЕ АДАМНЫҢ ӨМІРІ МЕН
ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚЫЛМЫСТЫҚ-ҚҰҚЫҚТЫҚ ҚОРҒАУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ТӘЖІРИБЕСІ**

Кудайбергенова М.Ж.

«Астана Медицина университеті» КеАҚ медицина құқығы және этикасы кафедрасы-
ның аға оқытушысы, халықаралық құқық магистрі,
e-mail: el_orken@mail.ru

Денсаулық сақтау қоғамның әлеуметтік өмірінің маңызды салаларының бірі болса, медициналық көмек алу кезінде адамның өмірін, денсаулығын қорғау және олардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету мемлекеттің маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Мемлекеттердің даму кезеңдеріне және құқықтық жүйелеріне байланысты медициналық көмек көрсететін адамдардың құқықтық мәртебесі мен жауапкершілігі өзгерді. Біздің мемлекетіміздің де денсаулық сақтау саласындағы бағыттары жетілдірілуде.

Адам өмірі мен денсаулығы мемлекет пен құқықтың қорғауындағы негізгі конституциялық қорғалатын құндылықтар болып табылады [1]. Денсаулық сақтау жүйесіне қол жеткізу, оның деңгейі мен сапасын қолдау Қазақстан Республикасының негізгі ұлттық мүдделеріне жатады. Қазақстандағы медицина, кез-келген басқа ел сияқты, азаматтардың денсаулығы мен әлауқатын қорғауға арналған, ал денсаулық сақтау жүйесі әлеуметтік бағыттың ең маңызды саласы екендігін атап өттік. Мемлекетіміз халық денсаулығын қорғауға бағытталған шараларды жетілдіру бойынша барлық мүмкіндіктерді қарастыруда. Маңызды өзгерістің бірі 2009 жылғы 17 қыркүйекте «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодекс қабылданғаны, оның негізі қазақстан медицинасының мәртебесін арттыру және халықаралық стандарттар деңгейіне сәйкес болуға ұмтылуы болды. Осыған орай денсаулық сақтау саласындағы өзіндік орны бар, әлем елдеріне денсаулық сақтау саласында бағыт бағдар көрсетіп отырған ұйымдар мен халықаралық құжаттарға тоқтала кетсек.

Жалпыға бірдей адам құқықтары мен бостандықтары туралы декларацияның 25-бабы әрбір адамның өзінің және оның отбасының денсаулығы мен әл-ауқатын сақтау үшін қажет медициналық көмек пен қажетті әлеуметтік қызметтерді қоса алғанда, осындай өмір сүру деңгейіне құқығы бар деп жариялайды [2].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жарғысы (Конституциясы) барлық халықтардың денсаулығы бейбітшілік пен қауіпсіздікке қол жеткізудің негізгі факторы болып табылады және жеке адамдар мен мемлекеттердің ынтымақтастығына байланысты дей келе, үкіметтер өз халықтарының денсаулығы үшін жауап береді және бұл жауапкершілік денсаулық сақтау саласындағы тиісті әлеуметтік шараларды қабылдауды талап етеді деген тұжырымды ұсынады [3].

Жалпы біздің еліміз Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымына 1992 жылы 19 тамызда ұйымның 180-ші мүше мемлекеті болып қосылды. Географиялық тұрғыдан еліміз осы ұйымның еуропалық аймағына жатады. 2015-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының басқарушы органы-Атқарушы комитетінің құрамына кірді. Медицина саласында өзіндік маңызы бар құжаттардың бірі 1949 жылы Дүниежүзілік медициналық қауымдастықтың Бас Ассамблеясы қабылдаған халықаралық медициналық Этика кодексі. Кодексте кәсіби мамандануға қарамастан, дәрігер пациенттің адами қадір-қасиетіне жанашырлық пен құрмет көрсетуі керек және медициналық көмектің барлық аспектілері үшін толық жауап береді, деп көрсетілген. Кодекс 14 тармақтан тұрады және де дәрігердің жалпы міндеттері, дәрігердің науқасқа қатысты міндеттері, өзара бір-біріне қатысты міндеттері көрсетілген [4].

1981 жылы 34-ші Дүниежүзілік медициналық Ассамблея қабылдаған пациенттің құқықтары туралы Лиссабон декларациясы да медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету әрқашан денсаулық сақтаудың ажырамас бөлігі болуы керек деп көрсетеді. Сонымен қатар дәрігерлер ұсынылатын медициналық қызметтердің сапасын қамтамасыз ету бойынша міндеттерді өз мойнына алуы керек. Егер қандай да бір елде заңнама ережелері немесе Үкіметтің іс-әрекеттері құжатта көрсетілген құқықтарды яғни жоғары сапалы медициналық қызмет көрсетуді іске асыруға кедергі келтірсе, дәрігерлер оларды қалпына келтіруге және олардың сақталуын қамтамасыз етуге барлық қол жетімді құралдармен ұмтылуы тиіс. Осылайша, пациенттің құқықтары туралы негізгі халықаралық акт медициналық ұйымдар мен қызметкерлердің медициналық қызмет көрсету сапасы үшін жоғары жауапкершілігін көздейді және пациенттің құқықтарын бірінші орынға қояды. Сонымен қатар, осы декларациядан көрініс алған тағы бір ереже, дәрігер ұлттық заңнамаға немесе Үкіметтің іс-әрекеттеріне кедергі келтірсе де, сапалы медициналық көмек көрсетуі керек [5].

Қазақстан Республикасы халықаралық стандарттарға сай қадам жасай отырып, ем алушылардың мүдделерін қамтамасыз ету, сондай-ақ медицина қызметкерлерін негізсіз қылмыстық қуғыннан құқықтық қорғалуын арттыру мақсатында медициналық қызметтердің сапасы жоғары деп танылатын шет елдердің заңнамасын зерделеу бізге сөзсіз қажет. Өйткені шетелдік тәжірибені зерделеу ғылыми және практикалық тұрғыдан өзекті мәнге ие және қолданыстағы заңнаманы жетілдіру, құқық бұзушылықтың алдын алу, сондай-ақ басқа елдерде орын алған қателіктерді болдырмау үшін ұсыныстар әзірлеуге ықпалын тигізеді. Еуропа елдерінде әртүрлі құқықтық жүйелердің болуына байланысты шетелдік заңнаманы талдау сапасыз медициналық қызмет көрсету кезінде жауапкершілікті реттеуде әртүрлі тәсілдердің бар екендігін көрсетеді. Францияда заңды тұлғалар медициналық қылмыстық құқық бұзушылықтар үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылуы мүмкін, ал Англияда медициналық қателік жіберген медицина қызметкерінің тиісті жұмысын қамтамасыз етпеген жағдайда медициналық мекеменің әкімшілігі азаматтық жауапкершілікке тартылуы мүмкін. Сол сияқты Израильде медициналық қызметкер қызметін жүзеге асырған мекеме азаматтық-құқықтық жауапкершілікке ие болса, АҚШ – та сақтандыру компаниялары медициналық мекемемен бірге өндіреді. Ал осы мәселе бойынша Германияда 2013 жылдан бастап емдеу кезінде жіберілген қателік үшін дәрігердің жауапкершілігін міндетті медициналық сақтандыру институты енгізілген. Еуропа-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

лық Одақта пациенттердің құқықтарын қорғау мәселелеріне тұжырымдамалық мән беріледі. Ем алушыларға бағдарланған медициналық көмек жүйесі тұжырымдамасының шеңберінде 18 сәуірде барлық Еуропа елдерінде пациенттердің құқықтарын қорғау күні өткізілетіндігі осыған дәлел бола алады.

Еуропаның әр елінде медициналық көмек сапасы және медициналық қателіктер мәселелерімен айналысатын қоғамдық бірлестіктер, қауымдастықтар құрылды. Мәселен, дәрігерлік қателіктердің құрбандарына көмек көрсету қауымдастықтарының Француз федерациясы дәрігерлік қателіктер мен жазатайым оқиғалардың нәтижесінде келтірілген денсаулыққа келтірілген залал үшін өтемақы төлеу бөлігінде ұлттық заңнама ережелерінің іске асырылуын қамтамасыз етеді. Нидерланды ем алушылар мен тұтынушылар федерациясы ұлттық деңгейде әртүрлі емделушілердің ұйымдарының мүдделерін ұсынады. Ол төрт негізгі бағыт бойынша жұмыс істейді: медициналық көмектің қолжетімділігін мониторингілеу, ем алушылар үшін ақпараттық жүйелерді құру және дамыту, ем алушылардың құқықтарын қамтамасыз ету және олардың қажеттіліктерін қанағаттандыруға бағытталған тәсілді дамыту, сақтанушылармен және медициналық қызметтерді ұсынушылармен диалогта тұтынушының ұстанымын күшейту бойынша жұмыс болып табылады [6].

Сонымен қатар Англияда абайсыздық, немқұрайлықпен жасалған медициналық қателік деп саналады. Зардап шеккен адам немесе оның отбасы залалды өтеу туралы талап қоюы керек. Сот бұл қателіктің немқұрайлықтың көрінісі екендігіне толықтай көз жеткіздіріп, сендіруі керек. Талапкер үш компоненттің болуын дәлелдеуі керек: біріншіден, талапкердің алдында дәрігердің жеке кәсіби міндеті бар, екіншіден, дәрігер өзінің қызметі немесе әрекетсіздігі арқылы бұл міндетті бұзып, оны дұрыс орындамады, үшіншіден, нәтижесінде талапкерге зиян келтірілді. Англиядағы азаматтық сот шындықты білу немесе дәрігердің құзыреттілігі туралы мәселені өз бетінше шешу міндетін қоймайды. Соттың міндеті істің барлық мән-жайларын, тараптардың дәлелдері мен дәлелдемелерін зерттеу және оларды өлшеп, сотқа неғұрлым сенімді ұсынылған тараптың пайдасына шешім қабылдау. Осы санаттағы істердің процедуралық жағы туралы мәселе бойынша АҚШ-та, Ұлыбританияда заңгерлердің ерекше түрі бар – коронерлер (coroners), олардың көбінесе екі жоғары білімі болады, медициналық және заңгерлік. Бұл медицина саласындағы арнайы білім іс-әрекетті дұрыс саралау және тиімді тергеу, осылайша құқық қолдану практикасын жақсартуға ықпалын тигізеді. Айта кету керек, шет елдердің медициналық қызмет көрсету кезінде адамның өмірі мен денсаулығын қылмыстық-құқықтық қорғау саласындағы заңнамасы медицина қызметкерінің ниеті мен медициналық қатенің аражігін ажыратуға негізделген. Шет елдердің қазіргі заңнамасы оның ішінде Австрия, Германия, Франция тек дәрігердің қателігін жазалайды, өйткені дәрігер мен емделуші арасындағы қарым-қатынас жеке деп танылады [7].

Нақты қате туралы ереже Германияның қылмыстық кодексінде бар, онда 16-параграфта «әрекеттің нақты жағдайындағы қате» деп аталады. Мысалы жүктілікті үзу кезінде дәрігерлік борышын бұзғаны үшін қылмыстық жауапкершілік қарастырылған. Бұл ретте іс-әрекеттер абайсызда немесе қасақана жасалуы мүмкін. Дәрігер зерттеу нәтижелеріне көз жеткізбеген, қауіптер мен салдарлар туралы кеңес бермеген, тіпті оның жүктілікті тоқтатуды талап ететін себептерін (1 жылға дейін бас бостандығынан айыру немесе айыппұл) анықтамаған фактілерді қарастырады. Франция қылмыстық заңы бойынша қате қылмыстың субъективті жағымен байланысты. Қатенің мәні - адамның актінің заңды немесе нақты белгілері туралы адал жаңылысуында жатыр деп түсіндіреді.

Американдық доктрина мен сот практикасына сәйкес, егер ол қылмыстық нәтижеге қол жеткізуге аз ғана үлес қосса, оны қылмыстық-құқықтық мағынада қарастыруға болмайды. Сот емделушіні емдеу мекемесіне өте ауыр жағдайда түскен, ал диагностиканың немесе емде-

удің ақаулары оларды жүргізудің танылған ережелерін елеулі бұзу болып табылмаған жағдайларда себепті байланыстың болуын мойындамауға құқылы. АҚШ–тың типтік қылмыстық кодексіне (Model Penal Code) сәйкес медицина қызметкерлері кінәнің екі түрімен қылмыс жасайды – абайсызда (recklessly), ұқыпсыздық (мұқият болмай) (negligently). Сонымен, қылмыстық кодекске американдық түсініктемеде қылмыстық ұқыпсыздық (negligence) субъект білуі керек болса да білмейтін маңызды және заңсыз тәуекелді елемей жағдайы ретінде анықтайды. Дәл осы көздер қылмыстық абайсыздықты (recklessness) субъект білетін, оны саналы түрде елемейтін және қауіпті мінез-құлықты жалғастыратын маңызды қауіпті елемей жағдайы ретінде түсіндіреді. ТМД елдеріне қатысты медицина немесе фармацевтика қызметкерлерінің кәсіби міндеттерін тиісінше орындамағаны туралы нормалар Украинаның (140-бап), Белоруссияның (162-бап) қылмыстық кодекстерінде көзделген. Қазақстанмен қатар, медициналық құқық бұзушылықтар туралы дербес тарау Қырғызстанның қылмыстық кодексінде көрініс тапқан. Ресейде қылмыстық заңда адамға қарсы қылмыстар туралы тарауда адамның өзінің кәсіби міндеттерін тиісінше орындамауы салдарынан жасалған іс-әрекет үшін жауапкершілік көзделген. Осылайша, медицина қызметкерлері білікті құрамдарда арнайы субъект ретінде әрекет етеді [8].

Шет елдердің заңнамасымен салыстырмалы талдау жасай отырып, әлеуметтік кепілдіктер мен құқықтарды қорғау тетіктері мәселелерін қозғар болсақ, мәселен, Ұлыбритания ем алушылардың құқықтарын қорғау жүйесі – бұл бір-бірінен тәуелсіз және осы құқықтарды іске асырудың белгілі бір аспектілерін бақылайтын әртүрлі мемлекеттік және қоғамдық органдардың желісі болып табылады. Израиль медицинасы, әдетте, әлемдегі озық медицинаның бірі болып саналады және оның ем алушыға сапасыз медициналық қызмет көрсетуден келтірілген зиянды өтеу тәжірибесі назар аударуға тұрарлық. Израиль медицинасында бар қатаң талаптар клиникалардың барлық дәрігерлік персоналы үшін міндетті, өйткені емделушінің денсаулығына келтірілген зиян үшін немесе оның құқықтарына қысым жасағаны үшін жауапкершілік медициналық мекеменің қызметкеріне де, бүкіл клиникаға да жүктеледі. Ал оның салдарын медициналық мекеме сақтандырылған сақтандыру компаниясы өтейді. Бұл ретте, зиян медициналық көмек көрсету стандартын кездейсоқ немесе көрінеу бұзу нәтижесінде келтірілуі мүмкін.

Жоғарыда аталған мәселелерді тізбектей келе, Қазақстан Республикасы шет елдердің тәжірибесін зерделей отырып, онда науқасқа келтірілген зиянды өтеу мәселесі кінәлі деп танылған медицина қызметкерін қылмыстық жауаптылыққа тартумен салыстырғанда анағұрлым басым болатындығын ескеруі керек. Біздің еліміз үшін Франция елі қолданып отырған медициналық ұйыммен немесе медицина қызметкерімен қатар мемлекеттің ынтымақты жауапкершілігі тәжірибесі оң өзгерістердің бастауы болар ма еді деген ой туады. Өйткені бұл мемлекеттің медициналық көмектің сапасын және азаматтар алдындағы жауапкершілікті қамтамасыз етуінің үлкен себепшісі. Ал мұндай шаралар медициналық қызмет көрсеткен кезде адамның өмірі мен денсаулығын қылмыстық-құқықтық қорғауда тиімді болар анық.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Қазақстан Республикасының Конституциясы 1995 ж. – Электронды ресурс: кіру режимі: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K950001000> (сұралған күні -22.10.2021 ж.)
2. Адам құқықтарының жалпыға бірдей декларациясы: БҰҰ Бас Ассамблеясының декларациясы 1948 ж. 10 желтоқсан. Электронды ресурс: кіру режимі: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs> (сұралған күні -22.10.2021 ж.)
3. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Устав 22 июля 1946 г. – Электронды ресурс: кіру режимі: <https://docs.cntd.ru/document/901977493> (сұралған күні -23.10.2021 ж.)

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

4. Международный Кодекс медицинской этики: Декларация Генеральной Ассамблеи Всемирной Медицинской Ассоциации от 1949 года - Электронды ресурс: кіру режимі: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1037812 (сұралған күні -23.10.2021 ж.)

5. Лиссабонская декларация о правах пациента: Декларация 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеи 1981 г. – Электронды ресурс: кіру режимі: http://www.e-tomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm (сұралған күні -23.10.2021 ж.)

6. Шет елдердегі медициналық қателікке қатынас. Электронды ресурс: кіру режимі: <https://mobile.studbooks.net.pravo> (сұралған күні -23.10.2021 ж.)

7. Цыганова О.А., Светличная Т.Г.. Формирование защиты прав пациентов в зарубежных странах // Журнал экология человека, 2013-3, стр.39.

8. Раков А.А. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников в России и некоторых зарубежных странах. Электронды ресурс: кіру режимі: [Users/Admin/Downloads/](#). (сұралған күні -24.10.2021 ж.)

UDC 614.22 (341.231.145)

REVELATIONS OF THE PATIENT’S HIV-STATUS RECORDS: COMPARATIVE
AND INTERNATIONAL COURT PRACTICE.

Anatoliy A. Lytvynenko

Doctoral student at the department of Legal Sciences at Baltic International Academy, Riga, Latvia

Scientific supervisor Sworn plenipotentiary attorney, Doctor of Laws, Ass. Prof. Tatjana I. Jurkeviča

Historical background

Medical confidentiality is a key legal principle in the legal relationships between the patient and the healthcare institution, as to hold otherwise, there would be no trust in such healthcare, and patients would refrain from such services [1, p. 7-8]. Principle to maintain confidentiality in the earlier times was well known in French case law [2, p.p. 104-111], where, upon the acting legislation (Art. 378 (1) of the Napoleonic Penal Code, acting 1810-1994, replaced by Art. 226-14 of the 1994 Penal Code), the secrecy of professional communications, including by those obtained by medical practitioners, was absolute; however, the courts developed a number of exceptions. Since HIV/AIDS is a sexually transmitted disease, the most common close-up ailment, the disclosure of which was bound by law, was syphilis, and occasionally tuberculosis. As early as 1828, a doctor in Grenoble refused to testify from the side of plaintiff in divorce proceedings regarding treating her from syphilis, which she seemed to have contracted from her husband. Being sued by the wife, he managed to win over the appeal, as the court found he acted correctly, acting with high moral standards [3, p. 319-320]. In early 1890s, the legislature enacted a law upon which the records on people suffering from contagious diseases may be legally transmitted by the doctors to the authorities in sealed envelopes (viz. Dalloz 1893 IV 9, etc; Law of 30 Nov. 1892, Art. 15), and the courts later held, that in case a person is acquainted with the content of such envelope, he becomes a confidant of medical communications as a doctor, and thus is criminally liable for its disclosure [4, p. 25-28]. Later on, in year 1909, the Court of Appeals of Lyon held that a factory doctor (plaintiff was a factory worker), disclosing the patient suffering from syphilis in the presence of his wife, did not breach his duty of secrecy, despite the lawsuit was technically based on a misdiagnosis, which was later communicated to plaintiff’s employers at the factory, which was approved by the factory’s statute – with the court holding it was not a “dead

letter” for “violating” medical confidentiality, as such. It was also confirmed by the court, that the patient himself never objected to the presence of his wife during the examination by the factory physician [5, p.p. 124-125].

In Germany, back in 1885, the Supreme Court (Reichsgericht) has handed down a decision to condemn a doctor for revealing contents of a medical bill of complainant’s wife, who had a sexually transmitted disease (under Art. 300 of the Prussian Penal Code, the right of criminal complaint was in the aggrieved party – in the interpretation of Reichsgericht, it expanded to the father of the family, or the guardian in case the person was mentally ill or deaf) [6, p. 62-65]. Later, in 1901, the Court of Appeals of Hamburg (I) held a doctor could legitimately testify relating to the state of health of a trial party in case he is released from confidentiality; and the court may compel the defendant to do it by an interim judgment (which was actually done in this case, which was also a divorce lawsuit, where the doctor had to prove that defendant was suffering from syphilis, most likely to be contracted because of his adulteries, and therefore refraining from sexual intercourse with his wife) [7, p. 269-271]. In the United States, statutes requiring the doctors to report contagious and dangerous diseases to healthcare authorities existed from the end of the XIX century, and thus the doctor could not be held liable for such revelation, i.e. see *Simonsen v. Swenson in Nebraska* (1920) [8, p. 227-230 / 831-832].

Current developments in diverse national jurisdictions.

HIV/AIDS was known as primarily a sexually transmitted disease in the middle of 1980s. By the late 1980s and the early 1990s, United States, Pacific states and the European states started enacting laws and bylaws for protecting confidentiality of the HIV-positive/AIDS patients [9]. In terms of civil law, American state legislatures also regulated the issue of HIV-positive minor adoptees, allowing their HIV-status to be disclosed to foster forbearers, which some authors found to be discriminatory as well as somewhat stigmatizing towards the minors themselves [10, p. 357-361]. In 1991, in the case of *Behringer*, the New Jersey Superior Court held that hospitals must inform patients that they will be operated upon by a HIV-positive surgeon, not finding it to be anyhow discriminatory, but rather shaping it in a form of informed consent, and advising that additional precautionary measures need to be followed by doctors [11, p. 644-659]. In Canada, several provinces enacted statutes limiting the AIDS-relating confidentiality already in the mid-1980s, by obliging the doctors and the healthcare institutions to report HIV-infection carriers to the healthcare authorities, or legitimately allowed a physician (i.e. a family doctor) to tell the patient’s family he was HIV-positive [12, p. 229-234]. In terms of Canada, the disclosure of such information, where illegitimate, is apparently remediable by both at common law and by statute, as such information apparently relates to medical records [13, para. 41-42; 45-50], but the data relating to HIV/AIDS as well as diseases having similar hazard parameters, seems to have a special regime of both protection and legitimate disclosure. In African states, even well-developed ones, HIV-related data and its consideration by the employers, especially if an employee works at a healthcare institution, may be a substantial ground for discrimination, and the only adequate remedy is to litigate against the employer [14, p. 167-172]. A nurse from Nigeria, who was found to be HIV-positive by an unauthorized HIV-test in the mid-1990s (she was never told of it, just being referred as a “test”), was dismissed from her workplace on basis of her HIV-status. The High Court of Lagos State, finding for plaintiff, ordered compensation of damages for an unlawful termination of employment (no facts concerning her negligent performance of duties were ever represented), as well as for an unauthorized HIV-test without her informed consent and the defendant’s negligence [15, p. 18-24].

Information relating to HIV-status and its disclosure had repeatedly became an issue in civil proceedings. In Canada, in a 1995 civil action of *Canadian AIDS Society v. Ontario*, the plaintiff sued the Canadian Red Cross for examining ten-year-old blood samples, some of which were HIV-positive, and reported the personal information of their holders to the healthcare authorities. The court, howev-

er, found such actions were a fair balance between the individual right to privacy and the legislative requirements to report such information [16, para. 60-195]. In the United States, litigation against hospitals and blood banks for AIDS blood contamination within transfusion involved a sensitive issue of producing the personal information of donors, which was resolved by state courts with variable outcome. In a federal case of *Boutte v. Blood Systems, Inc.* (1989), a man sued a non-profit community blood bank for negligence within a blood transfusion: he underwent surgery, and received blood, as it was soon figured out, from a HIV-positive donor. The said donor previously received a HIV-negative test, but it was HIV-positive on the second time, and apparently, plaintiff got a HIV-positive test. Plaintiff requested a discovery of the donor's identity so he could learn concerning the AIDS-screening procedure, which was highly likely to be done improperly. Obviously, defendant opposed it invoking the issues of the donor's confidentiality. The court held that in the parity between the individual right to privacy of the donor and the society's interest in a high-quality blood supply (we cannot obviously omit plaintiff here, whose interest in the same is compatible with the aforesaid society's interest); the last must prevail; at the same time, the court issued a protective order, so the donor (as a person) would be anonymized in the further proceedings [17, p.p. 122-126]. Within a couple of years, a similar case arose in Pennsylvania in the mid-80s (*Stenger v. Lehigh Valley Hospital Center* (1992)), where a woman received blood transfusions within treatment from an injury, suffered in an automobile accidents in 1984. Then, the blood center had learned, that one of the donors was HIV-positive around a year after the accident (Aug. 1985), but did not inform the hospital of this fact until May 1986. In late 1986, patient (the woman), whose health rapidly deteriorated, was receiving treatment by the same hospital, where she was notified that her blood was contaminated by the transfusion 4 years before. In early 1987, her husband and son were also diagnosed as HIV-positive, and the woman died in early July 1988 of AIDS complications. The father, altogether with minor son (the deceased wife was also cited as plaintiff) sued the hospital and the blood bank, requesting to produce the donor for an anonymous questioning concerning the screening procedure, as well as allowing plaintiff to access anonymous AIDS-tests results by other blood recipients of the said blood donor. The court found the discover to be permissible and not violating the patient-physician privilege, allowing a limited discovery with the anonymization of all the third parties involved [18, p. 800-804]. In an earlier 80s case, *Rasmussen v. South Florida Blood Service*, plaintiff's request for discovery of donor names of addresses (whereas the blood bank was not sued for any negligence) was not upheld, being referred to as a "fishing expedition", holding that such revelation could negatively affect the individuals involved [19, p.p. 535-537].

In international law

Disclosure of plaintiff's HIV-status records became a subject of lawsuits before international courts as well. In a case before the European Court of Human Rights, *Z. v. Finland* (1997), plaintiff was a HIV-positive woman whose medical records were used by law enforcement authorities within the criminal proceedings of her husband, who was accused in murder and transmitting HIV by sexual intercourse with unnamed women. Within the proceedings, doctors testified relating to hear state of health, and the medical records were later seized by police authorities, her identity was disclosed at the trial, and the facts were published by the press, to which she opposed. The Court, having heard the case, decided that testifying by the doctors or seizure of the medical records did not violate her right to privacy, but the publication of her personal details in the press, involving her diagnosis, violated her right to privacy [20, para. 9-18, 96, 113]. In the case of *I. v. Finland* (2008), the plaintiff was a HIV-positive nurse, who underwent treatment in the same clinics she was employed, being sheltered by a fake name in the hospital register, but her colleagues learned of her HIV-status. Striving to know who was the person having virtual access to her medical record, plaintiff did not manage to find it out, and her claims against the local health department for negligent data management failed. In this

case, the European Court found that Finnish national law did not provide sufficient safeguards for keeping her medical records confidential, which apparently was not performed by defendant, and ruled in her favor [21, para. 5-17; 35-47]. Another, lesser known case, *Biriuk v. Lithuania* (2008), involved a lawsuit of a Lithuanian national, whose HIV-status was revealed in local press, being affirmed by a hospital where she was treated from tuberculosis. The woman was also described having impious behavior and having relationships with lumpen people. Prevailing in her lawsuit against the newspaper agency, she did not manage to recover much money, and the upper courts only diminished the amount of redress. The European Court had judged that the national law did not provide adequate mechanisms for protecting such medical information, and her HIV-status was of a foremost focus of the article, such fact did not constitute to be of public interest; nor plaintiff's way of life possessed one. It was affirmed that the HIV-status was ascertained by the hospital representatives, and the European Court stressed that the national law must possess ensure protecting such medical information, ruling for plaintiff [22, para. 5-11; 34-47]. In the judgment of the European Court of Justice, *X. c. /Union syndicale-Bruxelles* (1994), the ECJ held that an EEC structure employee, who refused undergo a HIV/AIDS-test (in order to define his AIDS/HIV status, which is apparent), cannot be obliged to pass it, as well as to undergo any other screening tests, which could bring to a suspicion that he may carry the virus. [23, p. 351-354].

Inferences.

Disclosures of HIV-status may occasionally be on a limited and a legitimate nature, defined by legislation, or at least approved in case law. However, the leakages or indiscrete revelations may considerably discriminate a prospective plaintiff and bring to his labor and societal ostracism. Despite the AIDS epidemics is not the main healthcare concern nowadays, the amount of HIV-positive people is still large, and does not seem to decrease anytime soon; the protection of HIV-positive people's rights is multidimensional, and requires protecting their confidentiality as one of their human rights.

List of references

1. Latvijas Senata Administratīvo lietu departamenta, 2020 g. 6 novembra, Lieta Nr. A420305915, SKA-41/2020 [Lieta p.p. 1-10].
2. Anatolij A. Lytvynenko, Data privacy in the sphere of medical confidentiality: the historical and contemporary case-law of the United States, the European Court of Human Rights and selected Continental Europe states, 83 *Topical Problems of State and Law*, p.p. 100-134 (2020)
3. *Fournier c. Remusat*, Cour d'Appel de Grenoble, 23 aout 1828, Sirey 1828 II 318, Dall. Per. 1828 II 237
4. *Procureur General c. Dijon*, Cour de Cassation, Arrêt Cass. Crim. 13 mars 1897, *Pandectes Francaises*, Ann. 1898, Partie I, p. 25. [remand]
5. *G. c. R.*, Cour Appel de Lyon, 16 juin 1909, Dall. Per. 1910 II 123, 124
6. *Reichsgericht, III Strafsenat, Urt. v. 22 Oktober 1885 g. B. Rep. 2421/85, ERG St. Bd. 13, S. 60 [RGSt. Bd. 12, S. 60 – 65] (Reichsgericht Entscheidungen in Strafsachen, Bd. 12 [1885], S. 60 – 65).*
7. *Ehefrau Anna Th. M. B. geboren N. in Hamburg gegen ihren Ehemann den Comptoirboten B.H.B in Hamburg*, Oberlandesgericht Hamburg I., v 14 Juni 1901, *Hanseatische Gerichtszeitung Bd. 22 (XXII) (1901) S. 269*
8. *Simonsen v. Swenson*, Supreme Court of Nebraska, 14.02.1920, *Nebraska Sup. Court Reports Vol. 104 [1920]*, p.p. 224-230; *Northwestern Reporter (United States of America), 1st Ser., Vol. 177, p.p. 831–832.*
9. *Paul Mae, Medical Confidentiality and the Public Disclosure of HIV Status, Journal of South Pacific Law, [2004] Vol. 8, Iss. 1, Art. 4 (Digital).*

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

10. Charles Chejfec, Disclosure of an Adoptee's HIV Status: A Return to Orphanages and Leper Colonies Comment, 13 J. Marsh. Comp. & Inf. Law 343 (1995) [p.p. 343–372]
11. Estate of Behringer v. Medical Center, etc., New Jersey Superior Court, Law Division, Mercer County, 25.04.1991, New Jersey Superior Court Reports (United States of America), N.J. Super. Vol. 249, p.p. 597 – 659 [Ann. 1991]
12. Donald G. Casswell, Disclosure by a Physician of Aids-Related Patient Information: an Ethical and Legal Dilemma, 1989 68-2 Canadian Bar Review 225 [Ann. 1989].
13. Canada (Solicitor-General) v. Ontario (Royal Commission of Inquiry into Confidentiality of Health Records in Ontario), Ontario Supreme Court, 11.05.1979, Dominion Law Reports (Canada), 3rd Ser. Vol. 98, p. 704 (1979) [see in principle concerning medical data disclosure remedied, judgment was reversed on appeal]
14. Cheluchi Onyemelukwe, Discrimination on the Basis of HIV Status: An Analysis of Recent Developments in Nigerian Law and Jurisprudence, 17 Int'l J. Discr. & L. 160 (2017) [p.p. 160–179]
15. Georgina Ahamefule V. Imperial Medical Centre & Dr. Alex Molokwu, High Court of Lagos State, 27.09.2012 (Suit No. ID/1627/2000)
16. Canadian AIDS Society v. Ontario, Ontario Court of Justice, 04.08.1995, Docket No. 4581/94, Ontario Reports (Canada), 3rd Ser., Vol. 28, p. 388.
17. Otto Boutte v. Blood Systems, Inc., United States District Court W.D. Louisiana (Lafayette–Opelousas division), 30.06.1989, Civ. A. No. 88–1812; Rep. Federal Rules Decisions (United States of America), Vol. 127 (1989), p.p. 122–126.
18. Stenger v. Lehigh Valley Hospital Center, Supreme Court of Pennsylvania, 02.06.1992; Pennsylvania Supreme Court Reports (United States of America), Vol. 530, p.p. 426–441; Atlantic Reporter 2nd Ser. Vol. 609, p.p. 796–804.
19. Rasmussen v. South Florida Blood Service, Supreme Court of Florida, 05.01.1987, [No. 67081], Southern Reporter (United States of America), 2nd Ser., Vol. 500, p.p. 533–538
20. Z. v. Finland, [1997] ECHR 10; App. No. 22009/93; Judgment of 25.02.1997; Rep. Tijdschrift de Gezondheidsrecht / Revue Dr. Santé (Nederlands) 1997-1998, p.p. 315 – 327
21. I. v. Finland, [2008] ECHR 623; App. No. 20511/03; Judgment of 17.07.2008
22. Biriuk v. Lithuania, [2008] ECHR 1528; App. No. 23373/03; Judgment of 25.11.2008
23. X. c. /Union syndicale-Bruxelles, Cour de Justice des Communautés européennes, 5 Oct. 1994, Jurisprudence de Liege, Mons et Bruxelles Ann. 1995, p.p. 348 – 354

МРНТИ 10.77.35

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УГОЛОВНЫЕ
ПРАВОНАРУШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Б.К. Нургазинов

Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан руководи-
тель Отдела конституционного, административного законодательства и государственного
управления, к.ю.н., старший советник юстиции в отставке

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Одним из актуальных вопросов, отмеченных в Концепции правовой политики Республики Казахстан на период с 2010 по 2020 годы, является повышение качества медицинского обслуживания.

В сфере здравоохранения осуществлён переход на обязательное медицинское страхование, модернизировано функционирование организаций здравоохранения – внедрены элементы корпоративного управления и национальная система аккредитации. На законодательном уровне закреплено государственное регулирование цен на лекарственные средства, осуществлён переход на референтное ценообразование. Внедрены медицинские информационные системы, продолжается переход на безбумажное ведение медицинских документов [1].

Вместе с тем, поддержание уровня и качества системы здравоохранения относится к основным национальным интересам Республики Казахстан. Медицина в Казахстане, как и в любой другой стране, призвана защищать здоровье и благополучие граждан, а система здравоохранения представляет собой важнейшую отрасль социальной сферы, но к сожалению, как и в любой другой сфере человек, а применение слова – человек не случайно, так как согласно Основному закону страны этим словом охватываются как граждане страны, так и лица без гражданства, и никто из них не застрахован от уголовных правонарушений в медицинской сфере. В этой связи законодатель в Уголовном кодексе Республики Казахстан от 3 июля 2014 года впервые предусмотрел специальную отдельную главу 12 «Медицинские уголовные правонарушения» [2].

Согласно пункту 1 статьи 29 Конституции Республики Казахстан закреплено, что граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья и вправе получать бесплатно гарантированный объём медицинской помощи, установленный законом[3].

Необходимо отметить, что в Уголовном кодексе от 1997 года правонарушения в сфере медицины были предусмотрены в главе «Преступления против личности, здоровья и нравственности населения».

В действующем Уголовном кодексе Республики Казахстан от 3 июля 2014 года введение отдельной главы обусловлено необходимостью приведения отраслевого законодательства в соответствие с международным опытом.

Так, предлагается детальной рассмотреть количество зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по статьям 317, 322 УК РК с 2018 по 2020 годы, а именно за последние три года. К примеру, наиболее часто регистрируемые уголовные правонарушения.

Согласно статистических данных Информационного сервиса Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан [4] наблюдается следующая статистика за период с 2018 по 2020 годы по наиболее часто регистрируемым медицинским уголовным правонарушениям, а именно по статьям 317 и 322 УК РК.

Год	Зарегистрировано в ЕРДР по статьям 317, 322 УК РК	Окончено	Направлено в суд	С заключением процесс. соглашения	Прекращено по пунктам 3,4,9,10,11,12 части первой статьи 35 и 36 УПК РК	Прекращено по пунктам 1,2,5,6,7,8 части первой статьи 35 УПК РК	Прерваны сроки досудебного расследования	Количество нераскрытых, уголовных проступков прекращенных за истечением сроков давности без лица
2018 г. статья	41	1	1	-	-	40	19 (неустановление лица, Совершившего уг.правонаруш	5

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

317 УК РК							ение)	
2018 г. статья 322 УК РК	1					1		
2019 г. статья 317 УК РК	16	-	-	-	-	6	13(неустановленные лица)	2
2019 г. статья 322 УК РК	-	-	-	-	-	-	-	-
2020 г. статья 317 УК РК	246	23	13	1	10	646	106	1
2020 г. статья 322 УК РК	4	1	1	-	-	4	1	-

По данным 2018 года зарегистрировано 41 медицинское уголовное правонарушение по статье 317 УК РК в Едином реестре досудебных расследований (ЕРДР).

Тогда как в 2019 году наблюдается наименьшее количество зарегистрированных в ЕРДР медицинских уголовных правонарушений по статье 317 УК РК — 16 уголовных правонарушений.

В результате анализа данных статистической таблицы, можно сделать вывод, что количество зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по статье 317 УК РК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником» больше всего отмечается в 2020 году - 246 медицинских уголовных правонарушений, зарегистрированных в ЕРДР.

Касательно зарегистрированных медицинских уголовных правонарушений по статье 322 УК РК «Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ» отмечается следующее:

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

в 2018 году зарегистрировано 1 (одно) медицинское уголовное правонарушение в ЕРДР и 1 прекращено по пунктам 1,2,5,6,7,8 части первой статьи 35 Уголовно-процессуального кодекса Республики Казахстан от 4 июля 2014 года № 231-V ЗРК (далее-УПК РК) ;

в 2019 году не зарегистрировано ни одного медицинского уголовного правонарушения;

в 2020 году зарегистрировано 4 (четыре) медицинских уголовных правонарушения в ЕРДР и по четырем медицинским уголовным правонарушениям дела прекращены по пунктам 1,2,5,6,7,8 части первой статьи 35 УПК РК.

По нашему мнению, основанием столь значительной разницы между количеством зарегистрированных уголовных правонарушений по статье 317 УК РК и направленных в суд может быть латентность данного вида уголовного правонарушения. Вместе с тем трудность в доказывании, связанные со спецификой медицинской деятельности и отсутствием специалистов.

Рассмотрим диспозицию статьи 317 УК РК. Диспозиция статьи 317 УК РК состоит в следующем: «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» (часть первая статьи 317 УК РК), «Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, повлекшие по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью» (часть вторая статьи 317 УК РК), «повлекшие по неосторожности смерть человека» (часть третья статьи 317 УК РК), «смерть двух и более лиц» (часть четвертая статьи 317 УК РК). Часть пятая статьи 317 УК РК изложена в следующей редакции: «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» [5].

По объективной стороне состав данного вида преступления относится к материальному составу, так как последствия выступают как необходимый признак оконченного уголовного правонарушения. В зависимости от элементов состава преступления относится к сложному составу, так как посягает на два объекта. В зависимости от наступивших последствий, данная статья (статья 317 УК РК) состоит из пяти частей.

Объективная сторона медицинского уголовного правонарушения статьи 317 УК РК заключается в ненадлежащем выполнении 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.

Объективная сторона включает в себя три основных признака:

- 1) Общественно опасное деяние;
- 2) Общественно опасные последствия;
- 3) причинная связь между невыполнением или ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей субъектом деяния[6].

Вместе с тем, общественная опасность деяния состоит в посягательстве на конституционное право человека на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь.

Необходимо отметить, что общим объектом всех уголовных правонарушений главы 12 УК РК «Медицинские уголовные правонарушения» являются общественные отношения, направленные на защиту жизни и здоровья граждан в сфере медицинских услуг.

Объективная сторона деяния в виде «Ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей» может выражаться в действиях медицинских работников в пределах своих про-

фессиональных обязанностей, но выполнение их в неполном соответствии с правилами, приказами. К примеру, назначение лечения без определенных анализов и надлежащего осмотра пациента, в недостаточном обследовании пациента (аллергические реакции на препараты, наследственные заболевания, без рентгеновских снимков) [7].

В качестве примера, можно привести уголовное дело от 9 августа 2019 года по факту смерти в стоматологической клинике г. Караганды несовершеннолетнего А., которому на момент смерти исполнилось всего 1 год 8 месяцев. Суд признал врача-анестезиолога Н. Виновной по статье 317 УК РК и назначил наказание — два с половиной года в колонии поселения. Несмотря на предупреждение родителей и возраст ребенка, один год и восемь месяцев, у которого не окрепла иммунная система, не была проведена аллергическая проба. Вместе с тем, врач-анестезиолог Н. Применила препарат, который запрещен детям до трех лет. Также суд учел тот факт, что врач Н. нарушила стандарты оказания помощи, не произведя немедленную госпитализацию пациента в случае ларингоспазма. Согласно материалам дела, врач-анестезиолог пыталась собственными силами стабилизировать состояние ребенка и несвоевременно вызвала скорую медицинскую помощь для срочной госпитализации [8]

Таким образом, основным нарушением медицинских работников стало выполнение своих действий в неполном соответствии с правилами, а также в несоответствии с объемом профессиональных знаний и своей специализации.

Прежде чем сформулировать по рассматриваемому вопросу предложения, нами изучено ранее действовавшее и современное отечественное и международное законодательство.

Интересен опыт СССР и условия наступления уголовной ответственности за врачебные ошибки медицинских работников при исполнении ими профессиональных обязанностей, а они были следующими:

- 1) действия медицинского работника были явно неправильными, противоречили общепризнанным и общепринятым правилам медицины;
- 2) медицинский работник мог и должен предвидеть, что действия его неправильные и потому могут причинить вред больному;
- 3) эти неправильные действия «способствовали» (прямо или косвенно) наступлению неблагоприятных последствий – смерти больного или причинению «существенного» вреда его здоровью[9].

В Российской Федерации уголовный закон не содержит специальной нормы за указанные преступления и, в целом, за медицинские преступления. В главе о преступлениях против личности предусмотрена ответственность за деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Тем самым, медицинские работники выступают в качестве специального субъекта в квалифицированных составах: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей (статья 109 часть 2 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей (статья 118 часть 2 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией (статья 122 часть 4 УК РФ) [10]. Причинение легкого и средней тяжести вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих профессиональных обязанностей медицинским работником не является уголовно наказуемым деянием.

Кроме того, в Российской Федерации медицинские работники за профессиональные преступления могут привлекаться к уголовной ответственности за должностные преступления, за преступления против правосудия (халатность-статья 293 УК РФ; заведомо ложные показания эксперта, специалиста-статья 307 УК РФ), а также за нарушение неприкосновенности частной жизни в случае разглашения врачебной тайны (статья 137 УК РФ) [11]

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

В прецедентах английского права имеется указание на то, что «профессиональные навыки врача могут быть определены с помощью специального теста... человек не обязан обладать высочайшим уровнем мастерства с риском для того, что его сочтут небрежным... Действующее право гласит, что вполне достаточно, если он применяет уровень мастерства, обычный для рядового специалиста, практикующего в данной области» [12].

Таким образом, английская доктрина связывает вопрос с уголовной (и иной) ответственностью медицинского работника за допущенную профессиональную ошибку с качествами самого медика, его мастерством и навыками оказания медицинской помощи. Возможность ответственности за неосторожное причинение врачом вреда пациенту вследствие своей ошибки в английском (и американском) уголовном праве связано с осознанием медиком рискованного характера своего поведения и причинением вреда в результате неоправданного риска. «Субъективная» (осознанная) неосторожность имеет место, когда лицо понимает существование опасности наступления отрицательных последствий в результате акта своего поведения, т.е. у лица «при всех обстоятельствах» отсутствуют основания полагать, что риск не наступит. Обязанность предвидеть последствия собственного поведения основана на понимании критериев «разумности» любого «обычного человека». В англосаксонской доктрине уголовного права не утихает спор о разграничении неосторожности и случая (т.е. невиновного причинения вреда), в т.ч. при оказании медицинской помощи. По мнению Дж. Флетчера, в «известном смысле» неосторожность есть разновидность необоснованного риска. Разница между «осознанной» неосторожностью (неосторожностью в собственном смысле – *recklessness*) и «неосознанной» неосторожностью (небрежностью – *negligence*) состоит в способности деятеля («разумного» или «обычного» человека – в нашем случае – медицинского работника) в достаточной степени осознавать риск, сопряженный с его поведением[13].

В США широко развит институт судебных исков пациентов. Ему может предшествовать досудебное урегулирование споров между пациентами и медицинскими учреждениями. При больницах существуют юридические отделы либо специализированные юристы, которые занимаются вопросами возмещения вреда в случае причинения вреда в результате оказания медицинской помощи. Данный факт может быть обусловлен тем, что бремя возмещения вреда жизни и здоровью пациента возлагается на медицинское учреждение, которое в свою очередь вправе потребовать возмещения от виновного врача. В связи с чем, у большинства врачей имеются профессиональные страховки, сумма которой зависит от специализации врача и характера его деятельности. Самые высокие у врачей высоко рискованных специальностей (хирургов, анестезиологов). Существующие огромные иски, связанные с судебными исками со стороны пациентов, вынуждают 33 американских врачей покупать чрезвычайно дорогие полисы страхования профессиональной ответственности[14].

В Германии существует независимая «Служба жалоб» (в каждой больнице) и региональные медицинские ассоциации, которые бесплатно расследуют обстоятельства конкретного случая ненадлежащего оказания медицинской помощи. Пять «шагов» немецкого пациента в поисках справедливости: беседа с лечащим врачом – переговоры с руководством отделения или больницы – независимая «Служба жалоб» (наличествует в каждой больнице) – обращение в региональную медицинскую ассоциацию – суд[15].

Во Франции система защиты пациентов базируется на солидарной ответственности государства и медицинских работников, которые обязаны страховать профессиональную ответственность за ущерб, причиненный жизни или здоровью пациентов. За счет страховых сумм предусмотрена компенсация вреда, причиненного жизни (здоровью) пациента, при несчастных случаях, произошедших при оказании медицинской помощи. Кроме того, имеется Национальная служба возмещения ущерба, которая являясь государственным учреждением и действуя

под эгидой министерства здравоохранения, возмещает 24% причиненного ущерба в случаях, когда невозможно установить конкретного причинителя вреда (невиновный вред) [16]

Следует отметить, что законодательство зарубежных стран в области уголовно-правовой защиты жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг основано на разграничении умысла медицинского работника и медицинской ошибки. Современное законодательство зарубежных стран (Австрия, Германия, Франция) наказуемой считает только грубую врачебную ошибку, поскольку отношения между врачом и больным признаются частными. Зарубежное законодательство содержит специальные нормы об уголовной ответственности «за неправильное лечение по незнанию медицинского искусства и за неумело, неловко проведенную операцию»[17]

Конечно, далеко не каждый международный опыт при оценке профессионализма конкретно взятого медицинского работника (врача) при совершении им врачебной ошибки и оценка его действий (бездействий) могут быть применимы в казахстанской правоприменительной практике.

По нашему мнению, в уголовном праве медицинскую ошибку во всех случаях следует квалифицировать как уголовно-наказуемое деяние по общим правилам части первой статьи 19 УК РК. Согласно требованиям этой статьи предусмотрено, что лицо подлежит уголовной ответственности только за те общественно опасные деяния, в отношении которых установлена его вина. Частью третьей этой же статьи виновным в уголовном правонарушении признается лишь лицо, совершившее деяние умышленно или по неосторожности[18].

Так, в толковом словаре русского языка Ожегова С.И. Ошибка – это неправильность в действиях, мыслях[19].

Если отталкиваться от значения слова «ошибка», имеющегося в толковом словаре, введение понятия «медицинская ошибка» в УК РК будет идентичным понятиям «медицинская неправильность в действиях», «медицинская неправильность в мыслях», что является не логичным.

Кроме этого, введение в Уголовный кодекс понятий «медицинская ошибка» и «доброе совестное заблуждение» может создать вопросы, почему бы не ввести и другие понятия, основанные на профессиональной принадлежности виновного, либо невиновного лица. К примеру, «полицейская ошибка», «доброе совестное заблуждение (полицейского)», что является недопустимым и не верным.

Наряду с этим, отметим, что в УК РК уже предусмотрена ответственность за уголовные правонарушения, совершенные по неосторожности (статья 21 УК РК), невиновное причинение вреда (статья 23 УК) и т.д.

В любом случае по уголовному делу в рамках проводимого досудебного расследования органами, осуществляющими уголовный процесс, будет назначена судебно-медицинская экспертиза, по результатам которой будет принято решение о квалификации деяния лиц, в отношении которых ведется производство по делу.

Наряду с этим, нельзя не согласиться с мнением некоторых российских ученых, придерживающихся позиции, что необходима дифференциация при определении понятия «медицинская ошибка».

Так, Иванова Н.А. считает, что врачебная ошибка – это действие (бездействие) медицинского работника лечебно-профилактического учреждения, являющееся результатом заблуждения в процессе осуществления медицинской деятельности, из-за недостатка врачебного опыта, медицинского оборудования, редкости заболевания, анатомических особенностей организма, неполноты собранной истории болезни, способное повлечь неверное диагностирование заболеваний, определения методов и средств лечения гражданина[20].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Иванова Н.А. не учитывает, что в Российской Федерации, как и в Республике Казахстан, медицинские услуги оказывают и частные медицинские организации. Так, согласно пункту 1 статьи 202 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК, медицинская помощь, предоставляемая на платной основе (платные медицинские услуги), оказывается субъектами здравоохранения в соответствии со стандартами на договорной основе.

В этой связи полагаем, что вышеуказанное определение Ивановой Н.А является не полным.

На наш взгляд Республике Казахстан в качестве положительного примера необходимо принять во внимание опыт вышеперечисленных стран дальнего зарубежья, в которых вопросы возмещения причиненного пациенту вреда являются более приоритетными, в сравнении с уголовным преследованием виновного медицинского работника.

Более того, гражданско-правовая ответственность медицинских организаций, в которых работает медицинский работник, причинивший вред, способствует более эффективному и быстрому возмещению указанного вреда, и как следствие, восстановлению социальной и экономической справедливости для пострадавшего лица.

В заключение необходимо отметить, что социальная обусловленность уголовно-правовых норм, регламентирующих вопросы ответственности за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками, заключается в том, что от качества и безопасности медицинской помощи и услуг зависит жизнь и здоровье человека. В качестве положительного примера необходимо принять во внимание международный опыт зарубежных стран, в которых вопросы возмещения причиненного пациенту вреда являются более приоритетными, в сравнении с уголовным преследованием виновного медицинского работника. Наряду с этим, необходимо учесть опыт стран дальнего зарубежья в вопросах доказывания, в особенности, установлении причинной связи при совершении медицинских правонарушений, а также исключения их латентности. Кроме того, предлагается на основе обсуждения судебной практики медицинских уголовных правонарушений подготовить Нормативное постановление Верховного Суда Республики Казахстан (НПВС). Полагаем, что НПВС обеспечит единообразное применения законодательства при рассмотрении дел данной категории.

Список использованных источников

1. Концепция правовой политики Республики Казахстан до 2030 года, утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 15 октября 2021 года № 674 // ИПС «Әділет» <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2100000674>
2. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.
3. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Устав 22 июля 1946 года. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.who.int/about/mission/ru/>
4. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК//<https://adilet.zan.kz/rus/docs/K20000> (дата обращения: 08.11.2021 г.)
5. Государственная программа развития здравоохранения на 2020- 2025 годы, утвержденной Постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982// <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000>
6. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК// <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K140000>(дата обращения:08.11.2021 г.)

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

7. Уголовное право Республики Казахстан: Общая часть в 1т.: учебн.для вузов/Отв.ред.ИИ.Рогов, К.Ж.Балтабаев, А.И.Коробеев. - Алматы: Жеті Жарғы, 2017.-448с.
8. Приговор Казыбекбийского районного суда г.Караганды от 08.09.2019г. по уголовному делу в отношении врача-анестезиолога Н. - режим доступа: <http://sud.kz/rus/content/bank-sudebnyh-aktov>
- 9.Ковалев М., Вермель И. Критерии уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение // Социалистическая законность. – 1987. - № 4. – С. 58.
10. Глашев А.А. Медицинское право. – М., 2004. – С. 47-48.
11. Флетчер Дж., Наумов А.В. Основные концепции современного уголовного права. – М., 1998. - С. 286-290.
12. Ефимова М. Исцеляя Америку. История системы здравоохранения США. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://www.svoboda.org/a/1882910.html>
13. Шандоров А. Кто и как несёт ответственность за врачебную ошибку в России и Германии. [Электронный ресурс] - режим доступа: <https://dislife.ru/articles/view/24442>
14. Цыганова О.А., Светличная Т.Г. Формирование защиты прав пациентов в зарубежных странах // Журнал экология человека, 2013-3, стр.39
15. Толковый словарь Ожегова С.И. Электронный ресурс: Доступно на: enc-dic.com/ozhegov/Oshibka-21778.html.
16. Иванова Н.А. Правовая природа врачебной ошибки в гражданском праве // «Право Законодательство Личность» - Саратов, 2010.- С. 52-54.
17. Отношение к врачебной ошибке в зарубежных странах. [Электронный ресурс] режим доступа: https://studbooks.net/1092922/pravo/otnoshenie_vrachebnoy_oshibke.
18. Уголовный кодекс РК от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК//<https://adilet.zan.kz/rus/docs/K14>
19. Ожегова С.И. Толковый словарь Электронный ресурс: Доступно на: enc-dic.com/ozhegov/Oshibka-21778.html.
20. Иванова Н.А. Правовая природа врачебной ошибки в гражданском праве // «Право Законодательство Личность» - Саратов, 2010.- С. 52-54.

УДК 347.56

**ЭВОЛЮЦИЯ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ О ЗАЩИТЕ ПРАВ
ПАЦИЕНТОВ**

Плеханова Л.Н.

директор Общества с ограниченной ответственностью
Юридическая кампания «Дубровская и Плеханова»,
кандидат юридических наук, dp2508@yandex.ru

Судебная практика по делам о защите прав пациентов в России отличается значительной изменчивостью и разнообразием правовых подходов суда к разрешению спора между пациентом и медицинской организацией. В ряде случаев, на наш взгляд, такая ситуация противоречит принципу обеспечения стабильности и единообразия судебной практики. В качестве наиболее наглядного примера можно привести вопрос о применении судами Закона РФ «О защите прав потребителей» к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках обязательного медицинского страхова-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ния (далее – ОМС). Вплоть до июня 2012 года суды, как правило, отказывали истцам-пациентам в применении этого закона, если нарушения были допущены медицинскими организациями при оказании медицинской помощи в системе ОМС. Обоснованием служило то, что медицинские услуги в системе ОМС имеют для пациента безвозмездный характер, в связи с чем его нельзя рассматривать как потребителя медицинских услуг. Ситуация кардинально изменилась, когда 28 июня 2012 года Пленумом Верховного суда РФ было принято Постановление № 17, в пункте 9 которого абсолютно недвусмысленно указано, что «к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей». В течение ряда последующих лет суды по всей стране добросовестно применяли Закон РФ «О защите прав потребителей» во всех спорах между пациентами и медицинскими организациями, за исключением случаев, если речь шла об оказании медицинских услуг за счет средств федерального или иного бюджета. Однако в 2019 году вновь произошел резкий разворот судебной практики в сторону прежнего подхода. Судебная коллегия Верховного суда РФ по гражданским делам стала принимать определения по кассационным жалобам медицинских организаций, из которых следовало, что, по мнению судебной коллегии, оказание медицинских услуг в системе ОМС не регулируется законодательством о защите прав потребителей на основании части 8 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данная статья говорит о том, что положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» применяются к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг. При этом в Определении Судебной коллегии Верховного суда РФ по гражданским делам от 15.07.2019 № 44-КГ19-7 обращается внимание на то, что согласно пункту 2 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006) платные медицинские услуги - это медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. Кроме того, Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» определяет исполнителя услуг как организацию независимо от ее организационно-правовой формы, а также индивидуального предпринимателя, выполняющего работы или оказывающего услуги потребителям по возмездному договору. Таким образом, суд, очевидно, пришел к выводу, что медицинская помощь в системе ОМС не предполагает оказания платных («на возмездной основе») медицинских услуг и не предоставляется исполнителем по возмездному договору. Соответственно, несмотря на пункт 9 Постановления Пленума Верховного суда РФ от 28 июня 2012 года № 17, законодательство о защите прав потребителя к этим отношениям неприменимо, поскольку часть 8 статьи 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ограничивает его применение предоставлением исключительно платных медицинских услуг. На взгляд автора статьи, данный вывод является некорректным, поскольку не учитывает, что медицинские услуги в системе ОМС фактически не являются для пациентов безвозмездными, так как оказываются за счет страховых взносов, то есть в конечном итоге – за счет самих пациентов (не считая неработающее население). При этом медицинские организации в системе ОМС оказывают медицинскую помощь по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, который имеет возмездный характер. Кроме того, дифференциация ответственности медицинской организации в зависимости от источника финансирования медицинской помощи необоснованно ущемляет права пациента, получающего медицинскую помощь в системе ОМС, по сравнению с пациен-

том, получающим платные медицинские услуги. Очевидно, что в первую очередь речь идет о возможности/невозможности взыскания штрафа в размере пятьдесят процентов от суммы, присужденной судом в пользу потребителя, в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей". При оказании медицинской помощи в системе ОМС, как и при оказании платных медицинских услуг, суд присуждает в пользу пациента компенсацию морального вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Однако общее финансовое возмещение пациенту в системе ОМС оказывается существенно заниженным, поскольку в его пользу теперь не взыскивается дополнительно пятидесятипроцентный штраф в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей". Будет ли такой подход опять пересмотрен в пользу пациента в системе ОМС, покажет время.

Еще одной относительной «новеллой» судебной практики является то, что в судебном споре между пациентом и медицинской организацией интересы обеих сторон могут быть поддержаны страховыми организациями. Так, в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» страховая медицинская организация обязана оказывать содействие в защите прав лица, застрахованного в системе ОМС [1].¹ Помимо проведения по жалобе пациента экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС страховая медицинская организация может оказать ему содействие в подготовке искового заявления о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью, а также участвовать в судебном процессе в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, на стороне истца. Такая практика позволяет существенно усилить позицию истца, поскольку на его стороне оказываются ресурсы страховой медицинской организации, располагающей специалистами по медицинским и правовым вопросам, связанным с разрешением дела. К сожалению, реализация этих возможностей не получила в нашей стране широкого распространения, прежде всего, в силу незаинтересованности страховых медицинских организаций и незнания пациентов о наличии у них такого бесплатного «медицинского адвоката». В то же время в практике автора был случай, когда страховая медицинская организация, работающая в системе ОМС, отвечая на жалобу пациентки относительно медицинской помощи, оказанной ей и ее новорожденному ребенку, предложила ей помощь в подготовке иска, а позднее участвовала в судебном деле и поддерживала иски требования пациентки к медицинской организации о компенсации морального вреда, причиненного смертью ребенка вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Участие же в судебном споре страховой организации на стороне ответчика - медицинской организации обусловлено заключением между ними договора страхования профессиональной ответственности при осуществлении медицинской деятельности. Очевидно, что, имея обязанность по осуществлению страховой выплаты в случае «выигрыша» судебного спора пациентом, страховая организация заинтересована по возможности предотвратить наступление такого страхового случая или уменьшить размер ущерба от него. В связи с этим страховые организации, заключившие с медицинской организацией договор страхования профессиональной ответственности, как правило, вступают в дело в соответствии со статьей 43 Гражданского процессуального кодекса РФ в качестве третьих лиц, не заявляющих самостоятельных требо-

¹ См. пункт 12 части 2 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании». Ранее статья 15 утратившего силу Закона РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» прямо определяла, что страховая медицинская организация вправе самостоятельно предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению в пользу застрахованного лица по его просьбе.

ваний относительно предмета спора. При этом возможность реализации права на такое участие предусматривается соответствующим договором страхования как необходимое условие страховой выплаты в пользу медицинской организации. Другими словами, медицинская организация должна по согласованию со страховой организацией заявить суду ходатайство о ее вступлении в дело на основании факта заключения договора страхования, предусматривающего страховые выплаты в случае присуждения судом взыскания в пользу истца (истцов). Для медицинской организации участие в деле страховой организации является, как правило, достаточно выгодным, поскольку это объективно усиливает юридическую и экспертную защиту ее интересов в суде. В качестве примера такой практики можно привести деятельность СПАО «Ингосстрах», представители которого участвуют в судебных процессах, где ответчиками являются государственные медицинские организации Новосибирска и Новосибирской области, на основании Договора страхования профессиональной ответственности медицинских работников, заключенного между СПАО «Ингосстрах» и Общественной организацией «Новосибирская областная ассоциация врачей».

В заключение отметим, что судебная практика по делам о защите прав пациентов характеризуется также рядом других тенденций, которые, как и отмеченные выше, указывают на поиск баланса между соблюдением прав и законных интересов пациентов и медицинских организаций, а также на совершенствование механизма их защиты в суде.

УДК 34.038

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛПУ И ВРАЧА: ПРОБЛЕМА СООТНОШЕНИЯ

Плюшкин В.А.
врач СМП, ГБУЗ НСО «ССМП», г. Новосибирск
e-mail: plyushkin@ngs.ru

Право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь – одно из важнейших фундаментальных прав граждан многих государств. Оно закреплено в основном правовом документе страны и в Российской Федерации (ст. 41) и в Республике Казахстан (ст. 29). В настоящее время вопросы реализации прав гражданами России на медицинскую помощь становятся все более актуальными в условиях продолжающейся пандемии коронавирусной инфекции. Каждый из нас – это потенциальный пациент системы здравоохранения, в которой с большой долей вероятности можем столкнуться с проблемами реализации своего права на медицинскую помощь, обусловленную своевременностью ее оказания, объемом и надлежащим качеством. Актуальность для решения сроков оказания медицинской помощи, ее качества и доступности имеет кадровый аспект, так как без ответа на вопрос, кто будет оказывать помощь, нельзя обеспечить гарантию ее оказания. В связи с этим невозможно переоценить важность и значение кадровой проблемы, успешное решение которой позволяет лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ) обеспечить населению оказание своевременной и качественной медицинской помощи в полном объеме, предусмотренной федеральной и территориальной программами государственных гарантий [1]. Общеизвестно, что проблема привлечь и укомплектовать в полном объеме кадровым составом ЛПУ позволяет в том числе решение вопросов правовой защищенности медработников при возникновении юридической ответственности в процессе профессиональной деятельности. В этой связи нередко приходится сталкиваться с ситуациями, когда ЛПУ пытается возложить в полном объеме - «делегировать» ответственность медработни-

кам, принимавшими непосредственное участие в оказании медицинской помощи, избавляя себя от неблагоприятных финансовых событий, при этом не обеспечив необходимых условий для исполнения и реализации обязательств перед пациентом. Это и обуславливает актуальность настоящей темы, для решения проблем которой рассмотрим некоторые аспекты ответственности в медицинском праве.

В зависимости от правонарушения, ответственность может наступать в соответствии с гражданским, административным, трудовым и уголовным законодательством РФ [2]. При этом именно при возникновении гражданско-правовой ответственности появляются проблемы, связанные с решением вопроса об обеспечении разделения ответственности между ЛПУ и медработниками. Основанием юридической ответственности ЛПУ и врачей является правонарушение, выражающееся в неисполнении, ненадлежащем исполнении своих обязанностей по профилактике, диагностике, лечению заболеваний лиц, обратившихся за медицинской помощью. В связи с тем, что обязанности ЛПУ и медработников сопоставимы с правами пациента, то и основанием ответственности является именно ущемление данных прав. При этом, ответственность наступает при наличии следующих условий:

- противоправного поведения (действия либо бездействия);
- наличия вредных последствий;
- причинной связи между ними;
- виной причинителя вреда [3].

Есть случаи, когда это условие не обязательно. Так, согласно ст. 1079 ГК РФ, гражданско-правовая ответственность наступает независимо от вины в случаях причинения вреда источником повышенной опасности. Может учитываться вина пациента, тогда, в соответствии со ст. 1083 ГК РФ, вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит.

Вопрос определения доли ответственности перед пациентом при возмещении вреда здоровью и морального ущерба между ЛПУ и врачом (медработником) при действующем законодательстве решается следующим образом. Все иски, претензии, обращения и требования направляются в адрес юридического лица, работник которого оказывал медицинскую помощь. После возмещения вреда, материального и морального ущерба и других претензий со стороны пациента юридическим лицом - ЛПУ, в котором оказывалась медицинская помощь, оно в регрессионном порядке имеет право подать иск о возмещении выплаченной суммы к медработнику вплоть до 100% от нее [4]. Такое положение дел негативно сказывается на решении кадрового вопроса, так как в условиях отсутствия повсеместного страхования профессиональной ответственности все меньшее и меньшее количество медработников готовы работать в таких условиях, когда имеет место повышенная профессиональная нагрузка в условиях пандемии и все больше и больше становится исков в адрес медработников [5].

Для иллюстрации приведем пример судебного разбирательства на данную тему. Шатурский городской суд Московской области принял мотивированное решение от 19 августа 2020г. по делу о взыскании компенсации морального вреда с подмосковных больницы и станции скорой помощи за смерть пациентки в результате неправильного лечения COVID-19 [6]. 10 мая 2020 г. пожилая пациентка С. вызвала врача на дом в связи с повышением температуры. Прибывший медработник назначил противовирусную и симптоматическую терапию, не предложив женщине сделать ПЦР на коронавирус и провести компьютерную томографию органов грудной клетки, а также не предложив госпитализацию, хотя та находилась в группе риска. Спустя 3 дня пациентка вновь обратилась уже в скорую помощь в связи с повышением температуры более 40°C. Сотрудник СМП сделал жаропонижающую инъекцию, сообщив, что показаний к госпитализации нет (был поставлен диагноз – ОРВИ) и на следующий день к ней при-

дет медработник для сдачи ПЦР-анализа на коронавирус. На следующий день пациентке вновь стало плохо, появилась и стала нарастать одышка. Бригадой СМП пациентка была доставлена в стационар, где врач отказался принимать ее для лечения со ссылкой на отсутствие снимка компьютерной томографии и свободного аппарата ИВЛ. Позже в приемном покое больной сделали рентгенограмму органов грудной клетки, которая выявила поражение легких. В итоге пациентка С. скончалась в приемном отделении. Согласно справке о смерти, ее причиной стали дыхательная недостаточность, вирусная пневмония, коронавирусная инфекция и гипертрофическая кардиомиопатия. Сын покойной С. обратился в прокуратуру с заявлением провести проверку относительно бездействия медиков в отношении лечения его мамы. Прокуратура сочла, что медики нарушили требования Минздрава России, согласно которым относящиеся к группе риска пациенты с признаками ОРВИ подлежат госпитализации [7]. В свою очередь, врачебная комиссия станции скорой медицинской помощи по итогам внутренней проверки приняла решение, что при первом вызове бригады СМП оснований для экстренной госпитализации пациентки не было, при повторном вызове СМП пациентка С. была незамедлительно госпитализирована в стационар, при этом был выявлен дефект в оказании медицинской помощи – не была проведена катетеризация вены ввиду объективных причин (из объяснительной фельдшера Т. следовало, что инфузионная терапия не проводилась из-за спавшихся вен). Впоследствии сын пациентки обратился с иском к медицинским учреждениям, потребовав взыскать с них в солидарном порядке компенсацию морального вреда в размере 2 млн руб. В ходе судебного разбирательства была назначена судебно-медицинская экспертиза в Бюро СМЭ с целью установления фактов нарушения качества оказания медицинской помощи С., а также наличия причинно-следственной связи между ее смертью и действиями или бездействием медработников. Результаты исследования выявили ряд дефектов в оказании медпомощи пациентке как сотрудниками СМП, так и стационара, которые не состоят в прямой причинно-следственной связи с наступлением ее смерти. Вместе с тем в данном случае юридическое значение может иметь и косвенная причинная связь, если недостатки оказания медицинской помощи могли способствовать ухудшению состояния здоровья пациента и привести к неблагоприятному для него летальному исходу. К ним суд отнес невозможность сотрудниками СМП обеспечить при повторном вызове внутривенный доступ для проведения инфузионной терапии - между бездействием фельдшера по проведению внутрикостного доступа с целью инфузионной терапии и смертью пациентки суд усмотрел косвенную причинно-следственную связь. В ходе судебного разбирательства было также отмечено, что основанием достаточным для компенсации такого вреда может являться ухудшение состояния здоровья человека вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, что причиняет вред, как самому пациенту, так и его родным. В то же время при определении компенсации морального вреда суд учел имевшую место грубую неосторожность С., выразившуюся в непринятии мер к своевременному обращению за медицинской помощью. Также было учтено, что ответчики являются бюджетными организациями и что смерть С. наступила в период появления новой коронавирусной инфекции, когда средства и стандарты медицинских действий по лечению инфекции только разрабатывались, заболеваемость носила массовый характер, в связи с чем значительно возросла нагрузка, как физическая, так и эмоциональная, на медицинские учреждения и медицинский персонал. Суд вынес решение о частичном удовлетворении иска, взыскав компенсацию морального вреда в размере меньшем от заявленного с ответчиков в пользу истца.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что вина ответчиков была доказана и они были привлечены к гражданской ответственности. Одним из недостатков в оказании СМП являлось отсутствие проведения инфузионной терапии на догоспитальном этапе (через внутрикостный доступ). В то же время фельдшер СМП не имел должного оснащения для данной ма-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

нипуляции, и она не входила в его функциональные обязанности, указанные в должностных инструкциях (эта манипуляция возможна в условиях оказания помощи реанимационной бригадой), таким образом, непосредственной вины у данного медработника не было - ЛПУ не обеспечило данной возможности. Решение о регрессном иске к медработнику осталось за ЛПУ, которое могло потребовать с медработника компенсировать материальную ответственность в полном объеме, однако очевидна неправомерность данной претензии.

Пандемия является обостряющим фактором, демонстрирующим наиболее острые актуальные нерешенные проблемы медицинско-правового регулирования взаимоотношений долей ответственности между ЛПУ и медработниками на этапе оказания медицинской помощи, обеспечивающей гарантии прав граждан, декларируемых Конституцией РФ.

В связи с этим для дальнейшего обеспечения и сохранения кадрового состава медработников и обеспечения гарантий реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь решение вопроса о долевой ответственности между врачом и ЛПУ предлагается осуществлять на основе соответствующего алгоритма:

- в случаях, если ЛПУ предоставило все необходимые доказательства о том, что оно обеспечило в полном объеме в соответствии с порядками оказания соответствующего вида медицинской помощи материальные условия для приема пациента, диагностики и лечения, а также своевременно подготовило и ознакомило медработников со всеми нормативно-правовыми актами, обеспечивающими весь ход диагностики и лечения пациентов, и несмотря на это врач (медработник) не выполнил возможный и необходимый объем и качество медицинской помощи по стандарту, то ЛПУ имеет право предъявить к медработнику иск в регрессионном порядке о полном возмещении затрат, понесенных ЛПУ по отношению к пациенту;

- если же ЛПУ не обеспечило в полном объеме необходимые условия для исполнения всех функциональных обязанностей, предъявляемых к сотруднику, медработник освобождается от ответственности перед ЛПУ (так как сотрудник по отношению к ЛПУ является носителем ответственности в той мере, в которой был обеспечен возможностью ее исполнить).

Реализация данного предложения не требует дополнительного финансирования, упорядочивает алгоритм реализации правовых норм, гарантирует приоритет интересов пациента, неотвратимость наказания, торжество справедливости, что, в свою очередь, демонстрирует гражданам политическую волю власти и государства в интересах народа и законодательную инициативу носителей этого права. Для системного решения данных проблем можно предложить введение единого специального документа, регламентирующего юридическую ответственность медработников и ЛПУ, в том числе в вопросах размера доли ответственности между ними - Медицинского кодекса Российской Федерации. Применение данного Кодекса активно используется в соседнем содружественном государстве – Республике Казахстан, опыт его использования может быть полезен для решения данных проблем в нашей стране [8]. Данное предложение считаем целесообразным внести в программу реформирования законодательной базы в сфере здравоохранения РФ.

Список использованных источников

1. Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299 (ред. от 28.08.2021) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».
2. Плотников В. Нарушение прав пациента. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://pravovedus.ru/practical-law/medical/narushenie-prav-patsienta> (дата обращения: 19.09.2021 г.).

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

3. Основания и условия ответственности медицинских учреждений и работников за нарушения прав пациента. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://adm-gostici.ru/tinybrowser/files/zashcita-prav/med-uslugi/patcient-i-vrach/5-kakie-suschestvuyut-osnovaniya-i-uslo.pdf> (дата обращения: 01.10.2021 г.).

4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021).

5. Швецова А. Как медработнику договориться с пострадавшим из-за врачебной ошибки пациентом? [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.advgazeta.ru/ag-expert/advices/kak-medrabotniku-dogovoritsya-s-postradavshim-iz-za-vrachebnoy-oshibki-patsientom> (дата обращения: 25.09.2021г.).

6. Павлова З. Суд назначил компенсацию морального вреда за смерть пациентки из-за неправильного лечения COVID-19. Адвокатская газета. Судебная практика. 16.09.2021г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.advgazeta.ru/novosti/sud-naznachil-kompensatsiyu-moralnogo-vreda-za-smert-patsientki-iz-za-nepravilnogo-lecheniya-covid-19> (дата обращения: 16.09.2021г.).

7. Приказ МЗ РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

8. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34464437&pos=4;-88#pos=4;-88 (дата обращения: 17.09.2021г.).

УДК 343.28/.29

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМ ИЛИ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ РАБОТНИКОМ**

Рахметов С.М.

главный научный сотрудник Института законодательства и правовой информации
Республики Казахстан д.ю.н., профессор,

Жизнь и здоровье человека являются важнейшими социальными ценностями, огромное значение в охране которых имеет своевременная и качественная медицинская помощь. Поэтому они являются наиболее ценными объектами уголовно-правовой охраны.

По разным причинам мы обращаемся в поликлинику, доверяем свое здоровье и жизнь докторам. При этом рассчитываем получить квалифицированную, своевременную помощь и правильное лечение. К сожалению, в реальности имеют место разного рода нарушения со стороны медицинских работников, которые в некоторых случаях приводят к трагическому исходу: пациент теряет здоровье, становится инвалидом или лишается самого дорогого - жизни. Таким образом, последствия нарушений в сфере оказания медицинской помощи могут быть самыми плачевными, вплоть до гибели пациента. Число таких случаев с каждым годом не уменьшается, как и количество жалоб пациентов на медиков за неграмотно или не вовремя оказанную медицинскую помощь.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

За нарушение своих профессиональных обязанностей медицинские работники могут быть привлечены к следующим видам ответственности:

- дисциплинарной (замечание, выговор, увольнение, лишение премии);
- гражданско-правовой (возмещение ущерба в полном объеме через суд и компенсация морального вреда);
- уголовной, причем за одно медицинское правонарушение можно одновременно привлекать к уголовной и гражданско-правовой ответственности.

В ст. 29 Конституции Республики Казахстан записано: «Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья.

Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом». Это конституционное положение характеризует степень ответственности государства перед своими гражданами. В повседневной жизни право граждан на охрану здоровья реализуется медицинскими учреждениями и их сотрудниками. Право граждан на охрану здоровья, на бесплатное получение гарантированного объема медицинской помощи указанными выше конституционными положениями возлагается на медицинских и фармацевтических работников.

Уголовное законодательство РК выделяет в отдельную группу уголовных правонарушений, совершаемых медицинскими работниками в сфере оказания медицинской помощи, т.е. в процессе исполнения ими своих профессиональных обязанностей. Ответственность за них предусмотрена в главе 12 Уголовного кодекса Республики Казахстан (далее - УК), которая называется: «Медицинские уголовные правонарушения». В этой главе находятся 7 статей. Особенности их заключаются в том, что по большинству из этих статей к ответственности могут привлекаться медицинские работники за деяния, совершаемые в сфере оказания медицинской помощи, или фармацевтические работники в процессе исполнения ими своих профессиональных обязанностей. По некоторым из них могут привлекаться к уголовной ответственности иные лица. Например, по ст. 319 УК предусмотрена ответственность за незаконное проведение искусственного прерывания беременности как лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля, так и не имеющим такое образование.

В практической деятельности правоохранительных органов и судов наиболее часто применяется ст. 317 УК, которая предусматривает ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

Анализ практики применения статей УК, предусматривающих ответственность медицинских работников свидетельствует о том, что ежегодно по этим статьям УК в Казахстане возбуждаются сотни уголовных дел, но лишь немногие медицинские работники осуждаются. Например, в 2018 году было возбуждено 360 уголовных дел, осуждено 10 медицинских работников [1, 2], в 2019 году возбуждено 329 уголовных дел, осуждено 11 медицинских работников [3, 4], в 2020 году возбуждено 255 уголовных дел, осуждено 15 медицинских работников [5, 6], то есть по одному из 17 выявленных случаев. Если учесть, что не всегда возбуждаются уголовные дела по фактам, когда в деянии медицинского работника имеется состав уголовного правонарушения, то реальное число остающихся безнаказанными правонарушителей из числа медицинских работников гораздо больше приведенных данных. Известно, что безнаказанность порождает новые правонарушения. Все это снижает предупредительно-воспитательную функцию уголовного законодательства.

Приведенные выше данные свидетельствует о том, что правоприменительными органами и судами часто применяются нормы, допускающие возможность освобождения медицинских работников от уголовной ответственности. То есть имеет место снисхождение в отноше-

нии абсолютного большинства медицинских работников, совершивших уголовные правонарушения.

Это приводит к нарушению принципа уголовного права о неотвратимости наказания за общественно опасные деяния подобного рода, которое происходит потому, что подавляющее большинство медицинских и фармацевтических работников добросовестно выполняют свои профессиональные обязанности и заработали уважение и признательность народа, что учитывается, когда идет досудебное расследование или судебный процесс в отношении медицинских работников, допустивших смерть пациента, причинение его здоровью вреда. Поэтому по большинству возбужденных уголовных дел обвинительный приговор в отношении медицинских работников не выносится, гуманистический потенциал уголовного законодательства применяется больше всего к ним.

Но бывают случаи, когда из-за равнодушия, откровенного бездействия медицинского работника умирает пациент, которого можно было спасти. В таких случаях нельзя применять принцип гуманизма к медицинскому работнику, виновному в смерти пациента. Привлечение его к ответственности будет реализацией принципа гуманизма к жертвам уголовного правонарушения, которыми являются скончавшийся пациент, а также его родные и близкие, которым причинен огромный, невосполнимый моральный вред. То есть принцип гуманизма в уголовном праве должен применяться с учетом интересов потерпевшей стороны.

В процессе досудебного расследования трудности вызывает установление наличия состава уголовного преступления в действиях медицинского или фармацевтического работника. Основные вопросы, которые возникают при этом – это признаки объективной и субъективной стороны состава уголовного правонарушения, а также специальный субъект.

Как уже было сказано, ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст. 317 УК) является наиболее распространенным среди медицинских уголовных правонарушений преступлением, поэтому следует остановиться на вопросах, которые необходимо решить при привлечении к ответственности за это преступление. Объективная сторона состава преступления, предусмотренного в частях 1-4 ст. 317 УК может выражаться в действии (ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником) или бездействии (невыполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником). По части 5 указанной статьи УК ответственность предусмотрена за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, а равно работником организации бытового или иного обслуживания населения. Для установления деяния в виде ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником необходимо руководствоваться следующими нормативными документами: Стандартом организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года [4], Стандартом надлежащей клинической практики (GCP), утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года [5], Правилами оказания стационарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года [6], Правилами оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года [7], а также утвержденными приказом Министра здравоохранения и социальной защиты Республики Казахстан от 27 мая 2015 года Стандартом надлежащей лабораторной практики (GLP) [8], Стандартом надлежащей аптечной практики (GPP) [9], Стандартом надлежащей практики фармаконадзора (GVP) [10].

Обязательным признаком состава рассматриваемого преступления является последствие, которое должно наступить в результате совершенного виновным общественно опасного деяния. Если невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником повлекли по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью человека, ответственность наступает по части 1 ст. 317 УК, если повлекли тяжкий вред здоровью человека - по части 2 ст. 317 УК, если повлекли по неосторожности смерть человека - по части 3 ст. 317 УК, если повлекли по неосторожности смерть двух или более лиц - по части 4 ст. 317 УК. По части 5 ст. 317 УК наступает ответственность в случае заражения другого лица ВИЧ.

Указанные последствия устанавливаются заключением судебно-медицинской экспертизы, основанной на Правилах организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы, утвержденных приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года [11].

Наибольшую сложность вызывает установление наличия в действиях (бездействии) медицинского или фармацевтического работника основного признака субъективной стороны состава уголовного правонарушения - вины. Для привлечения к ответственности по ст. 317 УК должна быть установлена вина в форме неосторожности: или самонадеянность, или небрежность.

Согласно части 2 ст. 21 УК уголовное правонарушение признается совершенным по самонадеянности, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований легкомысленно рассчитывало на предотвращение этих последствий.

Вина в форме неосторожности в поведении медицинского или фармацевтического работника при совершении рассматриваемого преступления чаще всего проявляется в виде небрежности. На необходимость установления в деянии медицинского или фармацевтического работника этого вида неосторожности указывает использование в диспозиции части 1 ст. 317 УК формулировки: «невыполнение, ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним». Например, медсестра перепутала препарат и по ошибке сделала укол из другого препарата, в результате этого наступает смерть пациента. Здесь медработник не предвидел возможности наступления общественно опасного последствия своего действия, хотя при должной внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть возможность такого последствия, что является признаком небрежности, установленным частью 3 ст. 21 УК.

Следует отметить, что при установлении умысла на убийство пациента медицинский или фармацевтический работник привлекается к ответственности за убийство. Например, медработник умышленно не оказывает помощь пациенту, зная, что в результате его бездействия наступит смерть пациента. Недавно за убийство новорожденного ребенка были осуждены несколько медработников перинатального центра г. Атырау. Они признаны виновными в том, что после рождения ребенка признали его мертворожденным, в течение дня (с 12 до 19 часов) не оказали ему медицинскую помощь, а потом медицинская сестра по требованию врача положила ребенка в морозильную камеру, хотя ребенок до отправления его в морозильную камеру подавал признаки жизни.

Уголовные правонарушения, совершаемые медицинскими работниками, часто называют врачебными ошибками. В законодательстве нашей страны не существует понятия «врачебная ошибка». В общем смысле – это ошибка медицинского работника в его работе, обу-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

словленная халатностью или небрежностью действий [12]. В обобщенном варианте можно выделить шесть видов врачебных ошибок:

Диагностические. Наиболее распространенная группа врачебных ошибок, которые совершаются на этапе диагностики и приводят к ошибкам во всем лечебном процессе.

Организационные. Допускаются в случае неверно организованного терапевтического процесса, неукomплектованность рабочих мест или укomплектованность недостаточно квалифицированными кадрами медицинских или фармацевтических работников. Эти ошибки возникают из-за неправильной организации самого лечебно-диагностического процесса, а также из-за низкой материальной обеспеченности медицинской службы.

Лечебно-тактические врачебные ошибки. Это неправильное лечение, неверно подобранный метод исследования, который позволяет поставить правильный диагноз, некорректная или неправильная интерпретация полученных результатов либо ошибка в выявлении показаний или противопоказаний к любому из методов терапии. Последствия наиболее неблагоприятны, если ошибка была совершена на этапе диагностики, когда лечащий врач лечит пациента в соответствии с неверным диагнозом.

Технические ошибки. Часто врачебная ошибка возникает на этапе заполнения медицинских документов в виде неправильного оформления и ведения обязательной документации: незаполнение истории болезни, амбулаторной карты, то есть когда принятые в отношении пациента действия не были зафиксированы в письменном виде.

Деонтологические ошибки медработников. Этот вид ошибок связан с халатным отношением врача по отношению к пациенту и его родным, ненадлежащим поведением медицинских служащих, пренебрежением принципами этики и нормами морали в отношении пациентов.

Фармацевтические ошибки. Возникают вследствие того, что фармацевтический работник неверно определил совместимость лекарственного препарата с другими медикаментами, не учел его показания и противопоказания [13].

Причины медицинских ошибок могут быть объективными и субъективными:

- неправильно организованное обследованное, исследование или наблюдение пациента;
- отсутствие у врача необходимого уровня квалификации, опыта и практических навыков работы;
- отсутствие у врача необходимых знаний;
- неверно сделанные врачом выводы о состоянии пациента;
- трудность диагностики;
- тяжелое состояние пациента;
- кратковременное пребывание пациента в стационаре;
- недостатки системы здравоохранения, в том числе редкое направление врачей на повышение квалификации [14].

Некоторые ученые из числа специалистов медицинского профиля считают, что за врачебную ошибку ответственность не предусмотрена. С таким мнением нельзя согласиться по следующим основаниям. Ошибка - непреднамеренное, случайное отклонение от правильных действий, поступков, мыслей, разница между ожидаемой или измеренной и реальной величиной [15].

Человеку свойственно ошибаться. Ошибки являются постоянно сопутствующим условием человеческой деятельности и встречаются во всех ее сферах. С этим сложно не согласиться. Другое дело, что цена ошибок очень различна, за некоторые из них приходится расплачиваться жизнью.

Из определения врачебной ошибки, приводимой в медицинской и правовой литературе, видно, что ошибка – это неосторожное поведение медицинского или фармацевтического работника. А неосторожное поведение считается по уголовному законодательству поведением виновным, поэтому лицо, признанное виновным в совершении общественно опасного деяния, подлежит уголовной ответственности. Противоправное поведение медицинского или фармацевтического работника оценивается как общественно опасное по наступившим последствиям: причинение вреда здоровью или смерть пациента.

Одним из основных вопросов, возникающих при установлении в деянии виновного состава уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК – это специальный субъект. Им может быть физическое вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста. Кроме того, им признается только медицинский или фармацевтический работник. Согласно пункту 154) ст. 1 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» медицинский работник – физическое лицо, имеющее профессиональное медицинское образование и осуществляющее медицинскую деятельность; согласно пункту 272) фармацевтические работники – физические лица, имеющие фармацевтическое образование и осуществляющие фармацевтическую деятельность [16].

Список использованных источников

1. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Форма отчета №1-М. Статистические отчеты о зарегистрированных уголовных правонарушениях и результатах деятельности органов уголовного преследования за 12 месяцев 2018 года: Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Форма № 10. О числе лиц, в отношении которых вынесены судебные акты за 12 месяцев 2018 года.
2. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Форма отчета №1-М. Статистические отчеты о зарегистрированных уголовных правонарушениях и результатах деятельности органов уголовного преследования за 12 месяцев 2019 года:
3. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан; Форма № 10. О числе лиц, в отношении которых вынесены судебные акты за 12 месяцев 2019 года.
4. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Форма отчета №1-М. Статистические отчеты о зарегистрированных уголовных правонарушениях и результатах деятельности органов уголовного преследования за 12 месяцев 2020 года: Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан. Форма № 10. О числе лиц, в отношении которых вынесены судебные акты за 12 месяцев 2020 года.
5. Стандарт организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан, утвержденный приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года.
6. Стандарт надлежащей клинической практики (GCP), утвержденный приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года.
7. Правила оказания стационарной помощи, утвержденные приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года.
8. Правила оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года. Утверждены

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

приказом Министра здравоохранения и социальной защиты Республики Казахстан от 27 мая 2015 года Стандарт надлежащей лабораторной практики (GLP), утвержденный приказом Министра здравоохранения и социальной защиты Республики Казахстан от 27 мая 2015 года.

9. Стандарт надлежащей аптечной практики (GPP), утвержденный приказом Министра здравоохранения и социальной защиты Республики Казахстан от 27 мая 2015 года.

10. Стандартом надлежащей практики фармаконадзора (GVP), утвержденный приказом Министра здравоохранения и социальной защиты Республики Казахстан от 27 мая 2015 года.

11. Правила организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы, утвержденные приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года.

12. Врачебная ошибка: понятие и ответственность. Эл. ресурс: <https://pravovedus.ru/practical-law/medical/vrachebnaya-oshibka-ponyatie-i-otvetstvennost/>. Дата обращения: 10.11.2021 г.

13. Талалаев В.Н. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи в оториноларингологии (медико-правовой аспект проблемы). Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. -Москва. 2005.

14. Сергеев В.В. Профессиональные ошибки медицинских работников: проблемы правового обоснования // Медицинское право, 2004, N 4.

15. Новицкая И. В., Вакалова А. Е. Теория ошибки в свете различных подходов // Молодой учёный. — 2016. — № 26. — С. 788—794.

16. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

УДК 347.92

**СУДЕБНЫЕ РЕШЕНИЯ И ДОКАЗЫВАНИЕ В ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛАХ,
ВОЗНИКАЮЩИХ ИЗ СПОРОВ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В
УКРАИНЕ**

Садыкова Я. М.

кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры юридических дисциплин Сумского филиала Харьковского национального университета внутренних дел
e-mail: sadykovaym@gmail.com

Анализ судебной практики Украины по гражданским делам, возникающим в сфере здравоохранения, дает возможность сделать выводы о том, что юрисдикционная форма защиты прав, а именно судебный порядок, не является очень востребованным. В большинстве случаев речь идет о возмещении вреда, причиненного вследствие медицинской ошибки или же халатного отношения медицинских работников к выполнению своих обязанностей.

Предложим обратить внимание на несколько примеров судебных споров по таким категориям дел, которые имели место в 2019 году в практике Киевского районного суда г. Одессы и Верховного Суда.

В сентябре 2019 года в порядке кассационного производства Верховным Судом было пересмотрено решение Апелляционного суда Одесской области от 8 февраля 2017 года, которое изменило решение Киевского районного суда г. Одессы от 20 декабря 2016 года. Решением

Киевского районного суда г. Одессы от 20 декабря 2016 года, которое было принято по иску матери, действовавшей в интересах ребенка, были частично удовлетворены иски о возмещении морального вреда, и, с Коммунального учреждения «Одесская областная клиническая больница» взыскано моральный вред в размере 500 тысяч гривен (в эквиваленте около 19 тысяч долларов США). Апелляционным судом Одесской области моральный вред был уменьшен до 50 тысяч гривен (около 2 тысяч долларов США).

Кассационный суд подчеркнул, что по своей природе состязательность судопроизводства основывается на распределении процессуальных функций и соответственно - правомочий главных субъектов процессуальной деятельности гражданского судопроизводства - суда и сторон (истца и ответчика). В процессе, построенном по принципу состязательности, сбор и подготовка всего фактического материала для разрешения спора между сторонами возлагается законом на стороны. Верховный Суд принял решение, что суд апелляционной инстанции не дал надлежащей оценки собранным по делу доказательствам в результате чего изменил правильное по существу решение суда первой инстанции нашли свое подтверждение в ходе кассационного рассмотрения дела, а учитывая то, что вред истцу причинен в результате противоправных действий ответчика, а им не подтверждено отсутствие его вины в причинении такого вреда, суд первой инстанции пришел к правильному выводу о частичном удовлетворении исковых требований о возмещении причиненного истцу морального вреда, определяя ее размер исходя из принципов разумности и справедливости [1].

В 2019 году в Киевский районный суд г. Одессы с иском обратились истцы с иском к Коммунальному учреждению «Южненская городская больница» о взыскании расходов на лечение, расходов на погребение и сооружение памятника, возмещении морального вреда, причиненного смертью, ссылаясь на то, что в связи с ненадлежащим исполнением врачом своих служебных обязанностей наступила смерть их новорожденного ребенка, причинившее им душевные страдания и моральный вред.

Решая вопрос о размере компенсации морального вреда суд четко определил, что этот вопрос не относится к компетенции эксперта-психолога, размер компенсации морального вреда определяется исключительно судом. В случае, если суд будет использовать формулу Эрделевского для определения величины материальной компенсации морального вреда, коэффициент "и" (коэффициент индивидуальных особенностей) должен быть равен 2.

Суд пришел к выводу, что истцам бесспорно был причинен моральный вред, который заключается в душевных страданиях, связанных со смертью ребенка, при этом истцы постоянно испытывают боль, горе, значительные душевные страдания. Потому требование о возмещении морального вреда подлежит удовлетворению в полном объеме.

Кроме того, удовлетворяя исковое требование о взыскании морального вреда суд руководствовался «установленной практикой, в том числе и учел вышеупомянутое решение Верховного Суда [2].

Следует отметить, что доказывание факта неправомерного поведения со стороны медицинских работников, а также причинно-следственной связи между неправомерным поведением и наступившими последствиями в виде душевных и физических страданий, то есть морального вреда, все также остается крайне трудно осуществимым процессом. Это объясняется, во-первых, временным разрывом между назначением лечения (медицинскими манипуляциями) и его последствиями. Вполне естественно, что суды сомневаются в том, что истец в точности соблюдал все назначенное лечение, придерживался инструкции, не употреблял тех средств и препаратов, которые не совместимы с назначенным лечением. Вполне разумным предположить, что должна существовать некая презумпция того, что лечение осуществлялось в соответствии с назначенным лечением, но тогда по общему правилу распределения обязанности дока-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

звания, факт не выполнения предписаний доктора возлагается на ответчика, что, вероятно, в таких случаях будет неоправданно тяжелым доказательственным бременем.

Интересные выводы сделаны Бочкаревым А. Е. в его статье о распределении бремени доказывания в гражданском процессе по спорам о качестве медицинских услуг, где он пишет, что в удовлетворении иска о некачественном оказании медицинских услуг следует отказывать лишь в случаях, когда установлено, что медицинская услуга оказана в точном соответствии с действующими нормативами либо когда дефекты медицинской помощи бесспорно не повлекли и не могли повлечь каких-либо неблагоприятных последствий для пациента [3, с. 5].

Подводя краткие итоги следует отметить, что судебная практика по делам, связанным с предоставлением медицинской помощи, крайне скудна в Украине. И это не связано с высоким качеством предоставляемых услуг. Анализ решений по делам, которые есть в Едином государственном реестре судебных решений, дают основание говорить о том, что вопросы доказывания, формирования презумпций, равно как и вопросы формирования предмета доказывания и распределения обязанности доказывания в целом по таким делам остаются не решенными, но крайне актуальными.

Список использованных источников

1. Постановление Верховного Суда от 04 сентября 2019 года по делу № 520/16987/15-ц. <https://reyestr.court.gov.ua/Review/84304698>
2. Решение Киевского районного суда г. Одессы от 24 февраля 2020 года в деле № 947/21503/19. <https://reyestr.court.gov.ua/Review/87971910>
3. Бочкарев А. Е. Распределение бремени доказывания в гражданском процессе по спорам о качестве медицинских услуг. Медицинское право. 2017. № 6. С. 5-8.

УДК 342.951

**НАУЧНО-ПРАВОВОЙ КОММЕНТАРИЙ СТАТЬИ 80 КОДЕКСА РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ «НЕСОБЛЮДЕНИЕ
ПОРЯДКА, СТАНДАРТОВ И НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ»**

Филин В.В.

доцент кафедры общеправовых дисциплин, кандидат юридических наук,
Карагандинский университет Казпотребсоюза, e-mail: vlad-filin@yandex.ru

Сидорова Н.В.

доцент кафедры правового регулирования экономических отношений,
кандидат юридических наук, доцент, Карагандинский университет Казпотребсоюза,
e-mail: nsidorova75@mail.ru

Ан А.Н.

Председатель специализированного межрайонного суда по административным правонарушениям г. Караганды Карагандинской области

Административные правонарушения, посягающие на права личности, предусмотрены главой 10 Кодекса об административных правонарушениях Республики Казахстан (далее – КРКобАП). Среди прочих административных правонарушений целесообразно выделить один

из наиболее конструктивно сложных составов – статью 80. В данной статье предусматривается административная ответственность за несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи. Большой массив отсылочных подзаконных актов, регулирующих стандарты и правила оказания медицинской помощи и соответствующих услуг значительно усложняет процесс ее правоприменения.

Следует отметить, что в рамках очередной гуманизации, Законом Республики Казахстан от 28 декабря 2018 года за № 208 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения», исключены первые части комментируемой статьи, предусматривающие административную ответственность за несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи не повлекших причинение какого-либо вреда здоровью.

Сегодня, в соответствии с частью 2-1 комментируемой статьи, административная ответственность наступает за «грубые нарушения стандартов организации оказания медицинской помощи, правил оказания медицинской помощи, если эти действия не содержат признаков уголовно наказуемого деяния» [1].

Родовым объектом правонарушения являются установленные и гарантированные государством права граждан Республики Казахстан на охрану здоровья, общественные отношения, возникающие в связи с реализацией права, предусмотренного статьей 29 Конституции РК.

Непосредственным объектом данного административного правонарушения является установленный порядок предоставления бесплатного объема гарантированной медицинской помощи, а также оказания платных медицинских услуг.

В соответствии со статьей 34 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»: «гарантированный объем бесплатной медицинской помощи – объем медицинской помощи, предоставляемый за счет бюджетных средств» [2]. Платные медицинские услуги оказываются государственными и частными медицинскими организациями, физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при соответствии профиля заболевания и лицензии на занятие медицинской деятельностью. Основания и порядок получения платных медицинских услуг устанавливается в статье 35 вышеуказанного кодекса [2].

При квалификации деяний по комментируемой статье, необходимо иметь ввиду и учитывать нормативные требования большого количества подзаконных правовых актов по оказанию медицинских услуг и медицинской помощи, что, безусловно, затрудняет практику правоприменения данной статьи.

К таким правовым актам, к примеру, относятся: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 апреля 2021 года № ҚР ДСМ-27 «Об утверждении Стандарта организации оказания экстренной медицинской помощи в приемных отделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в Республике Казахстан»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной медицинской помощи»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-257/2020 «Об утверждении Стандарта организации проведения лабораторной диагностики»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2020 года № ҚР ДСМ-53/2020 «Об утверждении Стандарта организации ока-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

зания челюстно-лицевой хирургической помощи в Республике Казахстан»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 февраля 2020 года № ҚР ДСМ-11/2020 «Об утверждении Стандарта организации оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи в Республике Казахстан» и др. Данный перечень может быть дополнен еще большим количеством правовых актов.

К рассматриваемой категории стандартов можно отнести стандарты по организации работы медицинских учреждений: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-167/2020 «Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-269/2020 «Об утверждении Правил оказания первой помощи лицами без медицинского образования, в том числе прошедшими соответствующую подготовку и Стандарта оказания первой помощи»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-302/2020 «Об утверждении стандартов питания в организациях здравоохранения и образования»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-15 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик» и др.

Сложный процесс доказывания вины и противоправных фактов в данной сфере также поставит ряд соответствующих вопросов перед контрольно-надзорными органами. В частности, при определении объективной и субъективной стороны деяния, предусмотренного комментируемой статьей.

Объективная сторона правонарушения будет определяться из нормативных установлений вышеуказанных актов. Формы различны – действия, бездействия, выраженные в несоблюдении (нарушении) порядка, стандартов оказания медицинской помощи, невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.

Особое внимание при квалификации деяний по комментируемой части статьи следует уделять субъективной стороне, которая характеризуется обязательными признаками ненадлежащего исполнения медицинским работником возложенных на него обязанностей вследствие его небрежного или недобросовестного отношения к ним, что подразумевает как неосторожную, так и умышленную форму вины. К примеру, при диагностике заболевания у пациента без достаточных исследований (сбора анамнеза, лабораторных исследований), назначения лечения не соответствующего заболеванию, при неадекватном и неполном обследовании пациента, которые могут привести к осложнениям, причиняющим вред здоровью.

Комментируемая часть предусматривает ответственность за деяния, совершение которых не влечет уголовной ответственности.

Необходимо учитывать формы вины (умысел или неосторожность) направленные на несоблюдение (игнорирование, незнание) порядка, стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных ранее указанными нормативными правовыми актами, а не на причинение вреда пациенту. Умысел, направленный на причинение вреда пациенту будет содержать признаки уголовно-наказуемого деяния и отличаться степенью общественной опасности.

Субъектами правонарушения могут быть физические лица, должностные лица, субъекты малого, среднего и крупного предпринимательства, а также некоммерческие организации.

Как правило, юридические лица подлежат административной ответственности в случаях несоответствия их базы материально-техническим нормативам вследствие чего допущены нарушения, отсутствия должного контроля за оказанием медицинской помощи и т.д.

Часть 2-2, в отличие от части 2-1 комментируемой статьи, квалифицирующим признаком определяет повторность, т.е. совершение аналогичного правонарушения в течение года после наложения административного взыскания по первой части ст. 80 КРКобАП.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Часть третья комментируемой статьи, в отличие от рассмотренных частей, главным квалифицирующим признаком определяет наличие легкого вреда здоровья, причиненного в результате несоблюдения порядка, стандартов оказания медицинской помощи, невыполнения или ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним.

Дела по частям 2-1 и 3 комментируемой статьи, согласно ч. 2 ст. 700 КРКобАП, рассматривают руководитель государственного органа в сфере оказания медицинских услуг, его заместители, руководители территориальных подразделений и их заместители.

Часть четвертая комментируемой статьи, в отличие от третьей части, квалифицирующим признаком определяет повторность, т.е. совершение правонарушения в течение года после наложения административного взыскания за совершение правонарушения, предусмотренного частью третьей ст. 80 КРКобАП.

Дела по части 2-2 и 4 данного правонарушения, согласно ч. 1 ст. 684 КРКобАП, рассматривают судьи специализированных районных и приравненных к ним административных судов по административным правонарушениям.

Список использованных источников

1. Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях от 5 июля 2014 года № 235-V. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31577399#pos=1864;-547 (дата обращения: 4.10.2021 г.).

2. Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34464437 (дата обращения: 4.10.2021 г.).

УДК 343.3/.7

МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ҚЫЛМЫСТЫҚ ҚҰҚЫҚТЫҚ МӘСЕЛЕЛЕР

Хамзина М.Ғ.

Медициналық құқық және этика кафедрасының аға оқытушысы, заң ғылымдарының магистрі, khamzina.meruert@yandex.ru

Кіріспе. 1995 жылы қабылданған Конституцияға сәйкес адам, оның құқықтары мен бостандықтары жоғары құндылық болып табылады, осы қағидат негізінде ҚР ҚК бірінші кезектегі міндеті адам мен азамат азаматтың құқықтары мен бостандықтарын қорғау және бұзылған құқықтарды қалпына келтіру болып табылады [1].

2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасының «Халықтың денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі туралы» № 193-IV Кодексіне сәйкес мемлекет көрсететін ақысыз медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі Қазақстан Республикасының азаматтарына және органдарға бюджеттік қаражат есебінен беріледі; оған Қазақстан Республикасының Үкіметімен бекітілген тізімге сәйкес асқан пәрменділігі дәлелденген профилактикалық, диагностикалық және емдік медициналық қызметтер енгізіледі [2]. Алайда, тәжірибе көрсеткендей, емделуші медициналық көмекті алған кезде оның көптеген құқықтары бұзылуда. Ол бүкіл емдеу үрдісі бойы емделушіге құрметсіз және кәсіби емес қарым-қатынас көрсетуден, емде-

лушінің өз денсаулығының күйі және нақты аурудың ауырлығы, диагностикалау мен емдеу әдістері, соның ішінде емдеудің жақын арада болатын және біраз уақыт өткеннен кейін болатын нәтижелері туралы ақпаратты алу құқығының бұзылуынан, медициналық көмекті көрсетпеуден немесе сапасыз көрсетілуінен; медициналық эксперименттерді адамның келісімінсіз өткізуден және т.т. көрініс табуы мүмкін. Осындай қарым-қатынас түрлері 1997 жылғы 4 сәуірдегі Адам құқықтары және биомедицина туралы Еуропалық Конвенцияның ережелеріне қайшы келеді; аталмыш құжаттың 1 және 2 баптарында жеке адамның мүдделері мен оның игіліктері қоғам мен ғылым мүдделеріне қарағанда басымдырақ екендігі бекітілген [3].

Қазіргі кезде медицина қызметкерлері іс-әрекеттерінің салдарларынан орын алған емделуші құқықтарының бұзылғандығы туралы ресми статистика мүлде жоқ. Оған қоса, медицина қызметкерлері жасайтын іс-әрекеттердің басым көпшілігі асқан қоғамдық қауіптілікпен сипатталады, себебі аталған іс-әрекеттер нәтижесінде емделушілер өз денсаулықтарын толығымен немесе жартылай жоғалтып алуы, кей кездері тіпті қайтыс болуы да мүмкін, ол жалпы алғанда медицинаның тұрғын халық алдындағы беделін түсіреді және қарастырылатын саланың қылмыстануына және тиісті қылмыстық іс-әрекеттердің өсуіне де ықпал етеді.

Бұқаралық ақпарат құралдарында жария етілген материалдар мен азаматтардың құқық қорғау органдарына өтініш білдірулері медицина саласындағы қылмыстылықтың күйі туралы белгілі бір ұғым береді, ал денсаулық сақтау органдары болса қарастырылатын саладағы нақты жағдайды мұқият жасырады. Қылмыстардың осы санатының ашылу деңгейінің өте төмен болуына бірқатар объективті және субъективті себептер ықпал етеді. Объективті себептер: қылмыстардың ашылуына дәрігерлердің қателіктері туралы арыздарды тексерген кезде орын алатын медициналық сараптаманың шын еместігі және сарапшылар біліктілігінің жетімсіздігі кедергі келтіреді. Негізінен сараптамалық қорытындыларда көбінесе медицина қызметкерлері тергеу объектісі болып табылатын өз әріптестерін «ақтап шығуға», «қоршауға» даяр болып тұрады. Кей кездері, тіпті ол жиі орын алатын құбылыс та – «мундирдің абыройы» зандылық мүдделеріне қарағанда басымдырақ болып табылады [4].

Қазіргі кезде емделушілер «Халықтың денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының кодексінде бекітілген өз құқықтарын жетік білетіндігін және адвокаттар (қорғаушылар) көмегіне де жиі жүгіне бастағандығын, емделушілер егер де олардың денсаулықтарына зиян дәл осы сапасыз медициналық қызмет көрсетілуге байланысты келтірілген деп санаса сот шығындарын, соның ішінде сот-медициналық сараптаманы жүргізу жөніндегі сот шығындарын да төлеуге дайын екендігін да атап өту керек [5].

Нәтижесінде емделушілердің денсаулықтарына зиян келтірілген немесе медициналық көмектің дер кезінде және сапалы көрсетілмегендікке байланысты емделушілер қайтыс болған, медициналық көмек тиісті деңгейде көрсетілмегендігіне байланысты талап арыздар, қылмыстық істерді қозғау туралы арыздар саны арта түсуде. Атап айтқанда, М. Ибраев өткізген зерттеуге сәйкес Қазақстан Республикасында өткізілген зерттеу барысында зерттелген 973 комиссиялық сот-медициналық сараптамалардың ішінен 101 сараптама медицина қызметкерінің өз міндеттерін лайықсыз атқарған. Оған қоса, еліміздің әйгілі заңгері, профессор Г.Рустемованың пайымдауынша, қылмыстардың бұл санатын тергеу барысында туындайтын қиыншылық қылмыстық іс бойынша міндетті түрде айқындалуы тиіс жағдайлардың сипатына, қылмыстардың жасалу жағдайына, медициналық білімнің түрлі нысандарын қатыстыру қажеттілігіне және медицина қызметкерлерінің корпоративтілігіне байланысты болып табылады. Нәтижесінде медицина қызметкерлерінің іс-әрекеттері медицина міндеттеріне қайшы сипатта болатындай жағдай туындайды [6].

Төменде келтірілетін мәліметтер нәтижесінде адам өлімі орын алған не адам денсаулығына ауыр немесе ауырлығы орташа залал келтірілген медицина қызметкерлерінің кәсіби

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

міндеттерін лайықсыз орындалуын дәлел деу тиімсіздігінің өте төмен екендігі туралы сипаттайды.

Қазіргі кезде бар ресми статистикалық мәліметтерге сәйкес 2014 жылы медицина қызметкерлерімен өздерінің кәсіби міндеттерін лайықсыз орындау фактілері бойынша Қазақстан Республикасының алдын ала тергеу органдары 30 қылмыстық іс қозғаса, 2015 жылы – 32 қылмыстық іс, 2016 жылы-35, 2017 жылы-38, 2018 жылы – 39, ал 2019 жылы – 41 қылмыстық іс қозғалған екен. Яғни, қылмыстардың қарастырылатын санаттары бойынша қозғалған қылмыстық істер саны күрт өскендігін байқауға болады [7].

Сонымен қатар, тергеу барысында туындайтын қиыншылықтар, тергеу органдарының тәжірибелік қызметінде қылмыстық осы түрін тергеуге қатысты толыққанды әдістемелердің жоқ болуының нәтижесінде қозғалған қылмыстық істердің басым көпшілігі қисынды жалғасын таппай жатады, яғни олар сотта қарау сатысына дейін жеткізілмейді. Мысалы, 2014 жылы тергелген барлық қылмыстық істердің тек 7 қылмыстық іс қана сотқа жіберілген, 2015 жылы тергелген істердің тек 9, 2016 жылы – 7, 2017 жылы – 7, 2018 жылы – 8, 2019 жылы – 12 қылмыстық іс сотқа жіберілген екен. Оған қоса, 2014 жылы тергеушілерде өндірісте болған қылмыстық істердің 4 тоқтатылса, 2015 жылы – 5, 2016 жылы – 2, 2017 жылы -7, 2018 жылы – 5 және 2019 жылы – 7 қылмыстық іс тоқтатылған екен [7].

Осындай жағдай медицина қызметкерімен өзінің кәсіби міндеттерін лайықсыз орындауды тергеудің жеке криминалистік әдістемесінің әзірленуін талап етеді. Әдістеме бойынша қылмыстардың криминалистік сипаттамасы арасындағы заңды байланыстарды анықтау арқылы типтік тергеу нұсқаларын әзірлеу, міндетті түрде дәлелденуі тиіс жағдайлар жиынтығын анықтау, типтік тергеу жағдайларды және типтік тактикалық міндеттерді белгілеу, арнайы медициналық білімге және басқа да арнайы білімі бар мамандарды тарту тактикасының және медицина қызметкерінің өзінің кәсіби міндеттерін лайықсыз орындағандығын дәлелдеу жөніндегі ұсынымдарды әзірлеуге негіз болатын басқа да білімге ие мамандарды тарту дұрыс болар еді.

Медицина қызметкерімен өзінің кәсіби міндеттерін лайықсыз орындау тетігі – нәтижесінде жәбірленушілердің өмірлері мен денсаулығы үшін қылмыстық заңнамаға сәйкес жазалануы тиіс салдарлар орын алған субъект, жәбірлеуші, қылмыстың мәні, құралдары мен қылмыс жағдайы арасындағы серпінді, жүйелі өзара әрекеттесу жүйесі.

Медицина қызметкерлерінің өздерінің кәсіби міндеттерін лайықсыз орындағандығы туралы қылмыстық істерді тергеу барысында медициналық білімді тартудың негізгі нысандары төмендегідей:

- емдеу мекемесінің басшыларынан (бас дәрігерінен, емхана меңгерушісінен және т.б.) тиісті түсініктемелер алу;
- қажет болған жағдайда құрамына тиісті нормативтік база енгізілген қажетті медициналық құжаттаманы сұратып алу;
- емделуші үшін қолайсыз салдарлардың орын алу себептері туралы клиникалық-анатомиялық конференцияның хаттамасын сұратып алу;
- тиісті денсаулық сақтау органының басшысына медициналық көмекті көрсету барысында медицина қызметкерлерінің іс-әрекеттерінің дұрыстығы не бұрыстығы туралы ведомстволық тұжырымды әзірлеуді тапсыру;
- кешенді сот сараптамасын тағайындау;
- тергеу іс-шараларын өткізуге кеңесші ретінде медицина қызметкерлерін қатыстыру.

Медициналық сараптамалық қорытындыларды берген кезде «корпоративтілікті» болдырмау, сондай-ақ, жәбірленуші үшін қолайсыз салдарлардың орын алу жағдайлары мен

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

себептерінің жасыру фактілерін болдырмау және айқындау мақсатында штатына қазіргі кезде қызмет ететін медицина және ғылыми қызметкерлердің ішінен аса білікті өкілдері енгізілетін және, қажет болған жағдайда басқа мемлекеттердің медициналық сарапшыларын және мүдделі тараптар өкілдерін не олардың қорғаушыларын тартатын бірыңғай тәуелсіз сот сараптамалар мекемесін құру ұсынылады [8].

Әйгілі қазақстандық дәрігер, профессор М. Ыбраев қарастырылатын қылмыстардың жеті типтік тергеу жағдайларын атап өтті:

1) емдеуге түскен емделушінің диагнозы белгілі болғанда, бірақ аурудың асқынуына себепші болған медицина қызметкерінің іс-әрекеттерінің орындылығы, негізділігі не орынсыздығы, негізсіздігі белгілі емес болған жағдайда;

2) пациенттің толық анамнезі жиналған кезде, алайда емдеу белгіленген кезде не операция жасалғанда рұқсат етілген не айыпсыз деп танылған тәуекелдің сипаты мен мәні белгісіз болған кезде;

3) барлық дәрігерлік қимыл-айлалардың мәні белгілі болып, алайда емделуші үшін орын алған зиянды салдарлардың тетігі белгісіз болған кезде;

4) емделуші үшін зиянды салдарлар болған кезде, алайда нақты қай медицина қызметкерлерінің іс-әрекеттері емделуші үшін зиянды салдарлардың орын алуына ықпал еткендігі белгісіз болған кезде;

5) емделуші үшін зиянды салдарлар орын алғаннан кейін медицина қызметкерлері өздерінің медициналық тәжірибе тұрғысынан негізсіз болып саналатын іздерін жасыру үшін барлық іс-шараларды жүзеге асырған жағдайда;

6) емделуші үшін қолайсыз салдарлардың орын алуы фактісі бойынша қозғалған қылмыстық іс материалдары бар болғанда, алайда оларға нақты медициналық қызметкерлердің қатысы бар екендігі туралы дәлелдемелер жоқ болған кезде;

7) медицина қызметкерімен өзінің кәсіби міндеттерін лайықсыз атқарғандығы туралы жедел-ізвестіру мәліметтері бар болған жағдайда, алайда қылмыс фактісінің өзі дараланбаған кезде (осыған ұқсас тіркелмеген фактілер бойынша материалдар айқындалған кезде, алайда күдіктінің жеке тұлғасы сипаттайтын бағдар беретін материалдан, ақпараттан, мәліметтерден басқа)[9].

Жыл сайын еліміздің әрбір аймағында дәрігерлердің кәсіби емес іс-әрекеттерінен қайтыс болып жатқан емделушілер саны өсуде. Соңғы кезде тергеушілер медицина қызметкерлеріне тұлғаның өзінің кәсіби міндеттерін лайықсыз орындағандыққа байланысты «абайсыздықта өлімге әкеп соқтыру» сынды айыптарды жиі тағатын болды.

Көптеген жағдайларда денсаулықтарына зиян келтірілген немесе туыстары қайтыс болған азаматтардың арыздары немесе емделуші қайтыс болған медициналық мекемеден жолданған жеделхат қылмыстық істі қозғаудың негізі болып табылады, себебі жоғарыда атап өтілген бірінші жағдайда азаматтар осындай жағымсыз салдарлар дұрыс емдеу жүргізілмегендікке байланысты орын алды деп нандырып, қылмыстық істің қозғалуын талап етеді.

Пайдаланылған ақпарат көздері

1 –Қазақстан Республ икасының Конституциясы Қазақстан Республикасының Конституциясы// Конституция 1995 жылы 30 тамызда республикалық референдумда қабылданды. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K950001000>

2 - Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» № 193-IV Кодексі [https://online.zakon.kz/ Document/ ?doc_id=30478329](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30478329)

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

3 - 1997 жылғы 4 сәуірдегі Адам құқықтары және биомедицина туралы Еуропалық Конвенциясы <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/P1400001038>

4- Каржаубаев А.Б. Медицина қызметкерлерінің лайықсыз емдеу үшін қылмыстық жауапкершілігінің өлшемдері // «Ақиқат». 2021. № 4. 58 б.

5 – Рустемова Медициналық қызметтегі жауапкершіліктің орны және мәні Алматы, «Жеті жарғы», 2013 ж.

6 – Ахметов А.С. Объективные основания и пределы уголовной ответственности за последствия при бездействии // Правоведение. 2020 г. № 2. С. 104-105.

7- ПМ ресми сайты // <https://www.gov.kz/memleket/entities/qriim?lang=kk>

8. Какимов Р.О. Денсаулық сақтау саласында заңнаманың дамуының кейбір мәселелері // «Заң және заман». 2021. № 8. С. 5.

9. М.А. Ыбраев. Медицина қызметкерлерінің қылмыстық жауапкершілігінің өзекті мәселелері // «Предупреждение преступности» 2020 № 6 С, 14

УДК 343.139

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДОСУДЕБНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ И
СУДЕБНОГО РАССМОТРЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ О ПРИЧИНЕНИИ СМЕРТИ ПО
НЕОСТОРОЖНОСТИ, СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ**

Утанов М.А.

советник Председателя Верховного Суда Республики Казахстан, доктор юридиче-
ских наук, профессор, mau_25@mail.ru

Причинение смерти по неосторожности представляет наибольшую общественную опасность среди преступлений с неосторожной формой вины. И это понятно, так как жизнь человека в силу ст. 1 Конституции РК является высшей ценностью в демократическом правовом государстве [1].

В законодательстве РК причинением смерти по неосторожности признается действие или бездействие, объективно повлекшее за собой смерть другого человека, но совершенное не умышленно, а в результате неосторожности, то есть когда виновный не предвидел, хотя мог и должен был предвидеть, что его деяние приведет или может привести к смерти другого человека (преступная небрежность); либо предвидел, но безосновательно предполагал, что этого не произойдет, либо рассчитывал этого избежать (преступное легкомыслие).

В ст. 317 УК РК предусмотрены квалифицирующие признаки рассматриваемого преступления: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей медицинским работником (ч. 3); причинение смерти по неосторожности двум или более лицам (ч. 4).

По ч. 3 ст. 371 УК РК могут быть привлечены к уголовной ответственности медицинские работники, причинившие смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей [2]. Причинение смерти по неосторожности, очевидно, является квалифицированным составом преступления, поскольку помимо признаков основного состава содержит специальные признаки, влекущие изменение уголовно-правовой оценки содеянного и усиление ответственности (размера наказания) по сравнению с основным составом. Уголовная ответственность повышается, поскольку объектом преступления является не только жизнь человека, но и общественные отношения в сфере выполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Имеет значение также наличие у виновного профессиональ-

ной подготовки, специальных знаний.

Важнейшее значение при расследовании уголовных дел рассматриваемой категории имеет производство судебно-медицинской экспертизы. Дело в том, что установление диагноза и выбор метода лечения зависят от множества факторов и не могут быть заранее регламентированы официальными правилами, инструкциями и иными организационно-распорядительными документами. Решения и действия врача, основанные на общепринятых положениях медицинской науки и лечебной практике, в каждом конкретном случае определяются особенностями болезни, больного и условиями, в которых оказывается медицинская помощь.

В ходе досудебного расследования необходимо выяснять следующие обстоятельства:

- каким заболеванием страдал больной при обращении в лечебное учреждение (или какая ему была причинена травма);
- правильно и своевременно ли установлен диагноз болезни (травмы);
- правильно ли в соответствии с установленным диагнозом проводилось лечение больного;
- не связаны ли неправильно установленный диагноз или неправильно проведенное лечение с каким-либо объективными обстоятельствами, затрудняющими решения и действия врачей;
- уровень профессиональной подготовки медицинского работника (стаж работы по специальности, специализация, повышение квалификации, категория, ученая степень и т.п.);
- каковы основные причины наступления тяжких последствий, находятся ли они в причинной связи с недостатками и ошибками, допущенными в диагностике и лечении, или неминуемо должны были наступить в связи с тяжестью заболевания или полученных травм;
- если смерть больного наступила вследствие как тяжести заболевания (травмы), так и дефектов лечения, то можно ли было их предотвратить при правильно проведенном лечении;
- нормативные акты, требования которых были нарушены.

Дать ответы на вышеуказанные вопросы следователи самостоятельно не смогут, поскольку для этого требуются специальные познания в области медицины. Такие экспертизы проводятся в бюро судебно-медицинской экспертизы МЮ РК. Экспертиза производится комиссионно, причем в случаях необходимости к производству экспертизы привлекаются специалисты соответствующего профиля.

При выборе врачей в качестве экспертов особое значение приобретает выполнение требований уголовно-процессуального закона (ст.ст. 86, 92, 93 УПК РК), касающихся незаинтересованности, независимости экспертов, так как сложностью при проведении судебно-медицинской экспертизы является «корпоративность в медицинской среде», когда одни медицинские работники фактически покрывают неправомерные деяния своих коллег [3].

Только при соблюдении данных условий можно решить, допущены ли медицинскими работниками по небрежности или легкомыслию неправильные действия (бездействия), не соответствующие положениям медицинской науки и лечебной практики; имеется ли прямая причинная связь между этими упущениями и наступившими тяжкими последствиями.

Однако вышеперечисленное не освобождает следователей и судей от обязанности давать правовую оценку экспертных заключений и действий лиц, участвующих в оказании медицинской помощи.

Иногда возникает необходимость в назначении дополнительной экспертизы. Такая потребность появляется нередко и в случаях, когда эксперты не смогли дать категорического заключения по тем или иным вопросам, в частности, когда установлены недостатки и ошибки в

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

лечении, но нет уверенности, что при оказании надлежащей медицинской помощи жизнь больного могла быть спасена.

При назначении комиссионной и дополнительной экспертиз необходимо выяснять, кто будет входить в состав членов комиссии, кто из членов комиссии принимал участие в документальной проверке [4] с целью исключения получения аналогичных выводов [5]. Следователь должен вникнуть в смысл ответов экспертов на поставленные вопросы и медицинских данных, на которых основано их заключение.

Так, приговором Баянаульского районного суда Павлодарской области от 05 октября 2016 года осуждены по ст.317 ч.3 УК РК: Байжанова Г.К. и Зарахан М. к наказанию в виде 2 лет 6 месяцев лишения свободы, с применением ст.63 УК РК. Судом установлено, что 28.05.2015 года в 10 часов 00 минут в родильное отделение КГП на ПХВ «Баянаульская центральная районная больница» по направлению врача акушер-гинеколога Байжановой Г.К., с диагнозом: «Беременность 37 недель, 4 дня. Гестационная гипертензия. Ложные схватки. Рубец на матке после консервативной миомэктомии. Анемия 1 степени. Мочегонная болезнь» поступила роженица Смагулова М.К. При поступлении в стационар, учитывая паритет родов, наличие экстрагенитальной патологии, гестационной гипертензии, Байжанова Г.К. недобросовестно относясь к своим профессиональным обязанностям, нарушая приказ № 593 МЗ РК от 27.08.2012 года «Положение о деятельности здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь», своевременно не решила вопрос о переводе Смагуловой М.К. на 3 уровень родоразрешения. Кроме того, Байжанова Г.К., недооценив состояние беременной Смагуловой М.К., осознавая, что она ввиду возраста последней и сложности течения беременности может осложниться, однако относясь к данному факту пренебрежительно, оставив Смагулову М.К. на дежурную акушерку Аширбекову А. покинула родильное отделение. В 12 часов 00 минут у Смагуловой М.К. находившейся в предродовой палате №1 родильного отделения регистрируются 2 схватки за 10 минут, о чем дежурной акушеркой Аширбековой А. сообщено Байжановой Г.К., которая будучи поставленной в известность о начале родов, никаких мер по прибытию в родильное отделение и принятию родов у Смагуловой М.К. не предприняла. В 14 часов 40 минут у Смагуловой М.К. отошли светлые околоплодные воды. Начались схватки натужного характера, зева матки полностью открылась. В 14 часов 50 минут у Смагуловой М.К. произошли роды доношенным плодом мужского пола, которые принимала лишь дежурная акушерка Аширбекова А. Общая кровопотеря составила – 250,0 мл. При установлении анатомического кровотечения у Смагуловой М.К. с выставленными показаниями для оперативного лечения хирургом Зарахан М. и акушер-гинекологом Байжановой Г.К. при осмотре неадекватно оценена тяжесть состояния Смагуловой М.К. и объем кровопотери, степень геморрагического шока и в нарушение Приказа МЗ РК от 07.04.2010 года № 239 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения» и протокола «Анемия беременных» утвержденного Экспертной комиссией МЗ РК по вопросам развития здравоохранения № 18 от 19.09.2013 года, больная своевременно не взята на операцию, не предприняты меры по проведению интенсивной терапии и оперативному вмешательству на матку. Лишь в 17 часов 00 минут, то есть через 55 минут после осмотра Смагуловой М.К. решением совместного консилиума (акушер-гинеколог Байжанова Г.К., хирург Зарахан М.) под местной анестезией проведена лапаротомия. С целью наложения зажимов на маточные сосуды и циркуляторного шва на область перешейки матки под местной инфильтрационной анестезией 0,5 % новокаина в объеме 400 мл., приведшей к геморрагическому шоку у Смагуловой М.К. и ухудшению состояния её здоровья. В 18 часов 40 минут 28 мая 2015 года на момент лапаротомии производимой врачом акушер-гинекологом Байжановой Г.К. и врачом-хирургом Зарахан М., в результате их ненадлежащего выполнения своих профессиональных обязанностей и несоблюдению порядка и стандартов оказания меди-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

цинской помощи, наступила смерть Смагуловой М.К. Согласно заключению повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 10 от 17.05.2016 года, смерть Смагуловой М.К. наступила от постгеморрагического шока, развившегося на почве массивного внутриматочного кровотечения в раннем послеродовом периоде в результате нарушения сократительной способности матки. Между действиями сотрудников Баянаульской ЦРБ по оказанию медицинской помощи родильнице Смагуловой М.К. и наступлением её смерти в судебном заседании установлена причинно-следственная связь.

Осужденные наступление смерти больной не предвидели, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должны были и могли предвидеть. При этом в случае своевременного оказания квалифицированной помощи (в условиях стационара) благополучный исход был возможен.

При рассмотрении данного уголовного дела перед судом были заявлены ходатайства о признании заключений комиссионных судебных медицинских экспертиз № 398/к и № 474/к недопустимым доказательством. Мотивируя ходатайства, сторона защиты указала, что экспертиза № 398/к назначена постановлением следователя, не принявшего к своему производству уголовное дело в соответствии со ст. 179 УПК РК, тем самым вышеуказанная экспертиза проведена по постановлению лица, неуполномоченного осуществлять производство предварительного расследования по данному уголовному делу; а в проведении экспертизы № 474/к участвовал эксперт, который принимал участие в документальной проверке департамента здравоохранения по Павлодарской области и ранее уже высказал противоречивые мнения по вопросам оказания медицинской помощи больной, в связи с чем данное заключение нельзя признать объективным, а с точки зрения оценки доказательств - допустимым.

Указанные процессуальные нарушения органов предварительного следствия дали возможность подсудимым, изначально не признававшими себя виновными, и защитнику в ходе судебного рассмотрения заявлять ходатайства о том, что по уголовному делу другие экспертизы проведены неполно, необъективно и не всесторонне, с допущенными нарушениями при их производстве, ставить под сомнение факты ненадлежащего оказания врачами медицинской помощи, и предполагать возможность наступления смерти больной от иных причин. Суд в указанных обстоятельствах был вынужден назначить повторную экспертизу для устранения сложившихся противоречий.

Оценивая заключения комиссионных медицинских судебных экспертиз, проведенных как в ходе предварительного следствия, так и в ходе судебного разбирательства, суд признал данные заключения достоверными и допустимыми доказательствами по следующим мотивам:

заключения соответствуют требованиям уголовно-процессуального законодательства, а также Кодексу РК от 07.07.2020 года №360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»);

экспертам для исследования были представлены достаточные материалы, нарушений процессуальных прав участников судебного разбирательства как при назначении, так и при производстве судебной экспертизы, которые могли бы повлиять на содержание выводов экспертов, судом установлено не было, стороне защиты была предоставлена возможность присутствовать при производстве экспертизы;

оснований сомневаться в выводах высококвалифицированных специалистов в области судебной медицины нет, так как свои выводы эксперты сделали после тщательного исследования материалов уголовного дела, медицинских документов, в том числе исследования материалов, предоставленных стороной защиты, заключения являются мотивированными и научно аргументированными;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

выводы экспертов полностью согласуются как между собой, так и с другими доказательствами, исследованными в суде, взаимно дополняя друг друга;

- сведений о том, что эксперты лично, прямо или косвенно заинтересованы в исходе дела, судом установлено не было[6].

Только лишь после этого подсудимые Байжанова Г.К. и Зарахан М. заявили ходатайства о заключении процессуального соглашения в форме сделки о признании вины, которые были поддержаны их защитниками, а также прокурором. Данные процессуальные соглашения полностью соответствуют требованиям ст.ст.612-613, 616 УПК РК. В процессуальных соглашениях, в соответствии со ст.616 ч.1 п.8 УПК РК, стороны, в том числе и сами подозреваемые, согласились о назначении им соответствующего наказания по ст.317 ч.3 УК РК. Поэтому, по результатам рассмотрения процессуального соглашения, судом, в соответствии со ст.626 ч.1 п.5 УПК РК вынесен обвинительный приговор, с назначением им наказания, определенного условиями соглашения.

Данный вывод суда достаточно четко показывает и определяет алгоритм действий следователя при производстве досудебного расследования уголовных дел в отношении медицинских работников о причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей.

Список использованных источников

1. Конституция Республики Казахстан, принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года.
2. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года №226-V ЗРК.
3. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан от 4 июля 2014 года №231-V ЗРК.
4. Плаксин В.О. и др. Проведение судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с жалобами родственников на неправильную диагностику и лечение: методические указания БГСМЭМЗ РСФСР. 1993. № 1523/01-04.
5. Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2007. № 2.
6. Приговор Баянаульского районного суда Павлодарской области по делу в отношении Байжановой Г.К. и Зарахан М.

Секция 3 Досудебное урегулирование споров с пациентами

УДК 347

**ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ИНСТИТУТА ДОСУДЕБНОГО УРЕГУЛИРОВАНИЯ
СПОРА, ПРИМИРИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕДУР В СУДЕ**

Абаева Ж.М.

судья Таразского городского суда Жамбылской области, кандидат юридических наук.

К 30-летию независимости наша страна подошла с положительными результатами по реализации последовательных этапов правовой реформы, начало которой было положено Государственной программой правовой реформы в Казахстане, утвержденной постановлением Президента РК от 12 февраля 1994 года. В программе обозначалось, что общество стоит перед жесткой необходимостью неотложной глубокой, комплексной и всеобъемлющей правовой реформы с целью создания качественно новой, подлинно правовой системы Казахстана на основе принципов демократии, рыночной экономики, гуманизма и социальной справедливости, с учетом апробированного мировой практикой опыта.

Целью правовой реформы явилась нацеленность на создание новых правовых институтов, цивилизованного законодательного процесса, ревизию законодательства, изменение и коррекцию сложившейся правоприменительной практики, особенно в сфере экономики, широкую переподготовку юридических кадров, воспитание преподавателей права, практиков-юристов, понимающих рыночную и демократическую природу права, современных структур гражданского общества и государства [1].

Одним из важных направлений развития судебной системы является разработка методов цивилизованного разрешения правовых споров и конфликтов путем введения институтов примирения и медиации. В этой связи, 28 января 2011 года был принят Закон РК «О медиации» [2], обновлены кодексы, регламентирующие основы материального и процессуального права базовых отраслей права.

В Послании Главы государства народу Казахстана «Казахстан в новой реальности: время действий» от 1 сентября 2020 года отмечено о необходимости развития альтернативных способов разрешения споров в целях поиска компромисса без участия государства [3].

Во всем мире существует практика применения альтернативных форм разрешения правовых конфликтов (Alternative Dispute Resolution - ADR), которые выступают как альтернатива по отношению к официальному правосудию, к судебной системе государства. Рост популярности этих процедур в различных сферах гражданско-правовых отношений привели к существованию многообразных форм этих альтернативных процедур.

Наиболее традиционным является деление альтернативных форм разрешения правовых конфликтов на основные и комбинированные.

К основным альтернативным формам относятся:

переговоры (negotiation), представляющие собой урегулирование спора непосредственно сторонами без участия иных лиц;

посредничество (mediation), означающее урегулирование спора с помощью независимого, нейтрального посредника, который содействует сторонам в достижении соглашения;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

третейский суд (arbitration) – разрешение спора с помощью независимого, нейтрального лица – арбитра (или группы арбитров), который уполномочен вынести обязательное для сторон решение.

Кроме того, компоненты основных видов, смешиваясь друг с другом, образуют совершенно новые комбинированные формы. Например, такие как:

посредничество – третейский суд (mediation—arbitration—med-arb), означающее урегулирование спора с помощью посредника-арбитра, который в случае недостижения сторонами соглашения уполномочен разрешить спор в порядке арбитража;

«мини-суд» (mini-trial), широко применяемый способ для урегулирования коммерческих споров, получивший название от внешнего сходства с судебной процедурой и представляющий собой урегулирование спора с участием руководителей корпораций, юристов и третьего независимого лица, возглавляющего слушание дела;

независимая экспертиза по установлению фактических обстоятельств дела (neutral expert fact-finding) - процедура достижения сторонами соглашения на основе заключения квалифицированного специалиста, изучившего дело с точки зрения фактического состава;

омбудсмен (ombudsman) - урегулирование споров, связанных с недостатками в деятельности правительственных агентств и частных организаций официально уполномоченным лицом, расследующим обстоятельства дела по жалобам заинтересованных лиц;

частная судебная система (private court system) или судья «напрокат» (rent-a-judge), обеспечивающая разрешение споров с помощью судей, ушедших в отставку, за достаточно высокую плату, которые имеют полномочия не только примирить стороны, но и вынести обязательное для них решение [4].

С принятием Закона РК «О медиации», в целях развития институтов примирительных процедур, в казахстанское законодательство были внесены соответствующие изменения.

Действующее гражданское процессуальное законодательство предусматривает возможность урегулировать спор в полном объеме взаимных требований либо в части, заключив мировое соглашение, соглашение об урегулировании спора (конфликта) в порядке медиации или соглашение об урегулировании спора в порядке партисипативной процедуры либо используя иные способы в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РК (далее-ГПК). Ходатайство об урегулировании спора с применением примирительных процедур может быть заявлено по любому делу искового производства, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом или законом. Суд (судья) принимает меры для примирения сторон, содействует им в урегулировании спора на всех стадиях процесса [5].

При проведении примирительных процедур принятие искового заявления осуществляется в течение десяти рабочих дней со дня поступления искового заявления.

Указанный срок позволяет урегулировать спор между сторонами на самой ранней стадии гражданского процесса – стадии принятия иска в производство суда.

В рамках пилотного проекта Верховного Суда РК, начиная с 2018 года судьи республики, специализирующиеся на примирительных процедурах, освоили методику урегулирования споров посредством предусмотренных законодателем примирительных процедур (мировое соглашение, соглашение об урегулировании спора в порядке медиации, партисипативной процедуры), что способствовало решению задач по упрощению судопроизводства, недопущению волокиты, своевременному и правильному разрешению споров по гражданским делам.

Важным этапом развития правовой системы государства явилось внедрение административной юстиции. В связи с введением в действие 1 июля 2021 года Административного процедурно-процессуального кодекса РК (далее - АППК), применение примирительных процедур стало возможным по публично-правовым спорам (ранее действующая глава 29 ГПК), а

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

также по спорам, связанных с обжалованием действий (бездействия) судебных исполнителей, в том числе, частных (ранее регулируемых статьей 250 ГПК).

Указанные категории дел исключены из сферы гражданского судопроизводства и в соответствии с действующим законодательством рассматриваются по правилам АППК.

Такая определенная законодателем возможность позволяет не только рассматривать тот или иной спор в кратчайшие сроки путем выработки взаимовыгодного решения, но и способствовать своевременному обеспечению конституционных прав каждого человека, гражданина или юридического лица. А это, как известно, относится к одному из самых важных принципов правового государства.

Основным условием, влияющим на возможность использования примирительных процедур, является наличие у ответчика административного усмотрения.

Так, в соответствии с положениями статей 120, 121 АППК стороны на основании взаимных уступок могут полностью или частично окончить административное дело путем заключения соглашения о примирении, медиации или об урегулировании спора в порядке партисипативной процедуры на всех стадиях административного процесса до удаления суда для вынесения решения.

К особенностям последствий утверждения судом соглашения сторон, в отличие от предусмотренного ГПК порядка, следует отнести вынесение судебного акта (определения), которым иск возвращается полностью или в части.

За неисполнение определения суда об утверждении соглашения суд вправе наложить денежное взыскание на ответчика в размере пятидесяти месячных расчетных показателей с указанием в этом же судебном акте срока, не превышающего одного месяца, в течение которого оно подлежит исполнению.

АППК устанавливает порядок осуществления административного усмотрения, под которым понимается полномочие административного органа, должностного лица принимать в установленных законодательством Республики Казахстан целях и пределах одно из возможных решений на основании оценки их законности.

Примирение сторон по административному делу может касаться только прав и обязанностей сторон как субъектов спорных публичных правоотношений и предмета иска с обязательным условием, что стороны правомочны принимать решение либо обладают правом распоряжения в отношении предмета спора, наличии у должностного лица, государственного органа административного усмотрения с учетом ограничений, регламентированных статьями 10 и 11 АППК.

Одним из конституционных прав граждан является право на охрану здоровья (статья 29 Конституции) [6]. Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года определена цель законодательства республики в области здравоохранения - обеспечение реализации гражданами права на охрану здоровья, включая доступную и качественную медицинскую помощь для сохранения и укрепления здоровья населения страны.

Задачей законодательства в области здравоохранения является создание правовых условий, направленных на улучшение здоровья граждан [7].

Анализ судебной практики судов гражданской, административной юрисдикции Жамбылской области по так называемым «медицинским» спорам показывает, что в большинстве случаев основанием для обращения в суды служит некачественное оказание медицинских услуг. Таких дел в судебной практике немного, но и по ним есть положительные результаты примирения.

Так, 21 апреля 2021 года Таразским городским судом утверждено соглашение об урегулировании спора в порядке медиации по гражданскому делу по иску Ж. к А. и другим о при-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

знании врачебной ошибки и взыскании ущерба, по условиям которого стороны примирились, ответчики (медицинские работники) приняли обязательства по возмещению материального ущерба и морального вреда, причиненного истцу, в сумме 1 5000 000 тенге, а истец отказался от заявленных требований в полном объеме.

Следует отметить, что рассматриваемые правоотношения подпадают под действие Закона РК от 4 мая 2010 года «О защите прав потребителей» (далее - Закон), которым предусмотрен порядок досудебного урегулирования спора путем обращения потребителя услуг к исполнителю с претензией об устранении нарушений прав и законных интересов и возмещении потребителю причиненного этими нарушениями убытка (вреда) вследствие недостатков товара (работы, услуги) в добровольном порядке, либо в уполномоченный орган, государственные органы, осуществляющие функции в сфере защиты прав потребителей. В силу статьи 42-8 Закона потребитель вправе предложить исполнителю передать спор на рассмотрение субъекту досудебного урегулирования потребительского спора – арбитражу, медиатору, общественному объединению потребителей, ассоциациям (союзам) либо саморегулируемой организации, членом которой является продавец (изготовитель, исполнитель) [8].

Несоблюдение такого порядка в соответствии с ГПК является основанием для возвращения искового заявления.

Вместе с тем, в целях своевременного урегулирования спора, развития института медиации считаем целесообразным нормативно закрепить не альтернативный, а обязательный поэтапный досудебный порядок урегулирования спора: 1) путем обращения к исполнителю услуг, уполномоченный орган; 2) путем обращения к медиатору. И только в случае невозможности урегулирования - в суд.

Известно, что одним из вопросов, разрешаемых судом при поступлении иска, является вопрос подсудности рассмотрения спора. Так, согласно части 4 статьи 427 ГПК решение суда первой инстанции подлежит отмене в любом случае, если дело рассмотрено с нарушением правил о подсудности.

Часть 3 статьи 107 АППК регламентирует, что требование о возмещении убытков, причиненных ответчиком, сопряженное с административным актом, административным действием (бездействием), рассматривается специализированным районным и приравненным к нему административным судом. Требование о возмещении морального вреда рассматривается в порядке гражданского судопроизводства.

Из чего следует, что споры в области медицины, предметом которого является возмещение убытков, вреда без обжалования административного акта, действий (бездействия) медицинских организаций, их работников, подлежат рассмотрению судом гражданской юрисдикции.

В этой связи, в целях выработки единообразной судебной практики, полагаем необходимым определить конкретную подсудность по рассматриваемым категориям споров, конкретизировать правила подсудности: по субъектам (по искам к государственным и частным медицинским организациям), по предмету спора (возмещение вреда и другие).

Список использованных источников

1. Постановление Президента Республики Казахстан от 12 февраля 1994 года №1569 «О Государственной программе правовой реформы в Республике Казахстан». [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 15.09.2021 г.).
2. Закон Республики Казахстан «О медиации» от 28 января 2011 года [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 15.09.2021 г.).

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

3. Казахстан в новой реальности: время действий. Послание Главы государства народу Казахстана от 1 сентября 2020 года. [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 15.10.2020 г.).

4. Штепан П. Альтернативные способы разрешения споров. [Электронный ресурс]. – www.lawclinic.ru (дата обращения: 15.02.2021 г.).

5. Гражданский процессуальный кодекс Республики Казахстан. глава 17. [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 15.09.2021 г.).

6. Конституция Республики Казахстан. [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 15.09.2021 г.).

7. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 11.10.2021 г.).

8. Закон Республики Казахстан от 4 мая 2010 года №274-IV «О защите прав потребителей». [Электронный ресурс]. – <http://adilet.zan.kz> (дата обращения: 11.10.2021 г.).

УДК 364.29

О РОЛИ СОЦИАЛЬНОГО ДИАЛОГА В ЗАЩИТЕ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Тажибай Б.А.

Председатель Казахстанского отраслевого профсоюза работников здравоохранения,
кандидат медицинских наук, магистр конфликтологии

Общепризнанный на международном уровне механизм социального диалога включает все виды переговоров, консультаций и обмена информацией между представителями правительства, работников и работодателей.

В системе здравоохранения Казахстана продолжается модернизация. Так с 1 января 2020 года в республике действует обязательное социальное медицинское страхования. Происходит интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП, принят новый Кодекс о здоровье, где включены главы о статусе врача, о страховании профессиональной ответственности медицинских работников. Происходит интенсивная информатизация системы здравоохранения. Особое внимание уделяется менеджменту и корпоративному управлению в здравоохранении. Идет модернизация медицинского образования и науки.

Все эти перемены, происходящие в рамках реформы системы здравоохранения влияют на изменение условий труда работников, а значит требуют от профсоюза активного участия для отстаивания их прав и интересов.

Профсоюзы, защищая интересы медработников, выступают против уголовного преследования врачей, делают это с целью достижения достойных условий труда. Наши действия и акции по декриминализации медицинских инцидентов направлены на увеличение доверия пациентов и населения, исключения «оборонительной позиции» врачей и преследуют создание условий для достижения медицинской помощи высокого уровня. Достойный труд требует, чтобы работники здравоохранения имели возможность свободно говорить об условиях, в которых они работают, не опасаясь последствий. Действительно, когда врачи открыто говорят об условиях труда, включая надлежащую охрану и безопасность труда, они в первую очередь, вы-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ступают за права пациентов на эффективную, безопасную и качественную медицинскую помощь.

Профсоюз «Aqniyet» считает, что статья 317 УК РК подразумевает уголовное наказание за возможные неблагоприятные исходы лечения в виде осложнений (которые врач не в силах предотвратить) и низкой результативности лечения (которые часто зависят от реакции организма и других факторов, как обеспеченность и оснащение клиники, находящиеся вне влияния врача). Исходя из того, что основанием к привлечению к уголовной ответственности является сознательное совершение общественно опасного деяния, считаем, что УК РК не должен применяться к процессу оказания медицинской помощи любого уровня и любого направления медицины.

Поэтому профсоюз принимает активное участие в подготовке и внедрении норм по страхованию профессиональной ответственности медработников, которые должны обеспечить финансовую и юридическую безопасность медицинских работников. Закон о страховании профессиональной ответственности должен предусматривать покрытие всех расходов по нанесенному ущербу здоровью пациента при оказании медицинской помощи или медикаментозных осложнениях.

В целях обеспечения полной правовой защиты медицинских и фармацевтических работников Профсоюз «Aqniyet» взаимодействует с профессиональными адвокатами и квалифицированными юристами, объединениями, ассоциациями и союзами юристов.

В настоящее время Профсоюз «Aqniyet» запустил проект «Медицинский адвокат», предусматривающий при столкновении работников с проблемами уголовного, административного, гражданского, трудового и иного характера, незамедлительное обращение в профсоюз за защитой прав и представления интересов перед сотрудниками правоохранительных, судебных органов, органов государственной власти, местного самоуправления, в отношениях с работодателями и иными юридическими и физическими лицами.

Данный проект подготовлен по следующим причинам. К сожалению, при уголовном или административном преследовании работники здравоохранения зачастую остаются один на один со следствием. Для эффективной защиты от подобного преследования в соответствии со статьями 78, 208, 209, 210, 211, 212 Уголовно-процессуального кодекса РК (УПК РК), и исходя из содержания иных открытых информационно-правовых источников, Профсоюз «Aqniyet» составил памятку для работников здравоохранения, которых вызывают на допрос в правоохранительные органы в качестве свидетеля, подозреваемого, обвиняемого. На первый взгляд, довольно это простое следственное действие, но, бывает, что лица, осуществляющие досудебное расследование, допускают существенные нарушения прав физических лиц при его проведении. Согласно УПК РК допрос вправе проводить лица, осуществляющие досудебное расследование - следователь, дознаватель, следственная, следственно-оперативная группа, прокурор (ст. 60, 63, 194, 58 УПК).

В Казахстане ежегодно заводятся порядка 600-800 дел по статьям 317-323 Уголовного кодекса Республики Казахстан.

Ежегодно возбуждаются порядка 300 дел по статье 80 Кодекса об административных правонарушениях РК.

При приведении аргументов для обоснования декриминализации должны быть учтены такие понятия, как обоснованный риск, крайняя необходимость в действиях медицинских работников, добросовестное заблуждение (ошибка) медицинского работника, непрогнозируемый результат действий медицинского работника, так и улучшение качества медицинской помощи через повышение ответственности медицинских работников и предупреждения медицинских инцидентов.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Казахстанский отраслевой профсоюз работников здравоохранения «Aqniyet» применяет комплексный подход к решению данного вопроса, а именно действия нацелены на:

- создание достойного условия труда с повышением статуса и имиджа медицинского и фармацевтического работника на уровне законодательного акта;
- обеспечение высокой заработной платы;
- декриминализация уголовных правонарушений в сфере здравоохранения;
- внедрение системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников;
- внедрение института наставничества;
- повышение правовой грамотности с проведением обучающих семинаров, в том числе по коммуникативным навыкам.

Очень важным направлением будет проведение обучающих семинаров по повышению правовой грамотности и разъяснения применения альтернативных способов разрешения конфликтов. А именно медиации.

В заключении отмечу, что профсоюз следует рассматривать как одного из самых крупных, организованных и ресурсосодержащих институтов гражданского общества, имеющих более широкий социально-экономический мандат и возможности сравнительно с другими институтами гражданского общества. Профсоюзам необходимо через социальный диалог содействовать органам исполнительной власти в освоении международных стандартов по социальной защите работников, сближению национального законодательства об охране труда и здоровья работников с законодательством стран ОЭСР.

Профсоюз «Aqniyet» будет продолжать борьбу за справедливое будущее для всех!

Список использованных источников

1. «Медики Казахстана просят декриминализировать врачебные ошибки». [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34376739 (дата обращения: 28.10.2021г.).
2. Руководство МОТ по эффективному управлению «Национальный трехсторонний социальный диалог», 2014 год// https://www.ilo.org/moscow/information-resources/publications/WCMS_326959/lang--ru/index.htm

УДК 340.1(075.8)

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВОЙ КОММУНИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОНЛАЙН
ТЕХНОЛОГИИ**

Мырзаханова М.Н.

доцент кафедры права, кандидат медицинских наук, доцент НАО Кокшетауского университета им. Ш. Уалиханова, e-mail: myrzahanova@mail.ru

Онлайн- коммуникация в условиях пандемии выиграла ключевую роль в сферах переговоров и посредничества. Дипломатичное отношение медиатора без взаимодействия личного контакта через множественные коммуникативные технологии дает возможность преодолеть любые сложные моменты и тем самым открывает новые и перспективные возможности окно в мир.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Из-за локдаунов, введенных на Планете в период пандемии, все дипломатические встречи массово проводились в режиме онлайн. Это была вынужденная мера и альтернативное решение вопросов любой сложности. Если в первые месяцы общения через видеосвязи появлялись проблемы, как отсутствие возможности неформального общения участников и создавала дополнительные сложности в расшифровке языка тела. Сейчас большинство граждан реально поняли, что есть иные решения более эффективного и без контактного режима онлайн и является достижением на полях встреч. Пандемия ограничивает личную коммуникацию каждого. Тогда как именно она создает доверие при переговорах и достичь согласия [1, с.11].

Медиация современный подход, вошедший в юридический лексикон термин. Примирение сторон с участием медиатора, как альтернативный способ разрешения спора между сторонами при их добровольном выборе, законодательно закрепленный ЗРК «О медиации» [2].

В 21-м веке использование и внедрение новых технологий дает возможность обществу преодолеть множество проблем в любой отрасли, в том числе медицине, юриспруденции и иных спорах, так как, это вынужденное решение и выход из сложившейся ситуации. Исходя из реального времени, понимаем, что использование техники не всегда комфортно, но она работает!

Хочу отметить, что онлайн-формат переговоров имеет свои положительные стороны. Именно, организация онлайн-конференции требует гораздо меньше усилий и времени, легче уделить несколько часов, дешевле, помогает снизить общую напряженность и приблизить стороны к решению проблемы, не выходя из дома.

Медиация прежде всего оказание услуги. Идея заключается в том, чтобы организовать службу процедуры медиации. Данная платформа будет работать, и у всех появиться возможность быстро получить доступ к медиатору в своем городе. Далее увидеть процесс как проводится процедура и посмотреть на самого медиатора, какое у него портфолио, что он может или не может, посмотреть на свои возможности, обменяться документами. Клиентам должно быть выгодно обращаться к медиаторам.

Миссия - объединить все ассоциации и отдельных медиаторов под одно крыло используя современные информационные технологии с максимальной пользой. Таким образом, сформируется общая клиентская база, доступная всем медиаторам Казахстана. Проблема поиска медиатора клиентами будет решена, услуга станет доступной, а медиаторы востребованы. Интернет платформа и мобильное приложение на смартфоне клиентам дает возможность оставив заявку, сразу перейти к оказанию услуги в своем городе или в международном пространстве. Это открывает перспективы хорошо изучить рынок, провести мониторинг, осведомить медиацию как о новом, трендовом, интеллектуальном, инновационном инструменте, повысить количество заказов и тем самым общими силами создаем торговую онлайн и офлайн площадку. Решение конфликтных ситуаций удаленно укрепит профессиональный фон и продвинет медиацию на новый цифровой уровень [3, с.27].

Сегодня в Казахстане ситуация на рынке складывается прогрессивно, и с момента принятия закона «О медиации» прошло более 10 лет и мы наблюдаем определенные сдвиги но этого нам недостаточно. В стране обучены более 1300 медиаторов из них 500 медиаторов активно занимаются посредническими услугами, обучают повышению квалификации согласно постановлению подготовки медиаторов. Медиаторы до сих пор не раскрыли потенциал рынка в связи отсутствием целенаправленной кампании. Успешные медиаторы зарекомендовали себя на рынке труда, но они действуют разрозненно, каждый выживает сам по себе. Медиация – услуга, которая востребована и в повседневной жизни. Споры в медицине, в образовании становятся препятствием для личностного роста. Потребитель ждет предложение медиаторов и

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

необходимо предлагать, звать или подавать услугу в подготовленном виде, с надлежащей упаковкой и содержанием [4, с.56].

В рамках изучения и преподавания дисциплины медиация в конфликтологии в условиях пандемии возникают как новые сложности, так и новые возможности. Например, через ZOOM вместо доски и мела можно использовать возможности визуализации онлайн с помощью различных инструментов. Отличная визуализация помогает группе найти общие рамки и сосредоточиться для дальнейшего размышления. При общении в интернет-пространстве используются различные инструменты как Padlet, Quizlet Live, Classroom Learning Game, Online Test Pad, Socrative.

Пандемия позволило рассмотреть более шире возможности использование цифровой технологии онлайн-медиации для отслеживания динамики различного рода конфликтов или о возможных новых вспышек, анализа языка вражды и предотвращения враждебных высказываний в социальных сетях [5, с.25].

Поэтому, несмотря на определенные проблемы установления отношений доверия в онлайн-общении, стимулирует преподавателей(теоретиков), практиков, экспертов применять методики медиации с их адаптацией под возможности существующего программного обеспечения.

Список использованных источников

1. Diaz-Prinz J. Yes, we can meet online. But can we negotiate peace there? // United States Institute of Peace blog. 15.05.2020. URL: <https://www.usip.org/blog/2020/05/yes-we-can-meet-online-can-we-negotiate-peace-there> (accessed 29.05.2021).
2. ЗПК «О медиации» от 28.01.2011 №401-IV. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1100000401/z110401.htm> (accessed 01.10.2021).
3. Мырзаханова, М. Н. Основы юридической конфликтологии и медиации : учебное пособие /М. Н. Мырзаханова. – Алматы : ССК, 2019. – 100 с. – ISBN 978-601-327- 748-6. – Текст : электронный // sell.epigraph.kz – Мульти медийный учебник «TechSmith» : [Сайт]. – URL: <https://www.kgu.kz/biblioteka> (дата обращения: 27.03.2021). – Режим доступа : для авторизир. пользователей.
4. Мырзаханова М.Н., Asta R. Цифровая платформа для онлайн медиации. ММНПК: «Современные суждения на развитие медиации как междисциплинарного института и преобразования подхода: опыт и перспективы». Минск, 2021. - С.56-58 URL: http://edoc.bseu.by:8080/bitstream/edoc/89224/1/Myrzakhanova_M.N._56_57.pdf
5. Никитина Ю.А., Тиран К.К. Мировые практики медиации в конфликтах в цифровую эпоху. X- конкурс молодых ученых «75 лет МГИМО». Москва, 2021. -С. 11-28. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mirovye-praktiki-mediatsii-v-konfliktah-v-tsifrovuyu-epohu>(accessed 10.09.2021).

УДК:347.469.1

ВЗГЛЯД ВРАЧА НА ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кашка Д.А.

врач анестезиолог-реаниматолог, медицинский юрист, кандидат в члены Ассоциации юристов России, профессиональный медиатор, Центральная городская больница, г.Ессентуки, Ставропольский край, РФ

79283108214@mail.ru

На сегодняшний день с целью уменьшения нагрузки на судей, сохранения конфиденциальности, увеличения скорости урегулирования конфликта, приближения к восстановительному правосудию, отчетливо определяется потребность более широкого внедрения в судопроизводство примирительных процедур, одной из которых является медиация. Добровольный досудебный порядок урегулирования споров при помощи процедуры медиации является наиболее быстрым и наименее затратным способом, который при этом обеспечивает гораздо большую выполнимость достигнутых соглашений, по сравнению с судебным решением!

Действующий в России Федеральный Закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» достаточно полно регламентирует деятельность медиаторов, однако содержит ряд коллизий и пробелов в регламентации деятельности медиаторов в сфере здравоохранения [1] Необходимо более широкое внедрение медиативных соглашений как методов урегулирования конфликтов между всеми участниками взаимоотношений в здравоохранении, в том числе в сфере уголовного судопроизводства.

С каждым днем увеличивается количество исковых заявлений в отношении медицинских учреждений и врачей. Пациенты обращаются за защитой своих прав в Роспотребнадзор, Росздравнадзор, прокуратуру, следственный комитет, а ведь часто можно было избежать ненужных трат времени, нервов и значительных финансовых потерь всего лишь вовремя спросив, что именно не устраивает пациента?

Задачей медиатора является организация переговоров таким образом, чтобы стороны акцентировали внимание на конструктивном разрешении ситуации, исходя из собственных истинных интересов. Участники спора столь вовлечены в конфликт, что говорят на разных языках и, зачастую, интерес пострадавшей стороны состоит вовсе не в наказании виновного, или выплате крупной денежной суммы, а в устранении проблемы со здоровьем возникшей в результате некачественной медицинской услуги.[2].

В настоящее время отмечается увеличение количества споров, вытекающих из оказания медицинских услуг, основными из которых являются споры, связанные с невыполнением договора на оказание медицинских услуг, выставлением счёта за услуги, которые пациенту не были оказаны, оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества. Не всегда пациент является слабой и «пострадавшей» стороной. Нередки случаи, когда из-за отсутствия грамотного документооборота, несвоевременного и небрежного заполнения медицинских документов, халатного отношения лечащих врачей к своим профессиональным обязанностям, а также невозможности доказать свою невиновность, медицинская организация и пациенты становятся участниками судебных разбирательств и объектами критики в средствах массовой информации, несут ощутимые финансовые и репутационные потери.[3].

В чем же причина споров в здравоохранении? Часто конфликтная ситуация переходит из гражданско-правовой в уголовную область регулирования только потому, что стороны не смогли между собой договориться на начальном этапе формирования конфликта. Наиболее востребованной процедура медиации может стать при заключении сторонами договора возмездного оказания медицинских услуг, предусматривающего медиативную оговорку.

Медиация в здравоохранении имеет ряд специфических особенностей и, наиболее эффективно урегулировать спор сможет медиатор - врач, понимающий ситуацию изнутри, путем постановки правильных вопросов помогающий сторонам вскрыть свои истинные потребности и прийти к взаимовыгодному соглашению. Кому как не врачу легче прочих понять проблему пациента и возможные пути урегулирования конфликта с учетом интересов всех участ-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

ников! Далеко не всегда пострадавшая сторона имеет своей целью «посадить» врача, зачастую истинный интерес состоит в том, чтобы «услышали истерзанную душу», и уголовное наказание врача в этом случае никак не отвечает интересам пациента, получается, что вроде бы и виновника наказали, а удовлетворения нет!

Медиация в уголовном процессе имеет огромные перспективы и эффективность, в связи с тем, что позволяет устранить нерешенную проблему с которой пациент обратился в лечебное учреждение или которая возникла в результате лечения не соответствующего критериям качества. Традиционно участники конфликта в здравоохранении идут в суд, поскольку считают, что возбуждение уголовного дела и судебное решение, вынесенное в их пользу, гарантирует удовлетворение их интересов и потребностей! Не обладая достаточными правовыми знаниями, пациенты считают, что уголовное дело, возбужденное в отношении медицинского работника и завершившееся его наказанием, автоматически повлечет компенсацию морального вреда, и материальных издержек, не задумываясь, а подчас и не зная, о том, что есть другой способ урегулирования конфликта! Ведь, если врач останется на свободе, он будет иметь возможность исправить свою ошибку, компенсировать пациенту причиненный вред, и в то же время продолжать помогать другим людям, что в нынешних условиях тотального дефицита врачебных кадров имеет огромное значение!

На сегодняшний день огромное количество врачей, профессионалов своего дела, уходят из медицины не только из-за профессионального выгорания, но и из-за боязни оказаться на скамье подсудимых, что никак не способствует лучшему и более эффективному удовлетворению потребностей населения в оказании качественной и доступной медицинской помощи. Происходит отток опытных, квалифицированных кадров, а молодые врачи предпочитают не идти в специальности, имеющие высокий риск ответственности при принятии решений (анестезиологию-реаниматологию, акушерство-гинекологию и хирургию), ведь наибольший процент возбужденных дел по преступлениям, предусмотренным ч.2. ст.109, ч.2. ст.118, 124. Ч.4 ст.122, п «м» ч.2 ст.105, ст. 120, 123, 238 Уголовного Кодекса РФ именно среди специалистов этого профиля.

Применение мирового опыта урегулирования конфликтов в сфере здравоохранения с помощью медиативных соглашений позволит пациенту получить удовлетворение своих потребностей, а врачу, не отвлекаясь на судебные тяжбы, не находясь годами под следствием, доказывая свою невиновность, сохранить свою репутацию и эмоционально-психическое равновесие для выполнения профессиональных обязанностей на должном уровне! Медиация позволит всем участникам спора удовлетворить свои потребности без уголовного наказания врача при отсутствии злого умысла в его деяниях. Позволит врачу идти на обоснованный риск в интересах пациента, не боясь уголовного преследования и огромных денежных исков впоследствии.

Существует положительный опыт применения медиации в уголовном судопроизводстве, в том числе при урегулировании споров в здравоохранении, в Российской Федерации и Республике Казахстан [4]. Это обусловлено тем, что медиатор выслушивает позицию не только правонарушителя, но и потерпевшего, чьи чувства, эмоции, испытываемые по поводу совершенного в отношении него преступления, никем и никогда в уголовном процессе не учитываются, и даже если медицинский работник, виновный в причинении вреда понесет уголовное наказание, то кроме морального удовлетворения от «наказания обидчика», это ничего не даст пострадавшему пациенту (или клиенту, если говорить с позиции Закона «О защите прав потребителей»). Медиация в уголовном процессе имеет свои особенности и содержит в себе восстановительные технологии, которые позволяют осознать произошедшее с учетом чувств и эмоций как обвиняемого, так и потерпевшего.[5].

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

В сложившейся ситуации очевидны преимущества досудебного и внесудебного способа урегулирования споров (медиации) при рассмотрении конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, как инструмента, направленного на быстрый поиск взаимоприемлемого для сторон решения, в том числе при необходимости компенсации причиненного ущерба. [6].

В настоящее время профессиональное врачебное сообщество выступает с инициативами об отмене уголовного преследования врачей. Ни в одной стране мира не применяется практика уголовного преследования врачей в случаях возникновения осложнений оперативно-го или консервативного лечения. Необходимо прекратить практику применения статей, подразумевающих умысел, при расследовании «медицинских» дел и прекращении применения статьи 238 УК РФ в отношении медработников и организаторов здравоохранения. [7].

По мнению Национальной медицинской палаты, «судебные иски не способны решить те организационные проблемы, которые сейчас имеют место, но при этом могут дестабилизировать и без того тяжелую работу медицинских организаций и вызвать препятствия в оказании медицинской помощи, нуждающимся в ней людям, включая увольнение специалистов.

В системе ОМС ряда регионов также существуют механизмы досудебного урегулирования конфликтов с медицинскими организациями. Кроме того, если мы посмотрим на опыт развитых стран, то большинство спорных конфликтов решается вне залов суда. Комиссии по врачебным ошибкам разбирают конфликтные ситуации и выносят решения, которые позволяют урегулировать ситуации, не прибегая к длительному и дорогостоящему судебному рассмотрению». [8].

Для успешного продвижения института медиации в системе здравоохранения необходимо:

-формирование государственной политики развития и популяризации альтернативного разрешения споров в сфере здравоохранения;

-повышение правовой культуры населения, проведение информационно-просветительских мероприятий медиаторами среди пациентов и врачей об особенностях, возможностях и преимуществах медиативных услуг для спорящих сторон;

-эффективное взаимодействие судебной системы с медиаторами;

-внесение контактной информации о медиационных центрах в информационные базы здравоохранения для обращений пациентов в случаях возникновения споров между ними и медицинскими организациями по качеству оказанных медицинских услуг, а также ненадлежащему оказанию или неоказанию медицинской помощи;

-подготовка медиаторов, специализирующихся на разрешении конфликтных споров в здравоохранении. [9].

Список использованных источников

1. Федеральный Закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/31539> (дата обращения: 07.10.2021 г.);
2. Сенина Е.Н. Внесудебное разрешение споров в сфере здравоохранения. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://medwriters.ru/news/vnesudebnoe-razreshenie-sporov-v-sfere-zdravookhraneniya> (дата обращения: 07.10.2021 г.);
3. Алламярова Н.В. Проблемы и перспективы развития внесудебного урегулирования споров между медицинскими организациями и пациентами посредством медиации. 26.12.2017 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/938/30/> (дата обращения: 07.10.2021 г.);

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982> (дата обращения: 25.05.2021 г.);

5. Горшенина Е.В. Судебная медиация: опыт в гражданском и уголовном судопроизводстве. Трудности и перспективы. // Материалы международной-научно-практической конференции «Актуальные вопросы применения медиации в различных сферах». – 2018. Ростов-на-Дону. -С.63-67;

6. Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н., Кабанова Е.В., Сильницкая А.С. Медиация в здравоохранении: от правоприменения к диалогу о правах.// Социология медицины. - 2017. - Т. 16. - №2. - С. 75-81. doi: 10.18821/1728-2810-2017-16-2-75-81;

7. Резолюция XIII съезда хирургов России. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://xn---9sbdbejx7bdduahu3a5d.xn--p1ai/publikaci/rezolyucija-xiii-sezda-hirurgov-rosi.html> (дата обращения: 07.10.2021 г.);

8. Национальная медицинская палата призвала на период пандемии установить мораторий на судебное преследование медицинских работников по делам, связанным с оказанием медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией. 06.10.2021. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=37254> (дата обращения: 07.10.2021 г.);

9. Басова А.В. Медиация в здравоохранении: проблемы применения и перспективы. 27.10.2019. [Электронный ресурс]. -Режим доступа: basova-av-vestnik-2020-1.pdf (ksu.edu.ru) (дата обращения: 07.10.2021 г.).

УДК 343

**МЕДИАЦИЯ КАК СПОСОБ ДОСУДЕБНОГО УРЕГУЛИРОВАНИЯ СПОРОВ С
ПАЦИЕНТАМИ ПРИ РАЗРЕШЕНИИ УГОЛОВНО-ПРАВОВОГО КОНФЛИКТА**

Кабельков С.Н.

Заведующий кафедрой уголовно-правовых дисциплин, кандидат юридических наук,
доцент, Муниципальное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Волжский институт экономики, педагогики и права»

e-mail: kns.upd.viepp@gmail.com

Совершенно очевидно, что, государства, провозгласившие в своих Конституциях приоритет личностных прав, вынуждают законодателя учесть защиту интересов личности во всех отраслях правовой системы.

Можно с уверенностью констатировать, что в вопросах сохранения жизни и здоровья своих граждан любое социальное государство проявляет особую щепетильность. В полной мере это относится и к регулированию правоотношений между врачом и его пациентом [1]. Конечно, законодатель стремится к установлению правовых предписаний, регламентирующих деятельность работника в сфере медицины. Но, с учетом важности охраняемого как в основном законе, так и в отдельных отраслях права, объекта может возникнуть вопрос о возможностях правового инструментария, которым располагает административное и гражданское право. С явной очевидностью напрашивается вывод о том, что существующих в упоминаемых отраслях

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

права запретах явно. В этой связи, признаваемо необходимым является использование ресурсов уголовного права.

Действительно, анализ норм действующего Уголовного кодекса Российской Федерации [2] позволяет определить круг деяний, по которым медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности за преступления, совершаемые ими в процессе своей профессиональной деятельности: ч. 2 ст. 109 УК РФ; ч. 2 ст. 118 УК РФ; ч. 4. 122 УК РФ; ч. 2 ст. 122 УК РФ; ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ. Указанные выше составы преступлений уголовного законодательства России имеют аналоги и в уголовном праве Республики Казахстан (например, ч. 2, 3, 4 ст. 114 УК РК) [3].

Действительно, существует аксиома, которую должны знать обе стороны, являющиеся участниками в сфере услуг, по поддержанию здоровья и сохранению жизни. Она формулируется следующим образом – медицинский работник обязан нести ответственность за свои действия, поскольку он, уже при выборе профессии, должен осознавать, что от его профессионализма напрямую зависит жизнь и здоровье его пациентов. С этой стороны позиция законодателя и пациента солидарны. Но имеется и взгляд участника правоотношений в медицинской сфере со стороны лица, взявшего на себя обязанность оказать услуги, предусмотренные действующим законодательством.

В том, что врачебная деятельность, безусловно, относится к занятиям, наиболее сопряженным с профессиональным риском нельзя не согласиться. В своей практике врачи часто сталкиваются с ситуацией, когда, они действуют на свой страх и риск, стремясь сохранить не только здоровье, но и жизни своего пациента. И, в результате некой деятельности медицинского работника, которую он считает абсолютно оправданной в данной ситуации с позиции профессионала, работающего в области своей специальности, возникает право, как некий набор предписаний, позволяющий определить права и обязанности каждого из участников и выполняет функции регулятора общественных правоотношений.

Нельзя также не обратить внимание на ту, достаточно тонкую грань, существующую в представлении о правомерности действий медицинского работника у пациента, с одной стороны, и врача, с другой стороны, которая, в большей части, является критерием оценки действий сторон и последствий мнимого или реального вреда с позиции нравственности. Эту сторону нельзя, недооценивать, поскольку она влияет на формирование решения о разрешении складывающегося между сторонами конфликта.

Кроме того, у юристов, вовлеченных в орбиту этих отношений существует свой, исходящий из анализа правовых норм вывод о разрешении сложившегося конфликта юридическим путем. Но, как правило, одна из сторон обязательно будет считать себя юридически притесненной.

Представляется, что медиация в этом случае единственно приемлемое средство, позволяющее найти наиболее приемлемые для себя условия разрешения правового конфликта между медицинским работником и его пациентом.

Поэтому процедура медиации может быть осуществлена по единым правилам в государствах со схожими правовыми системами. Хотя, следует сделать оговорку на то, что в законе «О медиации» Республики Казахстан уголовно-правовые отношения названы в качестве сферы ее применения [4], в то время как в России аналогичный закон этот пласт правоотношений не рассматривает [5], хотя ст. 25 УПК РФ допускает примирение сторон [6]. Однако следует признать то, что юридическая природа процедур, позволяющих прекратить правоотношения между сторонами уголовно-правового конфликта на стадии предварительного расследования имеет общие признаки и структуру.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Медиации как некий особый процессуальный порядок имеет свою конструкцию, которую можно составить, определив ее этапы, в зависимости от значимых юридических фактов. Она является специфической формой окончания производства по делу и составной частью правового института прекращения уголовного дела по нереабилитирующим основаниям.

Исходным положением для медиативных процедур является проявление одной из сторон конфликта желания завершить его в рамках производства по уголовному делу на стадии предварительного расследования и извещение об этом заинтересованных участников уголовного процесса. В случае согласия сторон, они договариваются об условиях. При реализации предлагаемых условий должностное лицо, осуществляющее производство по уголовному делу выносит постановление о прекращении за примирением сторон.

Но не смотря на достаточную правовую регламентацию процедуру медиации она не получила распространения в правоприменительной практике. Вероятно, главная причина кроется в отсутствии проработанного механизма по выбору лица, которое может выступить в качестве медиатора.

По логике законодателя им должно быть лицо, в производстве которого находится уголовное дело, поскольку п. 9 ч. 1 ст. 113 УПК РК [7] и п. 7 ч. 1 ст. 73 УПК РФ [6] требуют от него установить «обстоятельства ... освобождения от уголовной ответственности и наказания». Но ведомственные правила оценки работы как дознавателя, так и следователя учитывают количество уголовных дел, направляемых в суд. Совершенно очевидно, что при такой оценке своей работы они не стремятся к инициированию примирительных процедур.

Думается, что решение проблемы нужно искать в другой плоскости. Применительно к досудебному урегулированию споров медицинских работников с пациентами можно предложить следующую схему, в которой будет задействован юрист медицинского учреждения. Так, одним из пунктов должностной инструкции юриста государственного медицинского учреждения закрепить обязанность – при возбуждении уголовного дела в отношении медицинского работника выступить в качестве инициатора медиации. Кроме того, обязать адвокатов, которые привлекаются в качестве обязательных защитников, при обвинении медицинского работника, не являющегося сотрудником государственного учреждения также инициировать процесс медиации. Тогда процедура медиации будет происходить в сопровождении профессионального юриста.

Хочется надеяться, что предложенный выше способ поможет использовать ресурсы действующего законодательства при досудебном урегулировании споров медицинских работников с пациентами при разрешении уголовно-правового конфликта.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 11.10.2021 г.).

2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/639472a621d0ccf338497548ff5d396aa96045/ (дата обращения: 11.10.2021 г.).

3. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=31575252&doc_id2=31575252#activate_doc=2&pos=141;-98&pos2=1809;-50 (дата обращения: 11.10.2021 г.).

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

4. Закон Республики Казахстан от 28 января 2011 года № 401-IV «О медиации» (ред. 01.07.2021 г.) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30927376 (дата обращения: 11.10.2021 г.).

5. Федеральный закон от 27.07.2010 N 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» (ред. 26.07.2019 г.) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/ (дата обращения: 11.10.2021 г.).

6. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 01.07.2021, с изм. от 23.09.2021) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/ (дата обращения: 11.10.2021 г.).

7. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан от 4 июля 2014 года № 231-V (с изм. и доп. на 04.09.2021 г.) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31575852&doc_id2=31575852#pos=3;98&pos2=2481;-88 (дата обращения: 11.10.2021 г.).

УДК 347.9

МЕДИАЦИЯ – ТАРАПТАРДЫҢ ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ

Кулмаганбетова Ф.С.

«Еуразиялық заңгерлер мен медиаторлар одағы «Praktikos» Республикалық қоғамдық бірлестігінің Жамбыл облысы бойынша филиал директоры
farida1106@mail.ru

«Әділ қазылық ету – кез келген судьяның қасиетті парызы. Ол үшін заңды бес саусақтай білу жеткіліксіз. Ең бастысы, би адал, әділ болуы керек. Қазы – халық орданы. Ол қара қылды қақ жарған әділ болса, даугерлер төреліктің дұрыстығына күмән келтірмейді. Айыпкер заң бұзғанға зауал бар екенін түсінеді. Сот төрелігінің әділдігі мен жедел, әрі толық орындалуы – кез келген елдің кемел болмысының көрінісі».

Нұрсұлтан Назарбаев

Халық арасында «медиация» ұғымының не екенін, оның не үшін қажеттігін және медиация көмегіне қалай жүгінуге болатындығын білмейтіндер көп. Себебі, бұл ұғым біздің қоғамға енді ғана еніп жатыр. Елбасы Нұрсұлтан Назарбаев Судьялар одағының V съезінде сот тәртібімен қаралуға жататын дау-дамайларды азайту мәселесіне назар аударуды, соттан тыс реттеудің баламалы тетіктерін, соның ішінде бітімгершілік және медиация процедураларын енгізуді тапсырған болатын. Осыған орай, 2011 жылдың 28 қаңтарында ҚР-ның «Медиация» туралы Заңы қабылданды. Аталған Заңға сәйкес Қазақстанда дауларды баламалы шешудің жаңа түрі – медиация енгізілді [1]. Медиация – өзара қолайлы шешімге келу мақсатында медиатордың бейтарап жақ көмегімен тараптар арасында дауды (шиеленісті) реттеу тәртібі. Медиациялық тәртіптің мақсаты – тараптардың шиеленіс деңгейін төмендету және даудың екі жақты да қанағаттандыратын шешіміне қол жеткізу. Медиация сотқа дейінгі тәртіпте және азаматтық, еңбек, отбасы, басқа құқықтық қатынастардан туындайтын дауларда, жеңіл және орташа ауыр қылмыс туралы істер бойынша қылмыстық ісі барысында қарастырылатын дауларда қолданылады. Медиатор басшылыққа алатын негіз болатын бес негізгі қағидамен ерекшеленеді:

– Еріктілік;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

- Тараптардың тең құқылығы;
- Медиатордың тәуелсіздігі және бейтараптығы;
- Медиация рәсіміне араласуға жол берілмеуі;
- Құпиялылық.

2011 жылғы 28 қаңтарда Қазақстанда «Медиация туралы» заң қабылданып, 5 тамызда қолданысқа енгізілді. Заңның ресми қабылдануына дейін үлкен дайындық, ғылыми-зерттеу жұмыстары жүргізілді. Осыдан 9 жыл бұрын, 2002 жылдың 20 қыркүйегінде Қазақстан Президенті "Қазақстан Республикасының құқықтық саясат тұжырымдамасы туралы" жарлық шығарды. Қылмыстық саясатты ізгілендіру қажеттілігін атай отырып, Жарлық қылмыстық сот ісін жүргізуде мұны "медиация рәсімі арқылы қылмыстық жауаптылықтан босату, жәбірленушінің мүлкі мен моральдық зиянын, сондай-ақ денсаулығына келтірілген зиянды өтеу мүмкіндігіне жататын қылмыстардың тізбесін кеңейту арқылы татуласу институтын кеңінен енгізу" арқылы көрсетуге тиіс екенін айқындады. Бұл Қазақстанның Нормативтік-құқықтық тезаурусында Медиация туралы алғашқы Қазақстандық ғалымдар мен заң шығарушыларға шетелдік құқықтық практиканы талдау және қорыту, дамыған азаматтық қоғамы бар құқықтық мемлекет құруды жариялаған көпұлтты елдің ерекше жағдайларында медиацияны қолдану мүмкіндіктерін зерделеу үшін бір жылдан астам уақыт қажет болды. Сонымен бірге, медиация тек қылмыстық сот ісін жүргізуде және юрисдикцияның басқа салаларында ғана емес, сонымен бірге қоғамның азаматтық секторында да қолданыла алады деген түсінік пайда болды. Бүгінде, "Медиация туралы" заң қолданыста болған кезде, оны қабылдаудың өзі - Қазақстанның барлық құқықтық жүйесі үшін айтулы құбылыс екеніне күмән жоқ. Осы Заңмен бір мезгілде Қазақстан Республикасының азаматтық, қылмыстық, әкімшілік, сондай - ақ Қылмыстық-процестік және Азаматтық процестік кодекстеріне, "Қазақстан Республикасындағы жергілікті мемлекеттік басқару және өзін-өзі басқару туралы" Заңына өзгерістер мен толықтырулар қабылданып, күшіне енді.

2011 жылғы 3 шілдеде Қазақстан Республикасы Үкіметінің қаулысымен медиаторларды даярлау бағдарламасы бойынша оқытудан өту қағидалары бекітілді. Осылайша, елімізде медиация институтын енгізу және дамыту үшін нормативтік-құқықтық негіз қалыптастырылды. Қазақстан тарихында алғаш рет оның құқықтық кеңістігінде жауапкершіліктің жаңа түрі немесе міндеттемені қамтамасыз ету тәсілі емес, жаңа әмбебап құқықтық құрал пайда болды. Бұл бірегей құрал құқықтарға, бостандықтарға және адамның өзіне деген құрметті арттыруға, өркениетті азаматтық және тұлғааралық қатынастарды қалыптастыруға, қоғамдық келісімді нығайтуға, әлеуметтік, басқа да қайшылықтарды, қақтығыстар мен дауларды сындарлы диалог арқылы шешуге бағытталған. Мемлекет азаматтық істер бойынша тараптарды соттарда дәл осы медиация тәртібімен татуласуға белсенді түрде ынталандырады, бұл жағдайда төленген мемлекеттік бажды қайтаруды белгілейді. Сонымен қатар, татуласу келісімі, аралық талқылау сияқты соттың тікелей қатысуымен татуласудың басқа да жағдайларында баж салығын қайтару көзделмеген.

Заң медиацияны татуластыру рәсімі, яғни тараптардың медиатордың қатысуымен ерікті келісімі бойынша іске асырылатын қылмыстық, құқықтық және азаматтық-құқықтық қатынастардан туындайтын Тараптар арасындағы дауды (дау-жанжалды) шешудің соттан тыс нысаны ретінде айқындайды. Медиация әлеуетті дау тараптарының дауда бейтарап позицияны ала отырып, даулы мәселеде барлық қажетті білімі бар маманның (медиатордың) көмегімен жанжалды соттан тыс тәртіпте шешу мүмкіндігін білдіреді.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында медиация институтын енгізуге бағытталған жұмыс белсенді жүріп жатыр. Бұл дауларды тез арада шешуге мүмкіндік береді, сондай-ақ соттарға, анықтау және тергеу органдарына жүктемені азайтады. Қолдану аймағы:

денсаулық сақтаудағы медиация;

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

коммерциялық дауларда;
ішкі және арасындағы корпоративтік дауларда;
банк және сақтандыру саласындағы дауларда;
жобаларды сүйемелдеу, оларды іске асыруда;
қозғайтын көптеген тараптарда;
жұмыстағы дауларда;
отбасылық дауларда;
авторлық құқыққа және зияткерлік меншікке қатысты дауларда;
білім саласындағы медиация;
мәдениетаралық даулар және басқалары.

Медиация тәсілдері, ең алдымен, ынтымақтастық арнасында келіссөздерді жүргізуге арқа сүйейді. Медиация – бұл келіссөздер процесі, мұнда делдал - медиатор ұйымдастырушы болып келеді және тараптар тиімді шындыққа негізделген және екі жақтың да мүддесін қанағаттандыратын келісімге келетіндей келіссөздерді басқарады, оны орындау нәтижесінде тараптар өздерінің арасындағы жанжалдарды реттейді. Айтылған процесстің белгілі бір жетістіктерге жету мүмкіндіктері зор, себебі бұнда ерекше процессуалдық жағдайлармен қатар медиатордың кәсіпкерлік көмегі, жақтардың бір келісімге келуіне бағытталған. Медиацияны кең танылған бітістіру мен табыстыру рәсімдерінің «кемелденген түрімен» салыстыруға болады. Медиация көптеген ғасырлар бойы бейбітшілікті орнықтыру қызмет жолында қолданылғаны мәлім.

Медиация – тараптардың ерікті келісімі бойынша жүзеге асырылатын, олардың өзара қолайлы шешімге қол жеткізу мақсатында медиаторлардың жәрдемдесуімен тараптар арасындағы дауды реттеу рәсімі.

Медиатор - «Медиация туралы» Заңның талаптарына сәйкес кәсіби және кәсіби емес негізде медиация жүргізу үшін тараптар тартатын жеке тұлға.

Елімізде қолданысқа енген Қазақстан Республикасының «Медиация туралы» Заңы жаңа терминология болғанымен Қазақстанның құқық саласы үшін бейтаныс дүние емес.

Медиация - үшінші бейтарап көзқарасты ұстанатын тараптың, яғни медиатордың қатысуымен дау-жанжалдарды шешудің баламалы әдісі. Ол екі жақтың еріктілік, құпиялық, тең құқылығын сақтай

отырып, тараптардың өзара тиімді бітімге келуіне жол ашады. Аталмыш Заң жеке және заңды тұлғалар қатысатын азаматтық, еңбек, отбасылық және өзге де құқық қатынастарынан, сондай-ақ онша ауыр емес және ауырлығы орташа қылмыстар туралы істер бойынша қылмыстық сот ісін жүргізу барысында қаралатын дауларды шешуге қолданылады.

Медиацияның толып жатқан артықшылықтарымен қоса, осы жұмыс туралы құпияның толық сақталуына кепілдік береді, не болғаны, не қойғаны, не туралы әңгімеленгені жасырын түрде қалады, медиатор толтырған құжаттар мен жазбаша материалдар жойылады.

Медиатордың негізгі міндеті – барлық мүмкін болатын нәтиженің ішіндегі ең қолайлы, жанға жағымдысын табу. Егер мұндай кезде медиатор мәселені шешу үшін өзінің пікірін тықпалай бермей, тараптардың көзқарастарын бір жерден шығаруды ойластырса, келіссөз нәтижесінің дұрыстығына деген олардың сенімі жоғары болады.

Сөйлеушінің пікіріне қарағанда, көптеген сарапшылар Қазақстанда медиацияны дамытудың қиындық келтіретіндігін айтып отыр. Өйткені, тараптарда бір-біріне деген өшпенділік пен сенімсіздік пайда болады.

Бүгінгі таңда, бүкіләлемдік тәжірибе, медиацияның ірі бизнесстерден бастап, жанұялық дау – жанжалдарда, айрылысу мен дүниені бөлісу деген сияқты мәселелерде қолданылатынын дәлелдейді. Медиацияның ең негізгі артықшылықтардың бірі, оның іс

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

жүргізілу рәсімінің құпиялылығы болып табылады, яғни не болғаны, не айтылғаны құпия болып қалады. Сонымен қатар құпиялы болып табылатын медиатормен жазылған ақпараттар, іс жүргізілу рәсімінің құжаттары мен материалдары жойылады.

Медиация – тараптардың ерікті келісімі бойынша жүзеге асырылатын, олардың өзара қолайлы шешімге қол жеткізуі мақсатында медиатордың (медиаторлардың) жәрдемдесуімен тараптар арасындағы дауды (дау-шарды) реттеу рәсімі, яғни медиация – үшінші бейтарап көзқарасты ұстанатын медиатордың қатысуымен дау - жанжалдарды шешудің баламалы әдісі, оны тараптарды өзара келістіру тәсілі немесе мәмілегер, бітімгер деп түсіну абзал.

Ол екі жақтың еріктілік, құпиялық, тең құқылығын сақтай отырып, тараптардың өзара тиімді бітімге келуіне жол ашады.

Медиацияның мақсаты – дауды шешудің медиацияның екі тарапын да қанағаттандыратын нұсқасына қол жеткізу және тараптардың дауласушылық деңгейін төмендету.

Қазақстан елінде Медиация ұғымы 2011 жылы қалыптаса бастады. Тәуелсіз, бейтарап, істің нәтижесіне мүдделі емес, медиация тараптарының өзара келісімі бойынша таңдалған, медиаторлар тізіліміне қосылған және медиатордың функцияларын орындауға келісім берген жеке тұлға медиатор бола алады [4,142 б].

Медиатордың қызметі кәсіби негізде (кәсіпқой медиатор) және кәсіби емес негізде (қоғамдық медиатор) жүзеге асырылуы мүмкін. Медиатор алдын ала кеңес бермейді. Медиацияның өзге делдалдықтан маңызды ерекшелігі сараптамалық тәжірибиесі мол болуында.

Медиатор дау мәселесі туындағанда тараптардың нақты келісімін талап етуде;

Медиатор адамгершілік қасиеттері мол керек;

Медиатор өткен оқиғаларды сараптамайды, тек болашаққа бағыт бұрады;

Медиатор істі қадағалап отырады, еш тарапқа тәуелсіз болуды;

Медиатор тараптардың келісім жасауында міндетті түрде қатысады;

Медиатор бейтарап, ешкімге тәуелді емес болуы шарт.

Медиацияда дау мәселесі туындағанда, екі тараптың келісімге дайын болуы шарт. «... Ол билерге даугер адамдар қалмай, екеуі екі кісіні билікке таңдап алып, үстіне біреуді делдалдыққа сайлап алып, біте берсе; егер оған да ынтымақтаса алмаса, бағанағы үш бидің біреуін алып, яки жеребемен сайлап алып жүгінсе, сонда дау ұзамай, бітім болар еді» [6,11 б.]

Мемлекеттік билік ісінде елдің тыныштығы мен бірлігін сақтауда, жас ұрпақты ата дәстүр мен патриоттыққа баулуда және халықты отаншылдық рухта тәрбиелеуде билердің алар орны ерекше болған. «Билердің сөзі – ақылдың сөзі» деген халық даналығы осындай дәйекке сүйеніп айтылғаны шүбәсіз. [7, 21 б.]

Ең алдымен би қай заманда да өзінің елден асқан ақыл-парасат, біліктілігімен қабырғалы қалың елге көсемдік ететін билеуші әрі мемлекетке иелік етуші ірі тұлғаға айналған. [8,15 б.]

Медиация – тараптардың ерікті келісімі бойынша жүзеге асырылатын, олардың өзара қолайлы шешімге қол жеткізуі мақсатында медиатордың (медиаторлардың) жәрдемдесуімен тараптар арасындағы дауды (дау-шарды) реттеу рәсімі.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Қазақстан Республикасының Медиация туралы заңы 12.01.2011 ж.б. 12
2. Иоффе. О.С Советское гражданское право курс лекций. – Л.: Изд-во ЛГУ, – 189 с.
3. Басин Ю.Г. Избранные труды по гражданскому праву. – Алматы, 2003. – 42 с.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

4. Калашникова С.И. Медиация в сфере гражданской юрисдикции. – М., 2011. – 142 с.
5. Максудов Р.Р. Восстановительная медиация. – М.: Изд-во Инфотропик Медиа, 2009. – 256 с.
6. Қырық бес сөз Қара сөздер Абай (Үшінші қара сөз) Алматы, 2020-11б
7. Қанапия Омарханов Дәстүрлі құқықтағы билер соты 2008 ж. -12 б.
8. Ар мен заң алдында Қуат Қайранбаев, 2019 ж. -15б.

УДК 347.9

**К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Төлепбергени Жанар Төлеубайқызы

заведующий кафедрой общественно-гуманитарных дисциплин, кандидат исторических наук, Западно-Казахстанский медицинский университет им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан, 28.07.1975.75@mail.ru

Раева Мария Сериковна

магистр юридических наук, профессиональный медиатор, аспирант БГПУ им. М. Акмуллы, Уфа, Россия raevamariya.77@mail.ru

В Республике Казахстан на сегодняшний день функционирует Закон «О медиации», который был принят 28 января 2011 года [1]. Медиация – это правовой институт, который регулирует споры и конфликты в различных сферах человеческой жизни. Медиация применима в трудовых, семейных, гражданских, корпоративных, предпринимательских, экономических спорах. Не исключением является и сфера здравоохранения. Медиация – это быстрая, гибкая и конфиденциальная процедура для урегулирования споров и конфликтов. Более того, ее использование позволяет уменьшить нагрузки на суды.

Закон «О медиации» Республики Казахстан был принят на основе большой подготовительной и научно-исследовательской работы, тщательного изучения опыта зарубежных стран, в которых, к примеру, в США данная процедура применяется с 60-годов прошлого века. Первое упоминание в нормативном поле Республики Казахстан было в Указе «О Концепции Правовой Политики Республики Казахстан», изданного Первым Президентом Казахстана в 2002 году. В Указе четко определена политика гуманизации уголовной политики Республики Казахстан через «более широкое внедрение института примирения путем расширения перечня преступлений, подпадающих под возможность освобождения от уголовной ответственности посредством процедуры медиации, возмещение потерпевшему имущественного и морального вреда, а также причиненного вреда здоровья» [2].

В этом году исполнилось 10 лет со дня вступления в силу Закона Республики Казахстан «О медиации», тем не менее, активное применение процедуры медиации именно в сфере здравоохранения началось сравнительно недавно. Известно, что в западных странах, в частности, США, Англии, Германии, согласно достоверным источникам и официальной статистике, более 80% всех спорных ситуаций в сфере медицинских услуг разрешаются в досудебном порядке. Эти данные и явились базовыми для инициаторов внедрения вышеуказанной процедуры примирения.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Сфера здравоохранения представляет собой систему взаимоотношения врачей и общества. Здесь плавно переплетаются такие понятия как этика, мораль и должное поведение и именно здесь нередко происходят конфликты и споры, которые и требуют нового подхода для урегулирования отношений между врачами и пациентами. И тут на помощь может прийти медиатор, который посредством медиации, одним из альтернативных путей разрешений конфликтов, обоюдно разрешит возникший конфликт, спор.

Самыми распространенными спорами и конфликтами в медицине являются случаи, где, по мнению пациента, произошла «врачебная ошибка». Стоит отметить, что в сфере здравоохранения на сегодня нет достаточных правовых норм для правильной и объективной оценки этой самой врачебной ошибки. Из за того, что в правовом поле не существует термина «врачебная ошибка», мы не можем дать ему четкого определения с точки зрения закона. Но в сознании граждан и в профессиональном сообществе медицинских работников этому термину дадут. Хотя и не однообразное, но какое-то определение. То, что для пациента явилось «врачебной ошибкой», для медицинского работника может оказаться нормой. В случае, если спор доходит до судебного разбирательства, то здесь уже решающее слово имеет судья, хотя зачастую, судья принимает решение исходя из своего внутреннего убеждения и субъективного понимания. И это третье мнение не всегда совпадает с мнением с мнением одной из сторон, а возможно и обеих конфликтных сторон.

Медиация в сфере здравоохранения, как метод урегулирования конфликтов, наряду с разрешением конфликтов, необходим также и для выявления системных ошибок, которые не редко встречаются в данной сфере. Таким образом, медиация способствует усовершенствованию системы здравоохранения. При этом, пациенту будет дана возможность быть услышанным, а врачу доказать свою невиновность, если ее нет. В случае, если врач виновен, ему будет дана возможность разгладить свою вину и возместить соответствующие моральный либо материальный ущерб. Не зря цели медиации в Республике Казахстан определены как, «достижение варианта разрешения спора (конфликта), устраивающего обе стороны медиации и снижение уровня конфликтности сторон» [1].

Здесь нужно принять во внимание, что медиация и обращение к профессиональному медиатору – это невозможность получить защиту для пациента или врача. Это возможность прийти к оптимальному разрешению конфликта с выгодой для обеих сторон. При этом решение принимают стороны, а не третья сторона. Третья сторона, в нашем случае – медиатор помогает сторонам найти согласие в спорном вопросе. Тем самым способствует эффективному разрешению спора. Миссией профессионального медиатора является не затушить конфликт, а разрешить его с наименьшими последствиями для обеих сторон. Она как раз позволяет сделать так, чтобы услышанными были обе стороны, именно в этом задача медиации.

Как заявлено одним из специалистов в сфере медиации, Г. Похмелкиной, «медиация дает цивилизованные и гуманные средства восстановления способности граждан к мирному сосуществованию» [3].

В связи с этим, для применения и популяризации медиации в здравоохранении нашей страны, центрам медиации и примирения необходимо начать массовое обучение сотрудников лечебных учреждений, администраций, включая заведующих отделений и старших медицинских сестер по программе «Урегулирование споров в сфере здравоохранения». Следует отметить, что подготовку медиаторов в сфере здравоохранения следует проводить также по различным медицинским специальностям, так как в споре, к примеру, с нейрохирургическим отделением, должен принять участие медиатор, разбирающийся непосредственно в данной отрасли. Это необходимо для того, чтобы в медицинском учреждении был обученный персонал, кото-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

рый на профессиональной основе владеет медиативными компетенциями с целью не доводить конфликт до суда, а стороны конфликта сумели договориться.

Задача специалистов, обладающих медиативными навыками в медицинском учреждении – это не допустить эскалацию конфликта и возможность погасить спор, мотивировать стороны договариваться и приходиться к примирению не доводя конфликт до суда. Медиативные компетенции необходимы и полезны всем участникам лечебно-диагностического процесса. Внедрение в практику медицинских учреждений примирительного способа урегулирования споров (медиации) будет способствовать созданию безопасной благоприятной среды для медицинских работников и пациентов, снижать социальную напряженность, повышать качество жизни.

В последнее время в медицинских учреждениях открываются кабинеты медиации. Открытие кабинета медиации и наличие медиативных навыков у врачей, медицинского персонала и администрации поможет оперативно разрешать разногласия и возникающие споры, в процессе оказания медицинской помощи гражданам. Так как в последнее время участились конфликтные ситуаций в сфере здравоохранения, вызванные недовольством граждан по отношению к ним медицинского персонала и врачей, которые, в последующем приводят к судебным тяжбам. В связи с этим есть большая необходимость внедрения института медиации в сфере здравоохранения, который будет способствовать в разрешении таких конфликтов между пациентами и сотрудниками медицинских учреждений. Преимущество этого способа урегулирования конфликта состоит в том, что его применение будет ориентировано на создание эмоционально благоприятных условий разрешения спорной ситуации, что является актуальным для пациентов и работников сферы здравоохранения.

Внедрение медиации в практику урегулирования споров, возникающих в связи с деятельностью учреждений здравоохранения, в настоящее время находится на этапе становления. Считаем, что для успешного продвижения данного института необходимо:

- формирование государственной политики в сфере развития медиации и альтернативного разрешения споров, организация специальных мероприятий, направленных на ее популяризацию и распространение;
- повышение уровня правовой культуры населения, ведение информационно-просветительской деятельности самими медиаторами о медиации, особенностях, возможностях, преимуществах, возможных потребителях медиативных услуг, так и профессиональных сообществ.
- формирование эффективного взаимодействия с судебной системой, с целью дальнейшего информирования потребителя медицинских услуг о возможностях применения медиации, одновременно решая задачу качества и доступности правосудия;
- расширение возможностей по качественной подготовке медиаторов, создание общегосударственного банка данных, который аккумулировал бы информацию о медиаторах, медиативных услуг и образовательных организаций в сфере медиации и были доступны для ознакомления потенциальным потребителям и судам;
- совершенствование формулировок в Законе о медиации, в части установления дополнительных требований к медиаторам по наличию у них высшего юридического или (для конкретных условий) высшего медицинского образования; совершенствование формулировок в части уточнения и конкретизации оснований и условий привлечения к ответственности медиаторов за вред, причиненный вследствие их деятельности.

Эффективность медиации может быть оценена с использованием междисциплинарного подхода с привлечением врачей, юристов, социологов, психологов, представителей институтов гражданского общества, обеспечивающих защиту прав пациентов, с целью выработки

оптимальных моделей интеграции медиации в казахстанскую систему здравоохранения. Для успешного развития института медиации и создание доверия к нему как среди профессионального медицинского сообщества, так и среди пациентов, необходимо, чтобы меры, направленные на развитие института медиации, основывались на доказательных исследованиях, подтверждающих эффективность медиации и возможность ее использования в казахстанском здравоохранении для урегулирования определенных видов споров.

Медиация в Казахстане – относительно новый, еще не распространенный способ урегулирования споров, при этом он имеет дальнейшие перспективы. Проблемными для его развития являются: во-первых – неподготовленность общественности к внедрению данной процедуры и невысокая информированность; во-вторых – малое количество медиаторов-профессионалов. В связи с этим наиболее традиционным способом урегулирования споров остается судебный процесс. Для дальнейшего широкого применения данной процедуры мы считаем, что следуя опыту некоторых зарубежных стран, необходимо сделать медиацию в досудебном порядке обязательной по некоторым категориям дел. Также указать на то, что обязательная процедура медиации может проводиться только на профессиональной основе, что, по нашему мнению, повысит авторитет медиаторов. Кроме того, широкое применение медиации поможет решить проблему оптимизации нагрузки судей.

Список использованных источников

1. Закон Республики Казахстан от 28 января 2011 года №401-IV «О медиации» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.10.2017) // Информационная система «Параграф» 2018.
2. Указ Президента от 20.09.2002 № 949 «О Концепции правовой политики Республики Казахстан» (утратил силу) // Информационная система «Параграф», 2013.
3. Мета Г., Похмелкина Г. Знакомство с теорией, методом и профессиональными технологиями. –М: VERTE, 2004. – 320 с.

УДК 347.4

АНАЛИЗ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИАЦИИ ПРИ РАЗРЕШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ СПОРОВ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА ПРИМИРЕНИЯ «ТАТУЛАСУ ОРТАЛЫҒЫ» ПРИ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ АСТАНА)

Усипбекова Ж.Ж.

руководитель Центра примирения «Татуласу орталығы»
при НАО «Медицинский университет Астана», основатель-директор ЧУ «Международный институт медиации», магистрант права
Международного университета Астана
zh.usipbekova@gmail.com

Вопросы и перспективы применения медиации при разрешении споров между медицинскими организациями и пациентами являются актуальными и своевременными, особенно в период введения строгого режима карантина и ограничительных мер в Казахстане в борьбе с коронавирусом COVID-19 пандемией.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Мы с Вами стали свидетелями и пациентами тяжелой болезни коронавируса в период введения в стране с 16 марта 2020 года Чрезвычайного положения в Казахстане в целях защиты и безопасности жизни граждан. От коронавируса погибли тысячи наших граждан и среди них, врачи, медсестры, санитары, водители скорой помощи. Поменялись человеческие ценности, люди стали сплоченным и добрее друг другу, протягивали руку помощи и поддержки.

Именно гуманное и теплое отношение друг другу, услышать, понимать, сострадать и сочувствовать, найти удобное компромиссное решение в спорах только эти качества могут спасти наше общество и наш мир в общем доме.

Закон РК «О медиации», принятый в 2011 году, стал точкой отсчета для развития института медиации и актуализировал примирительные процедуры в спорах между гражданами страны.

Медиация является уникальным способом урегулирования споров в связи с основополагающими принципами, лежащими в ее основе. Являясь инструментом доступа к правосудию и справедливости, медиация вместе с тем выступает и как один из немногих способов достижения процедурной справедливости. Медиация - это культура внесудебного, конструктивного разрешения споров на основе сотрудничества сторон. Развитие медиации способно содействовать совершенствованию общественных отношений и развитию менталитета сотрудничества в обществе [1].

В настоящее время по велению времени создана рабочая группа Комитета по конституционному законодательству, судебной системе и правоохранительным органам Сената и Мажилиса Парламента РК «О внесении изменений и дополнений в Закон РК «О медиации». Разработан новый проект Закона РК «О медиации», рассматриваются предложения и замечания депутатов Парламента РК, государственных органов, судьи, медиаторов, адвокатов, нотариусов, судебных исполнителей по совершенствованию и расширению института медиации в Казахстане.

26 января 2017 года Верховным судом Республики Казахстан запущен пилотный проект по Казахстану по внедрению досудебного регулирования споров по отдельным категориям споров в порядке медиации. В данный пилотный проект включено разрешение споров по всем гражданским делам, о браке и семье, трудовых отношений, о праве собственности на имущество, по договорам поставки, аренды, купли-продажи, перевозки; о защите прав потребителей; по корпоративным спорам; а также связанных с оказанием медицинских услуг в порядке медиации [2].

Как известно, в рамках реализации пилотного проекта во всех судах, в областных регионах Ассамблеи народа Казахстана (АНК), в территориальных центрах Федерации профсоюзов РК созданы центры и кабинеты медиации. В данном пилотном проекте участвовал Частное учреждение «Международный институт медиации» (далее - Международный институт медиации).

С 2018 года Международный институт медиации действует 4 года в городе Нур-Султан, имеет свои филиалы в 17 регионах, обучены более 400 человек, среди них, граждане, учителя, врачи, психологи, действующие судьи, судьи в отставке, юристы, адвокаты, нотариусы, бывшие сотрудники правоохранительных органов. Принято 323 медиативных заявлений, из них подписаны 268 медиативных соглашений и рассмотрены 55 заявлений в судебном порядке.

В период пандемии выросли споры в сфере семейных, трудовых и медицинских отношений.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Как показала практика, необходимо создавать центры примирения на базе медицинских вузов и медицинских учреждений для разрешения споров между пациентами и медицинскими организациями.

Как известно, впервые в республике в столице нашей страны – в городе Нур-Султан по инициативе НАО «Медицинский университет «Астана» (далее – МУА) совместно с Международным институтом медиации 3 ноября 2020 создан Центр примирения «Татуласу орталығы», который стал диалоговой и медиативной площадкой примирительных процедур в сфере здравоохранения, местом получения правовой, психологической, консультационной помощи в разрешении споров между пациентами и медицинскими работниками, медицинскими организациями путем применения медиации.

Основная задача Центра примирения – это разрешение медицинских споров без суда путем примирительных процедур, переговоров с целью снижения социальной напряженности и конфликтности в сфере медицины.

Во исполнение Соглашения между МУА и Международным институтом медиации о создании Центра примирения «Татуласу орталығы» в НАО «Медицинский университет Астана», заключенным от 18 ноября 2020 г. и Плана работы Центра примирения «Татуласу орталығы» на 2021 год с момента создания с ноября 2020 года по октябрь 2021 года за 11 месяцев проведена следующая работа:

Во-первых, проводится профессиональными медиаторами Центра прием физических лиц и представителей юридических лиц по вопросам разрешения медицинских споров в онлайн и офлайн режиме, проводится учет поступившихся заявлений, заключенных медиативными соглашениями в соответствии с категориями споров для совершенствования работы Центра примирения.

Ежемесячно готовится отчет на основе анализа и мониторинга обращений физических и юридических лиц, медицинских работников, медицинских организаций по разрешению медицинских споров в Центр примирения МУА и направляется куратору Центра примирения и руководству МУА.

За 11 месяцев работы Центра поступило всего 108 заявлений, из них заключены 97 медиативных соглашений и 11 заявлений разрешены в судебном порядке. По медицинским спорам 88 медиативных соглашений и 5 спора в судебном порядке.

Во-вторых, в онлайн-режиме проведены 12 мастер-классов на тему: «Разрешение медицинских споров путем примирительных процедур без суда и в суде» с участием 87 человек, из них - 68 сотрудников МУА и 10 семинаров-тренингов «Общий курс медиации», «Специализированный курс медиации. Медиация в здравоохранении», «Курсы тренеров-медиаторов» с участием 46 человек, из них - 41 сотрудник МУА: 46 профессиональных медиаторов, 26 медицинских медиаторов и 5 тренеров-медиаторов.

Информация о проведении мастер-классов и семинаров-тренингов размещалась в социальных сетях Центра и МУА (Facebook, Instagram), в том числе на веб-сайте университета и в Сириусе.

Участие Центра примирения в международных и республиканских мероприятиях:

23 ноября 2020 года в г. Алматы в онлайн режиме на Международном форуме медиации была представлена презентация «Центр примирения как диалоговая площадка разрешения споров на примере деятельности Центра примирения МУА». Организатор форума: Центр медиации «Парасат» и Казахско-Немецкий университет. Приняли участие более 50 медиаторов из России, Украины, Кыргызстана, Казахстана.

25 января 2021 года состоялась встреча в Министерстве здравоохранения РК с представителями РГП на ПХВ "Республиканский центр развития здравоохранения" по вопросам

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

содействия развитию медиации в сфере здравоохранения путем проведения курсов подготовки медиаторов, тренеров-медиаторов для первых руководителей медицинских организаций, научных центров, юристов, кадровиков, психологов медицинских организаций.

28 января 2021 г. подписан Меморандум о сотрудничестве между Международным институтом медиации и судом г.Нур-Султан в области разрешения медицинских споров в Центре примирения МУА.

Центр примирения тесно работает с городским судом города Нур-Султан по вопросам поступивших исковых заявлений по медицинским спорам, то есть граждане, обратившись в районные суды столицы по разрешению медицинских споров направляются в Центр примирения.

9 апреля 2021 г. в г. Нур-Султан подписан Меморандум между Международным институтом медиации и с председателем Казахстанским отраслевого профсоюза работников здравоохранения Тажибай Б.А. о сотрудничестве в области обучения членов профсоюзов работников здравоохранения и разрешения трудовых и медицинских споров путем медиации.

3 мая 2021 г. в онлайн-формате подписан Меморандум между Международным институтом медиации и с ректором Казахского национального медицинского университета имени С. Асфендиярова Нургожиным Т.С. о сотрудничестве в области разрешения медицинских споров путем применения медиации.

4 июня 2021 г. в городе Нур-Султан в онлайн формате состоялся международный круглый стол на тему: «Практика применения медиации при разрешении споров между пациентами и медицинскими организациями: проблемы и перспективы». В рамках данного мероприятия подписаны ряд следующих документов: меморандум о сотрудничестве между Медицинским университетом «Астана» и Международным университетом медиации в области оказание медиативных услуг для разрешения споров в медицине с РОО «Альянс медицинских организаций Казахстана», Союзом медиаторов Международной ассоциации русскоязычных адвокатов и с Центром эффективного разрешения споров (CEDR) Великобритании.

7 августа 2021 г. в г.Санкт-Петербурге (Россия) в онлайн формате приняли участие в круглом столе «Дальнейшие планы по интеграции медиации в России. Особенности медиации в зарубежных странах» и была представлена презентация «Центр примирения как медиативная площадка разрешения споров до суда и в суде РК на примере опыта Центра примирения МУА». Информация об участии на данном мероприятии размещена на сайте МУА и в социальных сетях МУА и Центра примирения (Facebook, Instagram).

20-21 сентября 2021 г. в г.Анапа (Россия) приняли участие в работе IV Международной конференции по медиации «Опыт настоящего. Перспективы будущего», где представлен доклад «Практический опыт работы Центра примирения МУА». Также информация об участии на данном мероприятии размещена на сайте МУА и в социальных сетях МУА и Центра примирения (Facebook, Instagram).

28 октября 2021 г. в городе Нур-Султан НАО «Медицинский университет Астана» совместно проведена международная конференция «Медицина и право: досудебное урегулирование и судебная практика». В рамках данной конференции выступила в качества модератора секции «Досудебное урегулирование медицинских споров», где принимали участие 27 человек, из них медиаторы из Казахстана, России, Литвы, Дубая, судьи, представители профсоюзных организаций, работники медицинских организаций.

10 ноября 2021 г. в городе Нур-Султан на базе Международного университета Астана приняли участие в международной научно-практической конференции «Этномедиация: роль медиации в обеспечении общественного согласия и общенационального единства», где представлен доклад «Перспективы развития Центра примирения при Медицинском университете

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

Астана». Также информация об участии на данном мероприятии размещена на сайте МУА и в социальных сетях МУА и Центра примирения (Facebook, Instagram).

Центр примирения активно развивает международное сотрудничество, участвует в международных грантовых программах в сфере медицины, в частности, организации и подготовки обучения медицинских медиаторов, обмена опыта работы с аналогичными центрами зарубежных стран, стажировки и проведения информационной работы.

Освещение в СМИ и в социальных сетях:

На сайте МУА создана страница Центра примирения на казахском и русском языках, где размещены следующие материалы:

- 1) список медиаторов Центра примирения (резюме, фото, контакты);
- 2) нормативно-правовые документы (Закон РК о медиации, постановление Правительства РК «Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 июля 2011 года № 770 «Об утверждении Правил прохождения обучения по программе подготовки медиаторов»)
- 3) Новости центра
- 4) Семинары-тренинги с программами: «Общий курс медиации»; «Специализированный курс медиации. Медицинская медиация»
- 5) Заявка на проведение процедуры медиации в онлайн-режиме
- 6) Заявка для участия на семинаре-тренинге в онлайн-режиме
- 7) Контактная информация Центра.

Создана страница Центра примирения в Фейсбуке и Инстаграмме.

В настоящее время планируется издать сборник кейсов медиаторов Центра примирения при МУА.

За 1 год работы медиаторами Центра примирения МУА были выявлены следующие причины споров в процессе работы с врачами, медицинским персоналом и пациентами в сфере здравоохранения:

- 1) недостаточная компетентность и низкая правовая грамотность медицинского персонала;
- 2) недостатки в менеджменте медицинских организаций
- 3) негативное отношение пациентов к медицинскому персоналу
- 4) чрезмерная загруженность врачей в поликлиниках
- 5) создание в СМИ и в социальных сетях негативного образа медицинского работника
- 6) низкая зарплата медицинского персонала
- 7) отсутствие социального пакета медицинского персонала за счет медицинских организаций (обеспечение жильем, медицинское обслуживание, занятий в спортзале, санаторное лечение, обучение в медицинских вузах, повышение квалификации медицинского персонала).

Для решения вышеуказанных проблем необходимо рассмотреть следующее:

- 1) на базе МУА с участие кафедры психологии создать пул медицинских психологов, переговорщиков, конфликтологов для оказания психологической и консультационной помощи врачам, пациентам в их разрешении споров;
- 2) активно развивать медицинскую студенческую медиацию в МУА именно на ранней стадии подготовки будущих медиков научить пользоваться инструментами переговорного процесса, уметь разрешать конфликты и найти общий язык с пациентами, работать в коллективе;
- 3) на базе Центра примирения создать Инновационный и экспертный клуб «Медицинский юрист» с участием ведущих и зарубежных экспертов-юристов, общественных деяте-

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

лей из числа ветеранов-юристов, ученых, делится передовыми опытами в области медицинского права и этики для преподавателей и студентов МУА, медицинских организаций и пример для других медицинских вузов (проводить мастер-классы, кейсы, выпускать пособия, информационные листовки);

4) осуществить подготовку медиаторов и переговорщиков с участием руководителей медицинских организаций и их специалистов кадровой и юридической службы во все регионы Казахстана.

В целом, нужно отметить, что Центром примирения при поддержке руководством МУА проведена большая и плодотворная работа, которая показала о необходимости и актуальности существования Центра примирения как общественной и диалоговой площадкой разрешения споров, создающего условия для установления взаимопонимания между пациентом и медицинской организацией, способствующая повышению степени доверия пациента к системе здравоохранения и улучшению ее имиджа и авторитета.

Список использованных источников

1. Шамликашвили Ц.А. Медиация - современный метод внесудебного разрешения споров, 1-е изд. – М.: Изд. ООО «Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования», 2017, 10 с.

2. Правосудие Казахстана: тренды, реалии [Электронный ресурс].–Режим доступа:https://sud.gov.kz/sites/default/files/pagefiles/sbornik_na_01.08.20_compressed_1.pdf (дата обращения: 12.10.2021 г), 78 с.

**Сборник материалов международной научно-практической конференции
«Медицина и право: регулирование и судебная практика»
(в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан)**

«МЕДИЦИНА И ПРАВО: РЕГУЛИРОВАНИЕ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА»

Материалы

международной научно-практической конференции, организованной в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан

28 октября, 2021 год

«МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ҚҰҚЫҚ: РЕТТЕУ ЖӘНЕ СОТ ПРАКТИКАСЫ»

Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 30 – жылдығын мерекелеу аясында ұйымдастырылған халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдары

28 қазан, 2021 жыл

Мақалалар авторлық түпнұсқадан басылды
Статьи отпечатаны в авторской редакции

Басуға 1511.2021 ж. қол қойылды. Пішімі 60 × 84 1/16.
Қағазы офсеттік.
Көлемі 12,5 б.т. Таралымы 28 дана. Тапсырыс № 32.
