

НАО «Карагандинский национальный исследовательский университет
имени академика Е. А. Букетова»

УДК 347.44:61(574)

На правах рукописи

ПРУДНИКОВА МАРИНА ЮРЬЕВНА

**Регулирование гражданско-правовых отношений в сфере оказания
медицинских услуг**

**Диссертация на соискание степени доктора философии (PhD)
по специальности «6D030100-Юриспруденция»**

Научный консультант:
Киздарбекова А. С. – кандидат
юридических наук, доцент НАО
«Карагандинский национальный
исследовательский университет
имени академика Е. А. Букетова»
(г. Караганда, Республика
Казахстан)

Зарубежный научный консультант:
Лисица В.Н. – доктор юридических
наук, доцент Новосибирского
национального исследовательского
государственного университета
(г. Новосибирск, Российская
Федерация)

Караганда, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| ОБОЗНАЧЕНИЕ И СОКРАЩЕНИЯ | 3 |
| ВВЕДЕНИЕ | 5 |
| 1 ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТНОШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ | 17 |
| 1.1 Медицинские услуги как объект гражданских прав и правовая природа отношений, возникающих в связи с их оказанием..... | 17 |
| 1.2 Договор как основание возникновения гражданских правоотношений в сфере оказания медицинских услуг: понятие и классификационные признаки. | 35 |
| 1.3 Элементы договора об оказании медицинских услуг | 45 |
| 2 ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СТАТУСА ПАЦИЕНТА И ПОСЛЕДСТВИЙ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА | 60 |
| 2.1 Правовой статус пациента как потребителя медицинских услуг | 60 |
| 2.2 Содержание гражданско-правовой ответственности исполнителя медицинских услуг..... | 91 |
| 2.3 Врачебная ошибка и иные неблагоприятные исходы оказания медицинских услуг: проблемы правового регулирования..... | 122 |
| 2.4 Современные тенденции развития и совершенствования законодательства, направленного на обеспечение качества медицинских услуг и регламентирующего ответственность их исполнителей..... | 144 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 162 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ | 168 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ А | 187 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Б | 188 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ В | 189 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Г | 191 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Д | 193 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Е | 194 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Ж | 195 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ З | 196 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ И | 197 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ К | 198 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Л | 199 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ М | 200 |

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АМА – Американская медицинская ассоциация (англ. – American Medical Association);

ИОМ – Институт медицины США (анг. – The Institute of Medicine);

LÖF – Взаимная страховая компания в Швеции – (швед. – Lof regionernas ömsesidiga försäkringsbolag);

NICA – Флоридская ассоциация по компенсации неврологических травм, связанных с рождением ребенка (англ. – Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association);

NPE – Норвежская служба по возмещению вреда, причиненного пациенту (англ. – Norwegian System of Patient Injury Compensation);

ONIAM – Национальное управление по компенсации за медицинские несчастные случаи, ятрогенные заболевания и нозокомиальные инфекции во Франции (фр. – Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogenes et des infections nosocomiales);

PCF – Фонд компенсации пациентам (анг. – Patient Compensation Fund);

АМН РФ – Академия медицинских наук Российской Федерации;

БЦЖ – Вакцина против туберкулеза (фр. – Bacillus Calmette-Guérin, BCG);

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека;

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения;

ВЦИК – Всероссийский центральный исполнительный комитет;

ГК РК – Гражданский Кодекс Республики Казахстан;

ГКП на ПХВ – Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения;

ГУ – Государственное учреждение;

др. – другие;

Казахская ССР – Казахская Советская Социалистическая Республика;

КГКП – Коммунальное государственное казенное предприятие;

МЗ – Министерство здравоохранения;

НАО – Некоммерческое акционерное общество;

п. – пункт;

п.п. – подпункт; пп или п.п.

РГУ – Республиканское государственное учреждение;

РК – Республика Казахстан;

СНК – Совет народных комиссаров;

Союз ССР – Союз Советских Социалистических Республик;

ст. – статья;

СУКМУ – Модуль «Дефекты оказания медицинских услуг» входит в состав информационной системы «Система управления качеством медицинских услуг»;

США – Соединенные Штаты Америки;

т.д. – так далее;

т.е. – то есть;

УК РК – Уголовный Кодекс Республики Казахстан;
ч. – часть.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования. Из всех существующих в современном мире благ жизнь и здоровье человека были и остаются самыми важными, а уровень их защищенности государством отражает его цивилизованность в подходе к обеспечению конституционных прав граждан и установлению гарантий для их осуществления.

В Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года одними из общенациональных приоритетов определены: «Обеспечение доступной и эффективной системы здравоохранения, способствующей улучшению, поддержанию и восстановлению здоровья людей, а также благополучие нынешних и будущих поколений...» [1]. Осознавая стратегическую значимость данной отрасли, которая играет важную роль в предоставлении социальных гарантий гражданам, Президент Республики К.К. Токаев ежегодно в своих посланиях народу Казахстана обращает внимание на необходимость преобразований в сфере национального здравоохранения, включающих «...имплементацию международных стандартов, повышение доступности медицинских услуг, реализацию мер по укреплению здоровья населения, развитие инфраструктуры здравоохранения, цифровизацию медицинской деятельности и поддержку медицинского персонала» [2; 3]. Разработанная и утвержденная Концепция развития инфраструктуры здравоохранения на 2024-2030 годы, основана на стратегических приоритетах государства и направлена на реализацию программных реформ с целью наращивания ресурсного потенциала, обеспечивающего доступность, эффективность и безопасность медицинских услуг [4].

За последнее время законодательство, регулирующее правоотношения, возникающие в сфере оказания медицинских услуг, заметно обновилось. Появились новые правовые механизмы, обеспечивающие защиту прав их участников, более подробными стали положения, направленные на организацию здравоохранения и управление им. Однако несмотря на относительную сформированность нормативно-правовой базы, на практике все еще продолжает проследиваться исторически сложившийся подход к положению пациента как к бесправной и, как следствие, беззащитной стороне в отношениях с медицинскими работниками. Такая тенденция объясняется соответствующим однозначным и долговременным подходом советского государства к правовой регламентации отношений в сфере здравоохранения – полным игнорированием их частноправовой природы, действием публичных норм, в подавляющем большинстве их декларативным характером, а также отсутствием действенных механизмов обеспечения прав пациента и способов их защиты в гражданско-правовом порядке.

Ситуация коренным образом изменилась со вступлением в силу Особенной части Гражданского Кодекса Республики Казахстан в 1999 году [5] (далее – ГК РК), которая заложила основу в создании качественно нового механизма в правовом регулировании рыночных отношений в сфере оказания медицинских услуг. Глава 33 ГК РК распространила свое действие на гражданские

отношения, возникающие в сфере возмездного оказания услуг, в том числе медицинских. Но, к сожалению, несмотря на свою актуальность и значимость, а также обладание существенной спецификой в содержании, соответствующий договор не получил отдельного законодательного регулирования.

Значительным событием в создании качественно нового правового регулирования отношений в области оказания медицинских услуг в истории суверенного Казахстана стали нормы принятого 18 сентября 2009 года Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (утратил силу) [6]. Его принятие следует рассматривать как исторически важный этап в становлении правового регулирования казахстанского здравоохранения, основанного на международных стандартах и отражающего особенности национального развития. Он был разработан с учетом глобальных тенденций в сфере здравоохранения, а в содержании его норм четко прослеживались современные принципы обеспечения прав пациентов.

Внедрение новых институтов, жесткая регламентация ответственности медицинских работников, провозглашение обязанностей граждан в сфере здравоохранения с целью ответственного отношения к своему здоровью – вот далеко не полный перечень норм, целью которых являлось упорядоченное и справедливое регулирование отношений, складывающихся по поводу оказания медицинских услуг. Правовое регулирование отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг, получило качественное обновление, благодаря нормам, которые признали пациента их потребителем и придали им договорной, а, следовательно, гражданско-правовой характер.

Мировая пандемия COVID-19, охватившая все государства мира в 2019 году, вызвала стихийную необходимость незамедлительного реагирования на социальные, экономические и медицинские проблемы, возникшие на фоне вынужденных ограничений, и актуализировала необходимость системного переосмысления и трансформации системы здравоохранения в целом. Принятый в Казахстане 7 июля 2020 года новый Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения (далее – Кодекс о здоровье народа) [7] не только урегулировал вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности с целью предотвращения распространения новых инфекционных угроз, но и существенно изменил подход к профессиональной ответственности медицинских работников, установив обязательность ее страхования, а также закрепил правовой статус медицинских работников и пациентов.

Итогом анализа действующего законодательства о здравоохранении является вывод о системности и многоаспектности правового регулирования правоотношений, возникающих в связи с оказанием медицинских услуг. Однако, несмотря на многообразие и подробность правовых норм в данной сфере, уровень их фактической определенности остается недостаточным. Законодательные преобразования не обеспечивают комплексного решения возникающих вопросов, поскольку сталкиваются с институциональными проблемами здравоохранения, включая коррупционные проявления, формализованный характер взаимодействия медицинских работников и пациентов, а также неполноту и неоднородность правоприменительной

практики. Дополнительные сложности обусловлены изменением медицинских и демографических показателей и ростом эпидемиологических рисков, связанных с появлением новых инфекционных заболеваний.

Актуальность темы предопределена необходимостью разрешения теоретических и практических проблем правового регулирования гражданско-правовых отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг.

Анализ рассматриваемых различными инстанциями медицинских споров показывает, что недостаточно полное правовое регулирование отношений, связывающих пациента и их исполнителя, часто приводит к юридически некорректной оценке поведения их участников. Формальный подход к формированию условий договора, правовая отвлеченность пациента, находящегося в состоянии физического и морального беспокойства по поводу своего здоровья в процессе его заключения, отсутствие у него специальных медицинских знаний нередко приводят к юридическому перекосу в правах и обязанностях, навязыванию и принуждению со стороны исполнителя. Следствием этих причин становятся неосновательные материальные издержки пациента, а также нарушение его потребительских прав.

Потребность в разработке специальных норм, отражающих гражданско-правовую природу отношений, возникающих в процессе оказания медицинских услуг, обусловлена тем, что нормативное регулирование практически игнорирует их объектную специфику. Действующее законодательство не содержит четкого понятия врачебной ошибки, не позволяет юридически разделять неблагоприятные для пациента исходы и точно определять их правовые последствия применительно к гражданско-правовой ответственности исполнителя, что существенно ограничивает возможности точного правопонимания и эффективного правоприменения. Этим обоснована актуальность и своевременность исследования вопросов, связанных с гражданско-правовыми аспектами регулирования отношений в сфере медицинского обслуживания.

Компенсация материального и морального вреда в связи с ненадлежащими действиями исполнителя медицинских услуг в гражданско-правовом порядке сопряжена с проблемой доказывания причинной связи. Делать это потерпевшему пациенту приходится в условиях корпоративной поруки и ведомственной субординации, поэтому его право на защиту зачастую остается всего лишь декларацией. Функционирование института страхования профессиональной ответственности медицинских работников основано на длительных и формализованных процедурах, ограниченности страхового покрытия и осложняется конфликтом интересов, затягиванием страховых выплат и судебными спорами.

Учитывая это, особенно важно использовать всесторонний подход к проведению реформ в сфере нормативного регулирования отношений, связанных с оказанием медицинских услуг, делая акцент на их частноправовой природе и обеспечении их участников соответствующими способами защиты нарушенных прав.

В основе совершенствования законодательства всегда лежат научные

разработки и результаты исследований, которые прочно связаны с осмыслением перспектив дальнейшего регулирования гражданских правоотношений, участниками которых являются медицинские работники и пациенты, а также аналитической оценкой значимости государственно-правовых преобразований, происходящих в сфере здравоохранения. Такие преобразования, проводимые в последние годы, отражают тенденцию, направленную на сближение национального законодательства и законодательства зарубежных государств. Несмотря на критику подобного подхода со стороны отдельных общественных деятелей и правоведов, нам он видится естественным и необходимым.

Вместе с тем, мы не можем отрицать того факта, что отдельные черты, характерные для медицинского обслуживания и его правового обеспечения в развитых странах, выстроенного с учетом их менталитета, не всегда эффективны для Казахстана, особенно в условиях появления новых биологических угроз, предупреждения распространения разного рода вирусов, развития новых медицинских технологий. Однако мы убеждены, что в современных условиях внедрения международных стандартов все, что может быть полезным для обеспечения прав граждан Республики Казахстан на качественное медицинское обслуживание, сохранение, укрепление ими своего здоровья, мы можем и должны воспринимать и нормативно поддерживать. Поэтому новеллы, предусмотренные Кодексом о здоровье, регулирующие отношения, связанные с оказанием медицинских услуг, дополнительным обеспечением прав и интересов пациентов, страхованием профессиональной ответственности медицинских работников, регламентацией порядка предупреждения распространения заболеваний, создающих угрозу мировому сообществу, считаем, безусловно, актуальными и своевременными.

Тенденции развития законодательства о здоровье населения на современном этапе заключаются в нормативном обеспечении организации телемедицины, использовании искусственного интеллекта в целях диагностики и лечения сложных заболеваний, повышении качества и доступности медицинского сервиса. Постановка новых задач, неразрывно связана с появлением новых актуальных проблем в сфере медицинского обслуживания и адаптивным проявлением уже существующих. Их разрешение представляется возможным посредством проведения всестороннего анализа и теоретико-правовой оценки.

Однако ключевую роль в решении проблем здравоохранения, на наш взгляд, играет исследование гражданско-правового регулирования медицинского обслуживания. Именно оно способствует качественному улучшению юридического взаимодействия всех его участников, снижая риски ответственности, а также обеспечивает научную и практическую основу для создания надежной системы здравоохранения в целом.

Необходимость комплексного анализа правового регулирования медицинского обслуживания в условиях преимущественно частной системы здравоохранения, особая важность в выявлении проблем правового регулирования договорных отношений, возникающих в этой сфере,

потребность в оценке эффективности действующих норм гражданского законодательства, направленных на обеспечение и защиту прав их участников, явились основанием для выбора темы исследования.

Степень научной разработанности темы исследования. Гражданско-правовые отношения в сфере оказания медицинских услуг в Республике Казахстан подвергались исследованию не слишком часто, а существующие научные разработки не охватывают полного перечня теоретических и практических проблем.

На диссертационном уровне казахстанские ученые обращались к анализу содержания конституционного права граждан на охрану здоровья (А.Н. Сагиндыкова «Проблемы реализации конституционного права граждан на охрану здоровья в Республике Казахстан» [8]), исследовали гражданско-правовое регулирование отдельных отношений в сфере здравоохранения (К.Б. Берик «Гражданско-правовые проблемы трансплантации органов и тканей человека» [9]), подробно рассматривали особенности правового регулирования деятельности медицинских работников (Е.С. Шалхаров «Вопросы правового регулирования деятельности медицинских работников» [10]), изучали правовую природу жизни и здоровья человека как объектов гражданских прав (А.Е. Даутбаева-Мухтарова «Жизнь и здоровье как объекты гражданского права Республики Казахстан» [11]). Однако, несмотря на безусловную значимость этих научных исследований, вопросы частноправового регулирования отношений, складывающихся по поводу оказания медицинской помощи в Республике Казахстан, они затрагивали фрагментарно.

Различные аспекты исследуемой темы были предметом рассмотрения в диссертационных работах российских ученых. Среди них: Н.В. Зайцева «Договор по оказанию медицинских услуг» [12], А.А. Сироткина «Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования» [13], С. В. Нагорная «Договор об оказании медицинских услуг» [14], Е.Е. Васильева «Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации» [15], И.Г. Ломакина «Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации» [16], И.Г. Галь «Обязательство по оказанию медицинской услуги» [17], К.И. Коробко «Концепция правового регулирования отношений по оказанию платных медицинских услуг» [18] и др. Несмотря на то, что данные труды, посвященные актуальным вопросам гражданско-правового регулирования отношений, возникающих в сфере здравоохранения, довольно многочисленны, авторские позиции по некоторым из них представляются спорными, а их итоги не дают целостного и полного представления обо всех проблемах, возникающих в рассматриваемом правовом пространстве.

При проведении данного исследования мы опирались на труды отечественных и зарубежных представителей юридической науки, которые составили теоретическую основу работы. Среди них: С.С. Алексеев, Ю.Г. Басин, М.И. Брагинский, В.В. Витрянский, О.А. Красавчиков, М.К. Сулейменов, Ж.У. Тлембаева и многие другие. Большой вклад в изучение вопросов правового регулирования отношений, складывающихся в связи с

оказанием медицинских услуг, в разное время внесли такие ученые как В.И. Акопов, Е.Г. Афанасьева, Ю.В. Данилочкина, А.Ю. Кабалкин, Е. Кузьминых, М.Н. Малеина, А.А. Мохов, А.Н. Савицкая, В.Л. Суховерхий, А.В. Тихомиров, Е.Г. Шаблова, М.Ю. Федорова, Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., Rodziewicz T.L. и другие. Работы этих авторов представляют собой фундаментальные исследования, а их результаты отражают состояние современных проблем гражданско-правового регулирования отношений, возникающих в сфере медицинского обслуживания, а также подходы к их разрешению в России, Европе и США.

Учитывая, что отдельные проблемы правового регулирования гражданских отношений в сфере оказания медицинских услуг, как нам представляется, не получили достаточной теоретической разработки, использование в ходе исследования мнений современных авторов – практикующих медиков и юристов во многом дополняют данное исследование.

В условиях современной модернизации казахстанского здравоохранения многие вопросы законодательного регулирования гражданских отношений в сфере оказания медицинских услуг продолжают оставаться дискуссионными, некоторые из них не получили достаточного научного осмысления. Попытка их комплексного анализа в разрезе поставленных нами задач предпринята в рамках представленного исследования через сравнение мнений отдельных ученых, их оценку, а также попытку авторского обоснования способов разрешения существующих в рассматриваемой сфере проблем.

Цель диссертационного исследования состоит в проведении анализа гражданско-правовых отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг, выявлении их специфики, осмыслении их правового значения, определении проблем и пробелов в их регулировании действующим законодательством, выработке научно обоснованных предложений по его совершенствованию.

Исходя из заданной цели, сформулированы следующие **задачи исследования:**

- исследовать медицинские услуги в качестве объекта гражданских прав, выявив их основные признаки и сформулировав соответствующее определение;
- проанализировать правовую природу договора об оказании медицинских услуг как юридического основания возникновения гражданско-правовых отношений и выявить особенности его элементов;
- раскрыть статус пациента как потребителя медицинских услуг, определив проблемы осуществления его прав в гражданском обороте;
- исследовать содержание гражданско-правовой ответственности исполнителя медицинской услуги, выявить проблемы правового регулирования в данной сфере;
- определить правовую сущность врачебной ошибки и иных неблагоприятных исходов оказания медицинских услуг;
- проанализировать развитие законодательства, направленного на обеспечение качества медицинских услуг с целью уточнения и дополнения его положений об ответственности их исполнителя;

- выявить и обобщить актуальные проблемы гражданско-правового регулирования отношений в сфере оказания медицинских услуг, обозначить пути их решения, предложив конкретные правовые механизмы, направленные на обеспечение реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Объектом исследования являются гражданско-правовые отношения, складывающиеся в процессе оказания медицинских услуг.

Предмет исследования составляют действующие нормы, регулирующие гражданские отношения в сфере медицинского обслуживания, включая практику их применения; объектные особенности медицинских услуг; теоретико-правовые и практикоориентированные аспекты договора об их оказании; актуальные проблемы гражданско-правовой ответственности; а также доктринальные положения, раскрывающие содержание рассматриваемых в работе вопросов.

Методологическая основа исследования. Поставленные в диссертации проблемы изучались на основе общенаучных и частнонаучных методов познания.

Применение историко-правового метода дало возможность проследить закономерности формирования и развития законодательства, регулирующего гражданско-правовые отношения в сфере оказания медицинских услуг, а также выявить его современные особенности с учетом социальных, экономических и политических условий.

Методы описания, научного познания, анализа и синтеза использовались с целью исследования характеристик медицинских услуг как объекта гражданских прав, а также правовой сущности и содержания договора об их оказании.

Формально-юридический метод позволил провести логический и структурный анализ нормативных правовых актов, регулирующих отношения в сфере оказания медицинских услуг. Его применение обеспечило точность и корректность правовых выводов и предлагаемых понятий.

Метод правовой герменевтики способствовал выявлению действительного смысла правовых норм, регулирующих отношения в сфере оказания медицинских услуг, в том числе понятий «медицинские услуги», «тайна медицинского работника» и иных. Применение герменевтического подхода позволило проанализировать как лингвистические, так и концептуальные особенности правовых дефиниций, выявить неоднозначности в формулировках и обоснованно интерпретировать содержание нормативных положений.

В рамках обоснования предложений по совершенствованию действующего законодательства использовался метод правового моделирования, что позволило корректно изложить содержание разработанных норм, а также спрогнозировать возможные последствия изменения ныне действующих положений.

Сравнительно-правовой метод использовался для сопоставления норм законодательства Республики Казахстан с законодательством зарубежных стран в части регулирования страхования ответственности медицинских

работников, что дало возможность сделать предположения об адаптации положительного опыта к отечественным условиям.

Нормативную базу исследования составили Гражданский Кодекс Республики Казахстан (Общая часть) № 268-ХІІІ от 27 декабря 1994 года (в действующей редакции), Гражданский Кодекс Республики Казахстан (Особенная часть) №409-І от 1 июля 1999 года (в действующей редакции), Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 360-VІ от 7 июля 2020 года (в действующей редакции), Нормативные Постановления Верховного Суда Республики Казахстан.

Эмпирическую основу исследования составили судебные акты, вынесенные судами г. Караганда, г. Астана, г. Алматы, г. Уральск в рамках рассмотрения медицинских споров, а также официальные статистические данные контрольно-надзорных органов, осуществляющих деятельность в сфере оказания медицинских услуг.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в том, что в нем впервые проводится всестороннее исследование гражданских отношений, возникающих в сфере медицинского обслуживания в Республике Казахстан, выявляются проблемы их правового регулирования. Новизна определяется оригинальностью позиции диссертанта в оценке эффективности действующего законодательства и перспектив его дальнейшего развития, авторским обоснованием предложений, которые, став частью нормативных реформ, смогут обеспечить системность и последовательность в обеспечении частноправовых интересов субъектов, взаимодействующих в сфере оказания медицинских услуг, устранить противоречия и неопределенность, повысить качество правоприменительной практики.

Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования состоит в том, что его содержание и полученные результаты способны дополнить концептуальные основы гражданско-правового регулирования медицинского обслуживания, разработанные автором подходы, могут быть использованы в дальнейших научных работах по смежным темам, а выводы и предложения – стать основой для совершенствования действующего законодательства, регулирующего гражданские отношения, возникающие в сфере оказания медицинских услуг.

Результаты проведенного исследования представляют практическую ценность и могут быть использованы в правоприменительной деятельности, а также интегрированы в образовательный процесс при преподавании гражданско-правовых дисциплин и организации повышения квалификации медицинских работников для расширения знаний в области правового регулирования гражданских правоотношений в сфере оказания медицинских услуг.

Итоги диссертации могут послужить научно-методической основой для разработки и реализации актуального учебного курса «Медицинское право».

Апробация практических результатов исследования. Диссертация выполнена на кафедре гражданского и трудового права НАО «Карагандинский национальный исследовательский университет имени академика Е.А.

Букетова». Результаты работы соответствуют основной сфере научных интересов автора и являются итогом его многолетних исследований. Основные положения диссертации апробированы в 13 научных статьях, опубликованных за период освоения образовательной программы, из которых 6 – в изданиях, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности, 1 – в рецензируемом издании, входящем в базу Scopus, 6 – в сборниках материалов международных научно-практических конференций ближнего (Россия, Украина) и дальнего (Чехия) зарубежья.

Результаты исследования внедрены в учебный процесс Школы стоматологии НАО «Карагандинский медицинский университет», юридического факультета НАО «Карагандинский национальный исследовательский университет имени академика Е.А. Букетова», а также в практическую деятельность Отдела гражданского, гражданского процессуального законодательства и исполнительного производства РГП на ПХВ «Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан Министерства юстиции Республики Казахстан».

Структура и объем исследования. Структура диссертационной работы определяется целями и задачами исследования, а также логикой анализа рассматриваемых автором вопросов. Работа включает введение, два раздела, содержащих соответственно три и четыре подраздела, заключение и список использованных источников, приложения и ее общий объем составляет 200 страниц.

Положения, выносимые на защиту. Результаты проведенного исследования, посвященного выявлению и анализу правовых проблем, возникающих в сфере регулирования гражданско-правовых отношений при оказании медицинских услуг в Республике Казахстан, нашли свое отражение в сформулированных теоретических и практических положениях, выносимых на научную дискуссию и защиту. Предлагаемые меры могут стать основой для дальнейшей корректировки действующего законодательства, поскольку обеспечивают его юридическую определенность, способствуют устранению пробелов, коллизий и правовых рисков в регулировании отношений, возникающих между исполнителями медицинских услуг и пациентами, а также создают предпосылки для межотраслевой интеграции норм гражданского и медицинского права и эффективности их применения.

1. Принимая во внимание специфику медицинских услуг, как объекта гражданских прав, предлагается определять их как «профессиональные действия имущественного характера, осуществляемые исполнителем по отношению к конкретному пациенту с целью восстановления, улучшения, и (или) поддержания его здоровья путем диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, а также облегчения состояния (при паллиативном статусе), выполняемые в соответствии со стандартами и с учетом возможностей современной медицины».

2. Объектные признаки медицинских услуг определяют специфику предмета договора об их оказании и отражают существенные характеристики, позволяющие отделить его от иных договорных конструкций, возникающих в сфере возмездного оказания услуг. В связи с этим, обосновывается выделение договора об оказании медицинских услуг в качестве самостоятельного вида и предлагается следующее его определение: «По договору об оказании медицинских услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать конкретному пациенту предусмотренные договором медицинские услуги на возмездной основе».

Выдвигается предложение дополнить данной дефиницией пункт 1 статьи 1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

3. Представляется обоснованным исходить из того, что безопасность медицинских услуг выступает неотъемлемым элементом их качества, в связи с чем, возникает объективная необходимость наделения ее самостоятельным правовым значением, требующим нормативного закрепления. На основании этого предлагается:

- включить в пункт 1 статьи 1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе) следующее определение: «Безопасность медицинских услуг – отсутствие недопустимого риска, связанного с причинением вреда жизни и здоровью пациента, в процессе медицинского вмешательства»;

- дополнить пункт 1 статьи 271 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Обязанности медицинских и фармацевтических работников) подпунктом 8) следующего содержания: «обеспечивать безопасность медицинских услуг, включая случаи обоснованного отступления от клинического протокола».

4. В целях дальнейшего совершенствования института гражданско-правовой ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг и усиления гарантии защиты прав пациента предлагается:

- дополнить пункт 1 статьи 1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе) подпунктом 157-1) в следующей редакции: «Медицинское вмешательство, характеризующееся повышенной опасностью – медицинское вмешательство, осуществляемое с применением инвазивных или хирургических методов, лекарственных средств и медицинских изделий и требующее соблюдения специальных правил безопасности, в связи с наличием объективно обусловленного повышенного риска причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента»;

- включить в статью 271 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» норму следующего содержания: «Вред, причиненный жизни и (или) здоровью пациента вследствие медицинского вмешательства, характеризующегося повышенной опасностью, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Республики Казахстан».

5. Для обеспечения правовой определенности, единообразия правоприменительной практики и четкого разграничения неблагоприятных исходов оказания медицинских услуг обосновывается необходимость:

- дополнения пункта 1 статьи 1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе) определением врачебной ошибки, по которой предлагается понимать: «противоправные действия медицинского работника, совершаемые в связи с субъективно виновным поведением и влекущие для жизни и (или) здоровья пациента вред, который мог быть предвиден и предотвращен при соблюдении установленных стандартов»;

- расширить содержание статьи 270-1 Кодекса «О здоровье народа» за счет включения нормы следующего содержания: «Причинение вреда, жизни и (или) здоровью пациента вследствие врачебной ошибки влечет ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан».

6. Обосновывается, что медицинский инцидент, связанный с причинением вреда жизни и (или) здоровью пациента, в правоприменительной практике следует рассматривать как несчастный случай, поскольку эти понятия являются концептуально тождественными и выполняют идентичную функцию в правовом механизме регулирования гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности.

7. В целях конкретизации оснований, освобождающих исполнителей медицинских услуг от гражданско-правовой ответственности, предлагается:

- дополнить пункт 1 статьи 1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе) подпунктом, устанавливающим понятие обоснованного медицинского риска, изложив его в следующей редакции: «обоснованный медицинский риск – вероятность наступления неблагоприятного исхода при законном биомедицинском или клиническом исследовании, проводимом ради общественной пользы, с применением мер по предотвращению вреда и при информированном согласии пациента»;

- внести изменение в статью 227 Кодекса «О здоровье народа и здравоохранения», предусмотрев в ее содержании положение о том, что: «Причинение вреда жизни и (или) здоровью лица при проведении биомедицинских и (или) клинических исследований в пределах обоснованного медицинского риска не влечет гражданско-правовой ответственности».

8. С целью предупреждения причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц целесообразным видится расширение оснований для предоставления сведений, составляющих тайну медицинского работника, без согласия пациента, для этого предлагается:

- дополнить пункт 4 статьи 273 Кодекса «О здоровье народа» (Тайна медицинского работника) подпунктом 11 следующего содержания:

- «11) при обнаружении у лица заболевания, создающего существенную угрозу причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при исполнении профессиональных обязанностей.

Медицинская организация передает эти сведения работодателю по истечении пятнадцатидневного срока, предоставляемого пациенту для добровольного информирования о невозможности или ограничении выполнения им трудовых обязанностей»;

- утвердить перечень заболеваний, при которых выполнение профессиональных обязанностей может представлять существенную угрозу для жизни и (или) здоровья третьих лиц, включив в него:

1) неврологические расстройства, сопровождающиеся нарушением самоконтроля, сознания или моторных функций (шизофрения, болезнь Паркинсона, эпилепсия, транзиторные ишемические атаки, невропатии и др.);

2) соматические заболевания, способные вызвать внезапную утрату трудоспособности, потерю сознания, снижение сенсорных функций (острые сердечно-сосудистые заболевания, заболевания органов зрения и слуха).

1 ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТНОШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1.1 Медицинские услуги как объект гражданских прав и правовая природа отношений, связанных с их оказанием

Личные неимущественные блага, являются самыми главными и значимыми из всех благ, принадлежащих человеку. Здоровье человека – занимает среди них особое место, а право на его охрану реализуется через конституционные гарантии, а также нормы действующего законодательства, направленные на правовое регулирование оказания медицинских услуг. Деятельность по их оказанию связана с восстановлением здоровья и его поддержанием, а процесс ее осуществления регламентирован нормативно-правовыми актами, действующими в сфере здравоохранения.

Правовая природа отношений по оказанию медицинской помощи исследуется разными учеными, начиная с 80-х годов прошлого столетия, однако этот вопрос остается дискуссионным и актуальным до сих пор. Если гражданско-правовой характер отношений по оказанию услуг на возмездной основе, в целом, среди ученых не вызывает сомнений, то по поводу правовой природы отношений по предоставлению бесплатной медицинской помощи споры продолжаются до сих пор. Здесь мнения ученых колеблются от полного отрицания возможности применения к данным отношениям норм гражданского законодательства до уравнивания их с точки зрения правовой природы с отношениями, носящими возмездный характер. В научной литературе также встречаются представления о природе рассматриваемых отношений как об административной и социально-правовой.

Анализируя позиции ученых, отметим, что гражданско-правовой, договорной характер отношений в сфере оказания медицинских услуг признавала А.Н. Савицкая, аргументируя их природу «наличием в них собственного волеизъявления гражданина в форме обращения за помощью в лечебное учреждение, ответного действия другой стороны в форме записи на прием к врачу или госпитализации и т.п.» [19, с.38]. В.А. Ойгензихт полагает, что: «отношения субъектов, взаимодействующих в сфере медицинского обслуживания, строятся на их взаимном соглашении по поводу тех или иных способов лечения, в связи с чем, несомненно, носят гражданско-правовой характер, хотя и возникают (частично) из административно-правового акта», отмечая, что сам договор может быть заключен только при наличии взаимно выраженной воли обеих сторон [20, с.37].

Квалификация отношений в сфере оказания медицинских услуг в качестве административно-правовых, в связи с тем, что «пациенты обязаны соблюдать режим лечебных учреждений, устанавливаемый административным актом» [21, с.73] представляется спорной. С практической точки зрения такой подход исключает возможность защиты имущественных и неимущественных прав пациентов гражданско-правовыми способами, что особенно важно в

современных условиях, когда медицинские услуги зачастую оказываются на платной основе. Являясь сторонниками тех ученых, которые указывают на сложность природы отношений, складывающихся в сфере здравоохранения, отметим следующее. Безусловным является тот факт, что здравоохранение – стратегически значимая для государства сфера, в которой административное начало при регулировании отношений по оказанию медицинских услуг частично предопределено требованиями к ее организации. Например, административными являются отношения по управлению здравоохранением. Административно-правовой метод в сфере медицинского обслуживания применяется и в случаях, когда это предусмотрено действующими нормами. Так, в соответствии со ст.136, 137 Кодекса «О здоровье народа»: «оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц» [7]. А в случаях принудительного лечения, использование ограничений со стороны медицинского учреждения может рассматриваться как необходимая и отвечающая интересам пациента и общества мера, являющаяся частью императивно устанавливаемого режима. Следовательно, публично-правовое начало имеют только те отношения, которые связывают пациентов и специализированные медицинские учреждения и основаны на обеспечении социально значимых интересов граждан [22, с.24].

Следует согласиться с А.Б. и П.И. Литовка, что: «с фактическим включением медицины в гражданский оборот изжил себя и взгляд на медицинское право как подотрасль права социального» [23, с.80]. Подобная точка зрения имела место, постольку, поскольку медицина долгое время была бесплатной, а медицинское обслуживание предоставлялось государством как социальная гарантия.

По поводу гражданско-правовой природы отношений по оказанию медицинских услуг мнения ученых также неоднозначны – от убежденности в их абсолютной гражданско-правовой природе до настоятельного отнесения их хотя и к частноправовым отношениям, но требующим специального правового регулирования. Так, Н.В. Путило отмечает: «... должное поведение субъектов отношений в сфере охраны здоровья граждан обеспечивается посредством комбинированного воздействия приемов и способов, характерных для административного, гражданского права и права социального обеспечения» [24, с.20].

Анализ научных суждений по вопросу регулирования отношений по оказанию медицинских услуг нормами частного права показал, что многие из них основаны на ограничении их теми, которые возникают в связи причинением вреда здоровью пациента, связанного с ненадлежащим исполнением обязанностей медицинским учреждением, т.е. их сторонники придерживаются деликтного характера таких отношений. Так, М.Н. Малеина, являясь сторонником гражданско-правовой договорной природы отношений «врач – пациент», обосновывает ее возможностью взыскивать причиненный вред в качестве формы защиты нарушенного в них права [25, с.33].

Согласно другой точке зрения, высказанной в отдельных литературных источниках, гражданско-правовые обязательства в медицинской сфере возникают только, если в качестве исполнителя выступает частное медицинское учреждение или частнопрактикующий врач. В остальных случаях предоставление медицинских услуг опосредовано возникновением административных правоотношений.

Такой разброс мнений относительно юридико-фактической основы рассматриваемых нами отношений объясняется их сложным характером, а также спецификой межсубъектной связи. Однако абсолютное большинство представителей научной среды, позиции которых представлены в многочисленных источниках разного времени, распространяют на отношения об оказании медицинских услуг гражданско-правовой и чаще всего договорный режим. Так, Е.С. Крюкова обращает внимание на необходимость признания за отношениями об оказании медицинских услуг гражданско-правового характера с целью наиболее полной защиты прав пациента [26, с.19].

Признавая характер содержания исследуемых нами отношений как гражданско-правовых, В.Л. Суховерхий утверждает: «... что здоровье, как имя и честь, считается личным благом, неразрывно связанным с личностью их носителя. А так как здоровье человека как личное благо тесно связано с имущественными отношениями, то и отношения по поводу здоровья должны быть предметом гражданско-правового регулирования» [27, с.120].

А.В. Тихомиров связывает гражданско-правовой характер отношений в сфере медицинского обслуживания с равенством их субъектов [28, с.98].

И.Г. Галь в своей диссертации также указывает на гражданско-правовую природу рассматриваемых отношений, поскольку «...медицинские услуги возникают ... по поводу удовлетворения частных интересов ...сторон (заказчика – в излечении, исполнителя – в получении дохода)» [17, с.10].

Тесную взаимосвязь законодательства о здоровье и здравоохранении с гражданским правом обосновывает С.И. Клишкин, анализируя гражданско-правовые аспекты Кодекса «О здоровье народа» [29].

Разделяя позицию сторонников гражданско-правового регулирования рассматриваемых отношений, отметим, что подобный вывод нам позволяют сделать не только основания их возникновения, но и содержание прав и обязанностей их сторон. Специфика правоотношений, возникающих в связи с оказанием медицинских услуг, состоит в принятии решений пациентом самостоятельно, что обеспечивается нормами действующего законодательства. Полагаем, что действия участников в большинстве случаев основаны на их свободном волеизъявлении и дискреции, а, следовательно, на договоре. Случаи принудительного оказания медицинской помощи (лицам, с психическим поведенческим расстройством (заболеванием), совершившим общественно опасные деяния, лицам, больным туберкулезом) ограничены основаниями, предусмотренными законом, и выходят за рамки частноправового регулирования, поскольку не требуют согласования в рамках информированного согласия. Доктрина права на информированное согласие при медицинском вмешательстве (более подробно к исследованию ее природы

и правового значения мы обратимся в следующем разделе), привычная для Европы и Америки, набирает все большие обороты и в нашей стране, что также, на наш взгляд, придает характеру отношений врача и пациента гражданско-правовой характер.

Предметом смежной научной дискуссии является сущность гражданских отношений, связанных с оказанием медицинской помощи, исходя из основания их возникновения. Разногласия возникают по поводу юридической оценки отношений, связанных с оказанием экстренной медицинской помощи пациенту, находящемуся в состоянии, неспособном оценить обстановку и выразить свое добровольное согласие на нее [17]. Сторонники их внедоговорной природы считают, что они должны квалифицироваться как гражданские, с распространением на них норм, регулирующих действия в чужом интересе без поручения [17, с.27]. Но, даже, если основанием возникшего правоотношения считать односторонние действия исполнителя, оно, на наш взгляд, продолжает существовать до тех пор, пока сознание пациента не восстановится и не позволит ему принять решение о получении медицинских услуг в дальнейшем. Впоследствии отношения исполнителя и пациента трансформируются в договорные на основании ст.857 ГК РК [5]. Следует учитывать, что законодатель исключает из субъектного состава рассматриваемого нами внедоговорного обязательства лиц (работников государственных органов), чьи обязанности действовать в интересах граждан являются одной из целей их деятельности (п.2 ст.885 ГК РК) [5]. То есть государственный статус исполнителя, оказывающего медицинские услуги, исключает возможность распространения на отношения с его участием гл.42 ГК РК [5].

Рассуждая о правовой природе отношений, возникающих в сфере медицинского обслуживания, необходимо обратить внимание на то, что регулирующие их нормы стали подвергаться тщательному исследованию и анализу относительно недавно. Это связано с тем, что период становления государственности в нашей стране в силу различных причин был ознаменован нестабильными показателями общественного здоровья и увеличением частоты социально обусловленных заболеваний на фоне снижения уровня жизни населения. Все это происходило в условиях крайне неэффективного функционирования системы здравоохранения, переходившей на уровень рыночных отношений, что ознаменовало собой эпоху кризиса и правовых пробелов в их регулировании. Правовая неопределенность требовала существенного реформирования законодательства, действующего в сфере оказания медицинских услуг, а осуществляемые нормативные преобразования характеризовались изданием ведомственных актов. Участникам гражданского оборота нередко приходилось руководствоваться нормами о сходных правоотношениях, прибегая к аналогии закона, а специальные законодательные положения, ориентированные на охрану здоровья, появлялись крайне медленно и поэтапно.

Несмотря на то, что рынок медицинских услуг на сегодняшний день давно вышел за пределы социальной деятельности, их оказание в Казахстане, к сожалению, не достигло ожидаемого уровня. И хотя в настоящее время

отношения, возникающие в сфере медицинского обслуживания, подвергнуты законодательному регулированию довольно подробно, существующие противоречия и недостатки действующих норм зачастую провоцируют неправильную правовую оценку поведения их участников. Все это приводит не только к дестабилизации в обеспечении прав пациентов и медицинских работников, но и к неправильному и неполному применению норм права в случае возникновения споров, предметом которых становится ненадлежащее оказание медицинских услуг.

Концептуальным ориентиром настоящего исследования является анализ медицинских услуг как объекта гражданских прав, поскольку их специфика во многом определяет природу отношений, связанных с их оказанием. Научные статьи, опубликованные нами в рамках темы диссертации, неоднократно транслировали нашу позицию по вопросам содержания медицинских услуг как гражданско-правовой категории и их объектных признаков, которые не отражены в определении, заложенном в законодательстве о здравоохранении. В этом видится определенная проблема, поскольку подход к медицинским услугам, именно как к объекту товарооборота: «...позволяет выработать эффективную систему регулирования отношений в сфере медицинского обслуживания, которая, учитывая сущностные особенности медицинской услуги, способна обеспечить пациенту право на квалифицированную медицинскую помощь и гарантировать полноценную гражданско-правовую защиту в случае его нарушения» [30, с.109].

Услуги в современном мире становятся неотъемлемой составляющей обязательственных отношений, выступая в качестве предмета гражданско-правового взаимодействия их участников. В условиях рыночной экономики, активного развития предпринимательской деятельности, конкуренции в сфере обслуживания их роль значительно возрастает. Отношения с потребителем реализуются производителем товаров, работ, услуг через их оборот при условии соблюдения хозяйственно-правовых требований к осуществлению этой деятельности. Сфера обслуживания является самой объемной и многоплановой, а также самой мобильной по ее приспособляемости к потребностям рынка и потребителей.

По своему функциональному назначению услуги делятся на материальные и социально-культурные. Материальная услуга представляет собой деятельность по удовлетворению материально-бытовых потребностей потребителя. Она направлена на обеспечение и восстановление (изменение, сохранение) потребительских свойств изделий или их изготовление, перемещение грузов и людей, создание условий для потребления. Услуги по ремонту и изготовлению заказов граждан, услуги, оказываемые в процессе осуществления жилищно-коммунальной деятельности, транспортные услуги, а также услуги, оказываемые в сфере общественного питания, по характеру и содержанию можно отнести к материальным.

Социально-культурная услуга представляет собой деятельность по удовлетворению духовных, интеллектуальных потребностей и поддержание нормальной жизнедеятельности потребителя. Услуги социально-культурной

направленности призваны обеспечивать восстановление и поддержание здоровья человека, его внутреннее и физическое развитие, а также повышать его профессиональные качества. К такого рода услугам можно отнести образовательные услуги, а также услуги, оказываемые в сферах культуры, медицины и туризма.

Статья 115 ГК РК прямо относит услуги к объектам гражданских прав [31]. Однако следует обратить внимание на то, что относительно их правовой природы научные позиции ученых до сих пор неоднозначны. В теории гражданского права не существует единого подхода к тому, какие характеристики следует учитывать при исследовании такого правового явления, как «услуга» с целью внесения предложений по совершенствованию законодательства в части нормативного изменения ее признаков.

Традиционно особенности этого объекта, выявляются через сравнительный анализ основных характеристик работы, являющейся предметом договора подряда. Впервые «работу» и «услугу» начали сопоставлять римские юристы, следствием чего стало появление договора найма услуг (*locatio-conductio operatum*), в котором в качестве обязанного осуществить какую-то деятельность субъекта, выступал наемный работник, а заказчик ее оплачивал [32, с.346]. По договору найма работы (*locatio-conductio operis* или *operis faciendi*) стороны обозначали определенный овеществленный результат, которого наемник должен был достичь, исполняя договор [29, с.445]. Каждый из этих договоров имел отличительные черты, однако оба являлись видами найма. Особого значения правовой природе объекта пользования римское право не придавало. Это объясняется особенностями экономического оборота того времени, в условиях которого римские юристы в своей практике сталкивались в большинстве своем с договорами о возмездном пользовании вещами. Специфика договоров *locatio-conductio* развивалась средневековыми юристами, которые их разделяли с учетом экономической составляющей объекта [33, с.149].

Позднее объектная разница между работами и услугами стала определяться через наличие материального результата, направленность на который характеризовала отношения сторон как подрядные. Между тем полагаем, что соотношение услуги и работы должно основываться на тех подходах, разработанных гражданским правом, в которых признак материальности не является ключевым и исчерпывающим. Так, Ю.Х. Калмыков определяет в качестве услуги: «деятельность, направленную на удовлетворение материальных и культурных потребностей населения и создающую для услугополучателя определенные удобства» [34, с.32]. При разграничении работ и услуг он придает значение не материальному результату, а юридическому эффекту, который является их общим свойством. И, если выполнение работ связано с созданием «льгот и удобств» для заказчика, к отношениям сторон следует применять нормы об оказании услуг [34, с.33].

Противник такого подхода И.Л. Брауде, считает выполнение услуг по договору видом подряда [26, с.221].

Д.И. Степанов, противопоставляя услуги и работы, выделяет «как бы услуги», которые «опосредуют поддержание известного качественного состояния вещей, а также внешнего вида людей и животных, ремонт бытовой техники» [22, с.27]. Он обосновывает их выделение в отдельный вид такими характеристиками, как нестабильность результата и высокая степень обратимости объекта в его первоначальное состояние.

Отдельные авторы, в том числе М.В. Кротов, придают характеру услуги форму процесса труда [35, с.41], рассматривают ее в контексте экономической составляющей. Выводом при анализе такого подхода является то, что услуги, квалифицируются как нематериальные и материальные, и именно последние составляют предмет договора подряда [35, с.42]. При оказании нематериальной услуги исполнитель не способен заранее обеспечить наступление определенного результата, поскольку полезный эффект, удовлетворяющий интересам заказчика, может как проявиться, так и не проявиться. Однако подобная неопределенность не изменяет ее экономической природы и сущностного содержания. Таким образом, исходя из рассуждений М.В. Кротова: «... услуга – деятельность, потребляемая в процессе ее осуществления, не имеющая результата в виде овеществленного выражения» [35, с.45]. Он акцентирует внимание на том, что на квалификацию правоотношений влияет не их длительность, а то, производится ли оплата за разово исполненное поручение. Такой подход, по его мнению, ложится в основу разграничения трудовых и гражданско-правовых отношений по оказанию услуг [35, с.19].

Е.Д. Шешенин, рассматривая услугу в качестве экономической категории, определяет ее как деятельность, не связанную с появлением овеществленного результата, но выполняемую в рамках предусмотренной договором обязанности ее совершить [36, с.356].

Формулируя определение услуги, Е.Г. Шаблова рассуждает о ней, как об удовлетворяющей потребности индивида и осуществляемой на возмездной основе законной деятельности, не связанной с созданием материальной вещи [37, с.21].

Некоторые авторы вовсе не рассматривают услугу в качестве объекта, обладающего особыми признаками, и не видят необходимости выделять договор об оказании услуг в качестве отдельного правового явления. Ярким представителем этой группы авторов является А.Ю. Кабалкин [21].

Казахстанские ученые в своих работах также обращаются к понятию услуги, определяя ее признаки и отделяя отношения, связанные с предоставлением услуг, от отношений, складывающихся в рамках подрядных обязательств. Так, М.К. Сулейменов определяет услугу как деятельность, не имеющую овеществленного результата [38, с.174]. Ю.Г. Басин считал, что работа – действия, (не юридического характера), ведущие к заметным изменениям во внешнем материальном мире [39, с.235]. В отличие от этого услуги, по его мнению, не ведут к такому изменению, это – действия, имеющие в основных чертах нематериализованный результат, либо ведущие к изменениям в духовной или физической сфере заказчика [39, с.235]. А.Г.

Диденко проводит разницу между работой и услугой по наличию материального результата у первой и полезности в содержании у второй [40, с.276].

Такое количество разноплановых подходов к пониманию услуги делает возможным осуществление ее полного анализа как правовой категории и выделения следующих основных признаков:

- 1) услуга – деятельность, удовлетворяющая определенные потребности лица;
- 2) услуга относится к категории материальных благ, является неотъемлемой составляющей имущественного оборота, выступает в качестве объекта гражданских прав;
- 3) услуга не имеет овеществленного результата и направленности на него;
- 4) услуге характерен признак потребления в процессе ее оказания;
- 5) потребность заказчика направлена на получение полезного эффекта от услуги, который не является ее элементом и не гарантируется исполнителем;
- 6) услугу отличает личный характер, то есть ее неотделимость от исполнителя.

Отдельные характеристики услуги прослеживаются в содержании ст.683 ГК РК, которая не содержит ее определения, но, в понятии договора о ее оказании указывает на «совершение определенных действий» или «осуществление определенной деятельности» [5] без направленности на овеществленный результат.

Действующий Гражданский Кодекс после долгого перерыва в советский (и даже отчасти в постсоветский) период подверг прямому регулированию договорные отношения, возникающие в сфере возмездного оказания услуг, отнеся к их предмету, в том числе и медицинские услуги. Безусловной заслугой законодателя является то, что сформулированные нормы позволяют квалифицировать отношения об оказании услуг как самостоятельный вид обязательств, отличный от правоотношений, возникающих на основании трудового договора и договора подряда. Согласно содержанию п.1 ст.683 ГК РК, как отмечалось выше, услуги – совершение действий или деятельности, которые осуществляются исполнителем по заданию заказчика [5]. Они обладают потребительским значением, направлены на получение эффекта, и характеризуются отсутствием результата в виде материального блага. Ценность услуг заключается не в их результате, а непосредственно в процессе их предоставления, и тогда, когда они влекут появление вещественного компонента, который рассматривается как их часть, а не как самостоятельный объект.

Понятие «медицинская услуга» получило свое официальное определение в 2003 году в Законе Республики Казахстан «О системе здравоохранения» (ныне – утратил силу), и трактовалась как «услуга физических и юридических лиц, действующих на основании соответствующей лицензии по оказанию гражданам медицинской помощи» [41]. Медицинская помощь рассматривалась, как «профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или

среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан» [41].

Следует отметить, что подход законодателя к понятию медицинских услуг, согласно определению, установленному действующим законодательством о здравоохранении, также не раскрывает их сущности с точки зрения гражданско-правовой природы. Он сохраняется на протяжении долгих лет, несмотря на существенные изменения нормативных положений, регулирующих отношения в сфере медицинского обслуживания и даже смену Кодекса. Так, подпункт 181 статьи 1 Кодекса «О здоровье народа» определяет медицинские услуги как: «действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку» [7]. Думается, что предлагаемая формулировка не содержит полного набора юридически значимых признаков, обеспечивающих достаточную объектную определенность. Учитывая правовые характеристики услуг в целом, а также содержание медицинской деятельности, осуществление которой связано с оказанием медицинских услуг можно выделить их следующие объектные особенности.

Во-первых, оказание медицинских услуг направлено на достижение цели в виде восстановления либо поддержания здоровья пациента. Объектом воздействия исполнителя является человеческий организм, устранить нарушения в работе которого он должен для прекращения симптомов, создающих неудобства. Данное устранение реализуется посредством профессиональной деятельности медицинских работников, включающей диагностику заболевания («комплекс медицинских услуг, направленных на установление факта наличия или отсутствия заболевания» (п.п.98 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа»)), а также выбору пути лечения и проведению самого лечения («комплекса медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования» (п.п.103 п.1 ст. 1 Кодекса «О здоровье народа»)) [7]».

Правовой анализ действующих норм позволяет прийти к выводу, что законодатель включает в их число также действия профилактического характера, понимаемые как: «комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний, прогрессирования на ранних стадиях болезней и контролирование уже развившихся осложнений, повреждений органов и тканей» (п.п.207 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа»); паллиативную помощь как: «комплекс медицинских услуг, направленных на облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения» (п.2 ст.126 Кодекса «О здоровье народа»); а также деятельность по реабилитации пациента как: «комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, частичное или полное восстановление нарушенных и (или) утраченных функций организма

пациента (п.п.187 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа») (п.п. 187 п.1 ст. 1 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Наши рассуждения в части теоретического осмысления правовой природы медицинских услуг, изложенные ранее в научных публикациях, заключаются в том, что: «медицинское обслуживание, исходя из легального определения, в целом представляет собой деятельность, непосредственно направленную на улучшение состояния здоровья пациента» [30, с.109]. На наш взгляд определяющим признаком медицинских услуг является направленность на оздоровление пациента, устранение причин ухудшения его состояния, повышение качества жизни. Это достигается путем осуществления профессиональной медицинской деятельности со стороны специального субъекта – их исполнителя. Учитывая это, представляется не вполне корректным подход законодателя, в соответствии с которым «комплекс немедицинских профилактических мероприятий», направленных на предупреждение заболеваний, он включает в содержание понятия «медицинские услуги», поскольку в этом видится определенная терминологическая несогласованность (п.п. 207 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа»). Решение относить к «медицинским услугам» «немедицинские мероприятия» видится не логичным и спорным, а также может привести к смысловым разногласиям и неопределенности при толковании правовых норм. С целью устранения данных противоречий целесообразным является изменение подхода к определению профилактики здоровья.

При этом паллиативную помощь, на наш взгляд, вполне правильно относить к медицинским услугам, поскольку она направлена хоть и не на восстановление, но на поддержание, насколько это возможно, состояния неизлечимо больного пациента, облегчение его состояния.

Кодекс «О здоровье народа» оперирует также рядом смежных понятий, в том числе категориями «медицинская помощь» и «медицинское вмешательство». Так, «медицинская помощь» определяется как: «комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, включая лекарственное обеспечение» (п.п.179 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа»), а «медицинское вмешательство», как: «прямое или опосредованное воздействие и (или) иная манипуляция, выполняемые медицинским работником при оказании медицинской помощи пациентам с целью предупреждения, профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, исследования и направленные на восстановление или улучшение здоровья» (п.п.157 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Современные исследователи подчеркивают, что соотношение понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» свидетельствует о значительно более широком содержании первого. Указывается, что «продуктом медицинской помощи» является не только восстановление здоровья пациента, но и сопутствующие либо производные нематериальные блага, возникающие в результате ее оказания, такие как возможность (способность) к зачатию и рождению ребенка, способность вести полноценную (в понимании поддерживаемого надлежащего здоровья) жизнь, достигать ожидаемого ее качества, а также осуществлять

желаемую деятельность при отсутствии объективных медицинских противопоказаний [42, с.35]. Следует согласиться с таким подходом, поскольку, на наш взгляд, рассуждая о гражданско-правовом регулировании отношений, возникающих в медицинской сфере, акцент следует делать именно на медицинских услугах, которые являются их объектом. Что же касается других правовых категорий, напрямую связанных с медицинскими услугами, отметим следующее.

Анализ понятийного аппарата Кодекса «О здоровье народа», который отчасти представляется нам слишком перегруженным и сложным, дает основание полагать, что предложенные законодателем дефиниции не позволяют провести категоричное отличие «медицинских услуг» от «медицинского вмешательства». Представляется, что исследование, обозначенное как одна из целей медицинского вмешательства в определении, исходя из контекста и природы, вполне можно рассматривать как часть диагностики. Следовательно – «действия субъектов здравоохранения» и «манипуляции, выполняемые медицинскими работниками», характеризующиеся одинаковой направленностью, можно объединить в одно понятие, не создавая ненужного дублирования. На наш взгляд, гораздо важнее определять медицинские услуги и рассматривать их с точки зрения объекта гражданско-правового регулирования, поскольку именно такой подход отвечает интересам потребителей, а также важен государству для обеспечения конституционного права граждан Республики Казахстан на охрану здоровья. Важно не тиражировать, а точно и лаконично на законодательном уровне сформулировать их содержательные признаки, что позволит квалифицированно определять их надлежащее оказание.

Особого внимания требуют вопросы регламентации отношений, связанных с оказанием услуг эстетической медицины. Представляется необходимым нормативно закрепить статус медицинских за теми услугами, объектом которых является воздействие на внешность человека посредством манипуляций, направленных на коррекцию или улучшение ее эстетических характеристик, при условии наличия в таких действиях медицинского содержания. В действующем регулировании отсутствует специальная системно выстроенная классификация данных услуг, вследствие чего определение перечня манипуляций в сфере эстетической медицины, требующих обязательного лицензирования, возможно лишь путем комплексного анализа положений Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях» от 16 мая 2014 года [43], а также соответствующих подзаконных нормативных правовых актов. Согласно установленным нормам, в группу лицензируемых видов деятельности в сфере здравоохранения включены пластическая хирургия и вмешательства, охватывающие дерматокосметологию. При этом оказание традиционных косметических услуг остается вне рамок лицензионного регулирования.

В юридико-практическом аспекте косметические услуги трактуются, как: «физическое или химическое воздействие на кожу лица и тела, на брови, ресницы, ногти и волосы клиента, с использованием косметических средств и

декоративной косметики для удовлетворения эстетических потребностей клиента, не требующих медицинского контроля» [44]. Указанная норма выводит за рамки данных услуг – реконструктивно-пластическую хирургию, лечение заболеваний кожи и подкожной клетчатки, а также эстетические и лечебные процедуры, направленные на омоложение и коррекцию внешности.

На практике современные косметологические центры оказывают широкий спектр услуг, как по лечению и профилактике патологических состояний, сопровождающихся эстетическими дефектами, так и в целях коррекции возрастных изменений кожи и снижения интенсивности выпадения волос. Значительная часть процедур, включая инъекционные методы терапии, выполняется врачами-дерматологами, тогда как отдельные из них могут осуществляться средним медицинским персоналом. В действующей нормативной базе отсутствует унифицированный перечень услуг, составляющих содержание категории «медицинские косметологические услуги». Учитывая медицинский характер ряда вмешательств, к ним: «обоснованно следует относить инъекционные методы терапии (мезотерапию, биоревитализацию, ботулинотерапию), а также иные манипуляции, требующие специальных анатомо-физиологических знаний, понимания морфологии лица и тела и соблюдения соответствующих клинических показаний и противопоказаний» [30, с.110].

Полагаем, что юридическое разграничение косметических и медицинских услуг эстетической направленности, исходя из их значимости и популярности в современном обороте, должно обеспечиваться нормами специального законодательства, действующего в сфере здравоохранения. Данный вопрос требует немедленного разрешения на уровне Кодекса «О здоровье народа» или отдельного нормативного акта, что позволит исключить необходимость анализа и сопоставления общих законодательных положений о лицензировании и подзаконных нормативных правовых актов в сфере установления санитарных требований. Косметологические медицинские услуги в Республике Казахстан подлежат лицензированию, поэтому их конкретизация в виде единого перечня, прямо установленного законом, позволит комплексно урегулировать правоотношения, складывающиеся по поводу их оказания, обеспечить безопасность для потребителей и упорядочить порядок приобретения профессионального статуса их исполнителями.

Отличительным признаком медицинских услуг является их оказание специальным субъектом. Профессиональный статус исполнителя медицинских услуг обладает спецификой, определяется уровнем его квалификации, а выданная лицензия позволяет осуществлять медицинскую деятельность, организация которой подлежит регулированию и контролю со стороны государства. Признак профессиональной правосубъектности исполнителя медицинских услуг обусловлен их потребительским характером, индивидуализацией и направленностью на конкретного пациента.

Несмотря на то, что потребителем медицинских услуг является пациент, воздействию подвергаются его жизнь и здоровье, которые, как нематериальные блага, обладают личным содержанием и чрезвычайной восприимчивостью к их

оказанию. Медицинское вмешательство может приводить к необратимому характеру последствий, исключающему возможность выздоровления и даже возвращения к первоначальному состоянию [45, с.94]. Эти обстоятельства придают отношениям, возникающим в связи с оказанием медицинских услуг, объектную особенность.

Специфика медицинских услуг заключается и в том, что их итог, как правило, не имеет материально-выраженной формы. Отсутствие овеществленного результата, о чем упоминалось выше, является базовым признаком, который позволяет разграничивать обязательства об оказании услуг и подрядные обязательства, предполагающие достижение материального результата. Вместе с тем развитие науки и техники приводит к появлению новых медицинских технологий, что требует пересмотра прежних подходов к определению правовой природы медицинских услуг. Современные методы – такие как трансплантация, вспомогательные репродуктивные технологии, протезирование, пластическая хирургия – ставят новые вопросы о характере договорных отношений, возникающих при их применении. Некоторые исследователи отмечают, что различия в юридической природе соответствующих отношений могут определяться именно наличием или отсутствием материального результата [34]. Например, стоматологические услуги, завершающиеся созданием овеществленного результата, предлагается относить к подрядным работам, тогда как диагностические консультации, не имеющие материального результата, рассматриваются ими как услуги.

Полагаем, что услуги исполнителя могут носить как самостоятельный, так и сложный, комплексный характер, и все они: «в совокупности направлены на достижение общей цели – сохранение или восстановление здоровья пациента» [30, с.111]. Поэтому возникновение материального результата в отдельных случаях является не целью, а следствием оказанной услуги. По этой причине в практике нередко возникают отношения смешанного характера, когда нематериальные действия – такие как консультация, диагностика или лечение – сопровождаются созданием материального элемента. Наиболее показателен пример протезирования. Процесс оказания медицинских услуг по установке протеза разделен на несколько этапов, включающих в себя услугу – осмотр пациента, диагностику, установку протеза и выполнение работы (подряд) – его изготовление. Специфика данных правоотношений заключается в том, что их квалификация должна основываться на принципе связанности материального результата с самими услугами, оказание которых сопровождается его появлением и юридической неотделимостью от них. Такой подход позволяет учитывать особенности медицинского обслуживания и избегать некорректного применения норм о подряде. Эта позиция, встречающаяся в работах ряда исследователей [13, с.22; 45, с.92], представляется наиболее логичной и отвечающей сущности услуги как юридической категории.

Отдельное внимание следует уделить особенностям правоотношений, складывающихся в процессе оказания услуг пластической хирургии. Интерес заказчика здесь связан с итогом, который является конкретным выражением выполняемых исполнителем действий, достигается путем сложного

медицинского вмешательства и зависит не только от них, но и от персональных особенностей самого пациента, реакции на препараты, свойств кожи и других факторов. Действия исполнителя в данном случае характеризуются критериями, позволяющими квалифицировать их в качестве медицинских услуг, а не работы, не смотря на их направленность на конкретный, согласованный сторонами результат. Из этого следует, что такие отношения реализуются как отношения, возникающие по поводу оказания медицинских услуг. В связи с этим особое значение приобретают правовые последствия ситуаций, когда ожидаемый пациентом результат не достигается.

Гражданское законодательство возлагает риск случайного неисполнения договора возмездного оказания услуг на заказчика. Привлечение исполнителя к ответственности связано с его виновным поведением, тогда как вина заказчика приводит к его обязанности оплатить оказанную услугу полностью. В случае, когда невозможность исполнения вызвана обстоятельствами, за которые ни одна из сторон не отвечает, заказчик компенсирует исполнителю фактически понесенные расходы. Вместе с тем статья 685 ГК РК предусматривает категорию «невозможности исполнения обязательства» [5].

Полагаем, что в тех случаях, когда итогом медицинского вмешательства должен стать заранее согласованный договором результат (например, формирование конкретных параметров лица или тела в процессе пластической операции), и он не был достигнут по вине исполнителя, правомерно говорить не о «неисполнении», а о «ненадлежащем исполнении» услуги. В таком случае пациент должен оплачивать услугу только при условии, что ее качество соответствует установленным требованиям. В подобных правоотношениях целесообразно заранее предусматривать договорное условие, согласно которому оплата производится лишь при наступлении полезного для пациента результата. Отдельные авторы подчеркивают, что включение такого условия является допустимым и соответствует природе рассматриваемых услуг [46, с.8].

Противоположную позицию по данному вопросу занимает Ю.В. Романец. Он указывает, что предметом договора возмездного оказания медицинских услуг является не обязательное достижение выздоровления пациента, а сама профессиональная деятельность врача. По этой причине ответственность исполнителя и полная оплата заказчика не могут зависеть от результативности оказанных услуг [47, с.121].

Наша позиция по данному вопросу заключается в том, что в качестве отлагательного условия, которое предусматривает дополнительную обязанность оплатить медицинские услуги пластического хирурга по договору, вполне может рассматриваться желаемый эстетический результат, и это не меняет его правовой природы. Для дорогостоящих медицинских услуг такая конструкция способна повысить качество их оказания, поскольку стимулирует исполнителя к большей ответственности и осторожности при проведении медицинского вмешательства. Использование отлагательного условия представляется юридически допустимым и обоснованным, учитывая, что ожидание получения положительного результата всегда сопряжено с неопределенностью. Реакция организма пациента на вмешательство, его

индивидуальные особенности заранее предсказать невозможно, поэтому отлагательное условие позволяет учесть последствия, наступление которых не возможно прогнозировать.

К тому же, полагаем, что учитывая рисковый характер медицинских услуг, применение подобных механизмов оправданно даже в тех случаях, когда услуга не приводит к получению запланированного сторонами «физического» результата. При оказании сложных и высокотехнологичных медицинских услуг их стоимость может включать как цену самой услуги, так и оплату за достижение результата, соответствующего интересам пациента. Закрепление в договоре возмездного оказания медицинских услуг отлагательного условия, предусматривающего дополнительное вознаграждение за ожидаемый пациентом результат, позволяет обеспечить более соразмерную интересам субъектов модель правоотношений и стимулирует повышение качества оказания услуг в рамках профессиональной медицинской деятельности [30, с.109-111]. К тому же включение в соглашение условий, отвечающих имущественным интересам одной или обеих сторон, если такая возможность предусмотрена законодательством, осуществляется в рамках реализации принципа свободы договора.

В контексте рассматриваемого вопроса логичным представляется перейти к еще одному их основополагающих признаков, определяющих природу медицинских услуг - нематериальному характеру их результата. Поддержку данного положения мы находим в работах отдельных авторов, например, В.Н. Синельниковой, которая считает, что оказание услуг характеризуется желанием заказчика получить нематериальный эффект, который является их объективно выраженным результатом [48, с.154]. Медицинские услуги выражаются в полезных действиях их исполнителя, а результат проявляется через эффект, который связан с улучшением состояния здоровья пациента без предоставления его гарантии. Несмотря на то, что предоставление и пользование медицинскими услугами имеет конкретную цель, результат услуги по большей части не может быть гарантирован исполнителем.

Следует отметить, что в современной научной литературе вопрос об ответственности исполнителя медицинских услуг за результат относится к категории дискуссионных. Чаще всего встречаются мнения, что договор об оказании медицинских услуг направлен на регламентацию процесса их оказания, а не на получение результата, достижение которого исполнитель гарантировать не может [49, с.17].

Опыт отдельных европейских стран демонстрирует иной подход, согласно которому результат медицинской услуги приобретает самостоятельное юридическое значение. Так, в Италии при рассмотрении медицинских споров суды оценивают качество рутинных, несложных вмешательств, включая хирургические, прежде всего, через призму их результативности [50, с.47].

Думается, что невозможность предоставления гарантии результата обусловлена спецификой обязательств по оказанию медицинских услуг. Их эффективность определяется совокупностью факторов: правильностью диагностики и выбора метода лечения исполнителем, а также точностью,

регулярностью и добросовестностью исполнения пациентом медицинских рекомендаций. Тем не менее, правовая интерпретация данной характеристики не должна полностью размывать границы обязательства и игнорировать его цель. Профессиональная деятельность исполнителя медицинских услуг должна быть ориентирована на достижение ожидаемого пациентом эффекта от них с учетом уровня развития современных медицинских технологий и объективных профессиональных возможностей медицины, направлена на улучшение состояния здоровья пациента с соблюдением соответствующих показаний и противопоказаний.

Представляется, что можно придать юридический характер полезному эффекту от услуги, поскольку это согласуется с гражданско-правовой доктриной (он часто рассматривается в качестве критерия надлежащего исполнения обязательства об оказании услуг, аналогично материальному результату в обязательствах по выполнению работ). Рассуждения об этом являлись частью наших научных публикаций, где мы указываем на то, что: «...объективная возможность достижения результата должна приниматься во внимание при определении медицинских услуг как объекта гражданских прав. Это имеет существенное значение для правильной квалификации ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей» [30, с.11]. Таким образом, юридическая значимость нематериального результата медицинских услуг отвечает принципам гражданского и медицинского права, направленным на обеспечение их безопасности и качества, создает основу для эффективной защиты прав и интересов их потребителей, а также конкретизирует положения об ответственности исполнителя.

Медицинским услугам как объекту присущ имущественный характер, поскольку они имеют стоимость, которая соответствует расходам исполнителя на их оказание, и дополнительно включают вознаграждение. Возмездность договорных отношений в сфере оказания медицинских услуг не определяется их оплатой исключительно пациентом. Считаем, что имущественный характер услуг сохраняется даже тогда, когда их предоставление сопряжено с оплатой не только со стороны самого пациента, но и третьих лиц, страховых компаний и даже государства. Выделение данного признака позволяет квалифицировать отношения, возникающие в сфере медицинского обслуживания в связи с получением бесплатной медицинской помощи в рамках гарантированного государством объема, как гражданско-правовые с распространением на них норм о соответствующем договоре.

Особое значение имеет индивидуально-личный характер медицинских услуг. Хотя они не всегда являются уникальными по своей сути, их оказание неизбежно предполагает непосредственное взаимодействие исполнителя с пациентом, обладающим индивидуальными особенностями. Содержание данного признака продиктовано воздействием на личные блага пациента, которые по природе являются неимущественными и неотчуждаемыми, принадлежащими их обладателю с рождения. Индивидуальный характер медицинских услуг предопределяет отсутствие права их передачи третьим

лицам, что соответствует их объективному содержанию и является важным условием обеспечения их качества.

Медицинские услуги должны отвечать критерию законности, носить правомерный характер и соответствовать основополагающим принципам нравственности и правопорядка. Применение принудительных лечебных мер возможно только в случаях, предусмотренных законом, при этом не допускается проведение незаконных абортов и стерилизации, эвтаназии, использование запрещенных лекарственных средств и медицинских изделий, проведение медицинских экспериментов с нарушением установленных законодательных требований.

Вместе с тем, в условиях тотальной коммерциализации отдельных сфер медицинской деятельности встречаются случаи отступления от действующих норм. Так, пункт 5 статьи 146 Кодекса «О здоровье народа» прямо устанавливает, что: «при использовании вспомогательных репродуктивных методов и технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом» [7]. При этом некоторые клиники, предоставляющие услуги в области вспомогательных репродуктивных технологий, фактически предлагают пациентам возможность выбора пола будущего ребенка. На наш взгляд, подобные условия договоров должны квалифицироваться как ничтожные, даже если они формально не нарушают прав и интересов третьих лиц.

Правовой режим медицинских услуг как объекта гражданских прав характеризуется жестким регулированием процесса их оказания со стороны государства, поскольку их воздействие направлено на жизнь и здоровье граждан. Лицензирование медицинской деятельности позволяет сделать вывод об их ограниченной оборотоспособности. Определяющим признаком медицинских услуг является их оказание на основе стандартов, с ориентацией на протоколы и клинические рекомендации, что обеспечивает их обоснованность, безопасность для пациентов и снижение рисков для совершения врачебных ошибок. В рамках нашего исследования мы еще неоднократно обратимся к проблемам стандартизации медицинских услуг, поскольку именно они связаны с оценкой надлежащего исполнения договора об их оказании. Этот аспект следует учитывать в ходе детерминации признаков, посредством которых медицинские услуги квалифицируются как объекты гражданских правоотношений, что обеспечивает корректное правовое определение их статуса и разграничение в рамках системы гражданских прав.

Регламентированный характер оборота медицинских услуг, на наш взгляд, придает государственный контроль их качества и безопасности, а финансирование через систему обязательного медицинского страхования и бюджетные программы делает их рынок регулируемым. Ограниченный оборот медицинских услуг способствует сдерживанию их полной коммерциализации с целью обеспечения их безопасности и защиты прав пациента.

Следует обратить внимание на еще один существенный признак медицинских услуг, который заключается в том, что процесс их оказания нередко сопровождается ограничением автономии пациента. В силу отсутствия

у него достаточных компетенций для самостоятельной оценки объема необходимой медицинской помощи, возникает объективная невозможность адекватно определить содержание действий исполнителя в рамках заключенного договора. Как справедливо отмечается С.В. Нагорной, эта особенность свидетельствует о высокой степени рисковости медицинских услуг, обусловленной асимметрией знаний между исполнителем и потребителем [14, с.32]. Пациент, обращаясь к исполнителю медицинских услуг, нуждаясь в помощи и компетентном обслуживании, ожидая профессионального участия, как правило, не обладая знаниями и возможностями оценить необходимость применения медицинских процедур. Злоупотребления исполнителя в данной ситуации могут выражаться в назначении излишних и дорогостоящих диагностических или лечебных процедур без объективной необходимости. Это влечет для пациента дополнительные финансовые затраты и фактически нарушает его право на получение качественной медицинской помощи.

Неблагоприятные последствия могут возникнуть и в ситуациях, когда назначение пациенту лекарственных средств высокой стоимости обусловлено аффилированностью медицинского работника, который осуществляет их продвижение, получая за это вознаграждение, либо вовсе является прямым дистрибьютором фармацевтической компании. В целях решения данной проблемы государство вводит понятие «этики продвижения лекарственных средств и медицинских изделий», сущностью которого является добросовестное, научно обоснованное и социально ответственное распространение профессиональной информации, направленное на защиту здоровья народа и не допускающее превышения полномочий в медицинской сфере (п.1 ст.265 Кодекса «О здоровье народа») [7; 51]. Подобные случаи в практике медицинских работников – не редкость. Данное установление укладывается в рамки национального потребительского права, обеспечивая пациенту право на доступность лекарственных средств и медицинских изделий. Полагаем, что анализируемые правовые нормы, наряду с положениями, гарантирующими информирование пациента, создают механизм защиты его прав от потенциального злоупотребления со стороны исполнителя.

И, наконец, следует согласиться с С.В Нагорной в том, что: «медицинская услуга как объект обладает также алеаторным (рисковым) характером для пациента, который принимает на себя ответственность за вероятность невозможности исполнения договора» [14, с.33]. Статью 685 ГК РК можно рассматривать как аргумент в пользу такого подхода.

Исключительную важность рисковый признак медицинских услуг приобретает в случаях обращения за медицинской помощью пациентов, чье состояние оценивается как критическое и необратимое. Правомерность реализации принципа ответственности пациента за невозможность исполнения договора в данных ситуациях должна рассматриваться через призму тяжести состояния, а не недостаточной компетенции и слабой профессиональной подготовки исполнителя. Риск при оказании медицинских услуг имеет

практическое значение и должен учитываться при формировании условий договора и в процессе его исполнения.

Итак, проведенный анализ позволил выявить совокупность правовых и значимых признаков медицинских услуг с точки зрения их юридического содержания. Выявление и нормативное закрепление их объектных характеристик имеет принципиальное значение для определения предмета договора, который влияет на формирование его основных условий, обеспечивая баланс прав и законных интересов сторон, способствуя снижению правовых рисков и устанавливая алгоритм межсубъектного взаимодействия, направленного на достижение общей цели.

Исходя из вышеизложенного, рассматривая медицинские услуги в качестве объекта гражданских прав, следует определять их как «профессиональные действия имущественного характера, осуществляемые исполнителем по отношению к конкретному пациенту с целью восстановления, улучшения, и (или) поддержания его здоровья путем диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, а также облегчения состояния (при паллиативном статусе), выполняемые в соответствии со стандартами и с учетом возможностей современной медицины».

1.2 Договор как основание возникновения гражданских правоотношений в сфере оказания медицинских услуг: понятие и классификационные признаки

Обязательства по оказанию услуг являются сравнительно новыми для нашего законодательства институтом. История возникновения и последующего развития отношений по оказанию медицинских услуг наглядно демонстрирует динамику формирования нормативной базы, обеспечивающей регулирование в соответствующие временные периоды.

Так, в дореволюционный период отношения по оказанию медицинских услуг признавались не правовыми, а нравственными, не имеющими договорного характера. Однако закон предоставлял возможность представителям свободных профессий получать гонорар, устанавливая максимум вознаграждения, в том числе и за услуги врачей [52, с.23].

Октябрьская революция 1917 года внесла изменения не только в общественный строй, но и в действующее законодательство об охране здоровья. Декрет ВЦИК и СНК «О профессиональной работе и правах медицинских работников», принятый 1 декабря 1924 года, являлся главным актом в сфере здравоохранения, действовал вплоть до принятия Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении 1969 года [52, с.58] и определял статус медицинских организаций. Другие нормативные акты того времени, по сути, также не рассматривали пациента в качестве субъекта правовых отношений и не предусматривали способов их защиты.

Бурное развитие рынка услуг во второй половине XX века потребовало формирования надлежащего правового регулирования отношений,

возникающих между исполнителем и потребителем медицинских услуг. Тем не менее, их подробное регулирование, все еще отсутствовало, а пациенты являлись самой незащищенной категорией субъектов. Отношения, возникающие в сфере здравоохранения, были подвергнуты публично-правовому регулированию, а деятельность медицинских работников была основана на должностных инструкциях, которые носили общий характер. Советская идеология создавала основу для убежденности граждан в том, что медицина направлена на безупречное соблюдение прав пациента, здоровье которого рассматривалось как общественное благо. Административно-правовые методы воздействия, применяемые государством, обуславливали отсутствие правовой культуры и практики защиты гражданами принадлежащих им личных неимущественных благ и прав. В Гражданском кодексе Казахской ССР 1964 г. содержались нормы, направленные на регулирование отдельных видов договоров о предоставлении материальных услуг, отдельная глава была посвящена лишь договору подряда. Подобное регулирование имело место и в период действия Основ гражданского законодательства Союза ССР и республик от 31 мая 1991 года.

Значительный этап в развитии правового регулирования отношений по медицинскому обслуживанию, обозначивший основные направления в обеспечении прав граждан в сфере здравоохранения, начался только со второй половины 90-х гг. Основными нормативными актами в сфере регулирования медицинских услуг того времени являлись Закон Республики Казахстан «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 года, Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан» от 7 июля 2006 года, Закон Республики Казахстан «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» от 16 июня 2004 года, Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 16 апреля 1997 года и [REDACTED] ориентирована на правовое регулирование государственного управления здравоохранением и не придавала отношениям врача и пациента специальной гражданско-правовой направленности.

Часть II ГК РК, вступившая в силу с 1 июля 1999 года, обозначила в п.1 ст.683 медицинские услуги в качестве предмета договора. Но, к сожалению, несмотря на

рассматриваемые как составная часть медицинских услуг, должны иметь именно медицинский характер, что было отмечено нами ранее.

Анализ действующих норм позволяет сделать вывод о том, что содержание медицинской помощи формирует совокупность медицинских услуг, реализуемых через систему медицинских вмешательств. Исходя из понимания медицинских услуг как объекта гражданских прав и учитывая их особенности в качестве предмета договора, представляется обоснованным рассматривать понятия «медицинские услуги» и «медицинское вмешательство» как взаимозаменяемые. Способы медицинского вмешательства наполняют медицинские услуги содержанием, отражая их фактическое исполнение медицинскими работниками. При этом квалифицированное и эффективное оказание медицинских услуг связано с осуществлением комплекса медицинских мероприятий, точный перечень которых определить на момент заключения договора невозможно. В ходе обслуживания пациента нередко возникают случаи, которые требуют проведения дополнительных диагностических, лечебных, реабилитационных манипуляций, незапланированных ранее, для достижения основной цели договора, что напрямую связано с понятием надлежащего его исполнения. Полагаем излишним нагружать понятийный аппарат, создавая размытые границы там, где необходима их четкость, ведь основная задача законодателя создавать нормы – детальными, а понятия – конкретными, поскольку это способствует правильному и унифицированному их пониманию и применению.

Договор об оказании медицинских услуг по правовой природе является консенсуальным договором, который считается заключенными с момента достижения его сторонами согласия по всем существенным условиям. В консенсуальном договоре правовой статус субъекты приобретают до его исполнения. Правоотношения сторон из исследуемого договора возникают в момент его заключения, а медицинские услуги оказываются исполнителем позднее – причем, промежутки времени, разделяющие момент заключения и совершения договора, могут быть, как короткими (например, при немедленной диагностике), так и длительными (при подготовке пациента к хирургическому вмешательству).

Договор об оказании медицинских услуг обязывает обе стороны по отношению друг к другу, а также предоставляет им права. Двусторонняя природа договора предполагает взаимный характер поведения его участников и взаимную ответственность, предусмотренную договором и законом.

Договор об оказании медицинских услуг по природе является возмездным, а его правовое регулирование подпадает под нормы главы 33 ГК РК, регламентирующие возмездное оказание услуг [5]. Исполнитель оказывает медицинские услуги, которые в современном гражданском обороте приобрели форму товара, который оплачивается заказчиком.

В гражданском обороте за счет возмездного договора, оба субъекта удовлетворяют свои материальные интересы, а безвозмездный договор направлен на приобретение имущественных благ одной из них. Согласно п.1 ст.384 ГК РК возмездным является договор, по которому: «... сторона должна

получить плату или иное встречное предоставление услуг за исполнение своих обязанностей» [31].

В современной научной литературе предметом интенсивных обсуждений является вопрос о возможности распространения норм о возмездном оказании услуг на случаи оказания медицинской помощи пациенту бесплатно – при государственном финансировании. Ю.В. Данилочкина [57], О.В. Горбунова [58] считают данные отношения гражданско-правовыми.

Ю.В. Данилочкина признает возмездный характер за всеми медицинскими услугами, независимо от источника их оплаты [57, с.32]. Следовательно, отношения, возникающие по поводу их оказания, являются гражданско-правовыми во всех случаях и должны регулироваться нормами о возмездном оказании услуг. Она указывает на правильность подхода, в связи с которым возмездность отношений в сфере здравоохранения предполагается, исходя их финансовой составляющей медицинской деятельности, поскольку медицинские работники получают вознаграждение за работу, а медицинские организации – бюджетное финансирование [57, с.33].

О.В. Горбунова, анализируя нормы российского законодательства, рассуждает, что возмездность отношений по оказанию медицинских услуг: «... обусловлена содержанием ст. 41 Конституции РФ, которая закрепила гарантию бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений... установила возможность оплачивать их не пациентом, а третьими лицами [58]. Такое же положение содержит и ГК РК (ст.683 ГК РК) [5].

Отметим, что ст.384 ГК РК также не содержит указания на то, кем должна производиться оплата по возмездному договору. Отсюда можно сделать вывод о том, что возмездным он будет и тогда, когда услуги, оказываемые медицинским учреждением, оплачиваются самим потребителем, и тогда, когда оплата осуществляется из других источников. Так, согласно действующему законодательству, источниками финансового обеспечения системы здравоохранения являются: «1) бюджетные средства; 2) активы фонда социального медицинского страхования; 3) средства добровольного медицинского страхования; 4) средства, полученные за оказание платных услуг; 5) средства, полученные от сооплаты; 5-1) единовременные пенсионные выплаты физических лиц в случаях, предусмотренных законами Республики Казахстан; 6) средства, поступившие в качестве добровольных пожертвований от физических и юридических лиц; 7) иные источники, не противоречащие законодательству Республики Казахстан» (ст.67 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Согласно утвержденной Программе гарантий оказания медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования на 2026-2028 годы, такая помощь предоставляется гражданам Республики Казахстан, кандасам, беженцам, а также иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан. Финансирование ее

предоставления осуществляется за счет средств государственного бюджета [59].

Отдельные ученые характеризуют правовые отношения, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и имеющие безвозмездный характер не как гражданско-правовые, а как отношения по предоставлению социальной услуги. А, значит, они выступают в качестве предмета права социального обеспечения [12, с.66].

К числу сторонников кардинально разной природы возмездных и безвозмездных медицинских услуг принадлежит К.И. Коробко [18, с.15].

Дополнительным аргументом в пользу гражданско-правового характера отношений, возникающих в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, на наш взгляд, является позиция законодателя, разработавшего и утвердившего на нормативном уровне соответствующий типовой договор, который действовал до 2024 года [60].

Поддерживая научную позицию авторов, которые признают гражданско-правовой договорной характер за отношениями, возникающими в сфере бесплатного медицинского обслуживания, считаем, что их имущественный характер предопределяется оплатой из других источников. Допускаем, что в данном случае можно говорить о «договоре в пользу третьего лица», согласно которому: «... стороны установили, что должник обязан произвести исполнение не кредитору, а третьему лицу, указанному или не указанному в договоре и имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу (п.1 ст.391 ГК РК)» [31]. В данной конструкции третьим лицом выступает пациент, являющийся потребителем медицинских услуг, исполнитель рассматривается как должник, а субъект, осуществляющий оплату оказанных медицинских услуг (в том числе бюджеты разных уровней) – как кредитор. Такая система построения отношений, на наш взгляд, в данном случае вполне допустима.

Отметим, что пациент, выступая управомоченным лицом в обязательстве, возникающем в его пользу, является одновременно и обязанным субъектом. Оказание ему медицинских услуг всегда связано со встречными действиями по предоставлению им сведений о состоянии здоровья, соблюдению предписаний врача, установленного режима и др. Думается, что данное положение не противоречит конструкции договора в пользу третьего лица, учитывая, что последнее является лишь обладателем возможности воспользоваться предоставленным ему правом. На третье лицо, в обязательстве такого типа законом или договором могут возлагаться обязанности, без исполнения которых оно не может осуществляться должником. В качестве примера можно привести договор перевозки груза или страхования, в которых согласно правовой регламентации, лицо, в пользу которого он заключен, не освобождено от обязанностей, сопутствующих осуществлению его права.

Рассматривая договор об оказании медицинских услуг в качестве договора в пользу третьего лица, следует констатировать, что его исполнение напрямую зависит от поведения пациента, а их надлежащее оказание связано с его ответными действиями. Неисполнение пациентом своих обязанностей может

повлечь невозможность исполнения самого обязательства, вследствие чего цель договора не будет достигнута вовсе. Определяющим является то, что обязанности у третьего лица возникают только тогда и, если он воспользовался своим правом и явно выразил намерение его осуществить.

В случае отказа третьего лица от предоставленного ему по договору в пользу третьего лица права, им может воспользоваться установивший его кредитор, если это не противоречит существу договора и законодательству (п.4 ст.391 ГК РК) [31]. Представляется, что личный потребительский характер медицинских услуг, которые оказывает исполнитель, не позволяет кредитору, являющемуся юридическим лицом, воспользоваться правом на их оказание, в чем видится определенная специфика, характеризующая рассматриваемую договорную конструкцию.

Договор об оказании медицинских услуг может предусматривать участие в нем третьих лиц на иной основе. Так, например, если договор заключается законным представителем в интересах несовершеннолетнего или недееспособного, нуждающегося в медицинских услугах, возникает вопрос относительно его статуса. Считаем, что в качестве заказчика в данном случае выступает законный представитель, поскольку законодательство исключает возможность самостоятельного заключения договора заинтересованным субъектом. Он выступает в роли третьего лица, которому оказывается медицинская услуга, являясь ее потребителем. Такой пациент наделяется совокупностью потребительских прав, осуществлять которые он может самостоятельно или через представителя. Поэтому нормативные положения, регламентирующие договор об оказании медицинских услуг, должны учитывать его возможную многосубъектность, определяя правовой статус его участников.

Анализируя договор об оказании медицинских услуг, следует обратить внимание на его публично-правовую природу. Согласно п.1 ст.387 ГК РК: «Публичным договором признается договор, заключенный лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность, и устанавливающий его обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, которые такое лицо по характеру своей деятельности должно осуществлять в отношении каждого, кто к нему обратится (розничная торговля, перевозка транспортом общего пользования, услуги связи, энергоснабжение, медицинское, гостиничное обслуживание и тому подобное)» [31].

Одним из субъектов публичного договора выступает коммерческая организация, на которую нормативно возложена обязанность продавать товары, выполнять работы либо оказывать услуги каждому лицу, обратившемуся к ней. Поэтому, когда оказание медицинских услуг осуществляется частной клиникой или частнопрактикующим специалистом, вопрос о публичности договора не вызывает сомнения.

Неоднозначной является ситуация, когда услуги оказываются медицинским учреждением, имеющим государственный статус. Невозможность распространения на эти отношения норм о публичном договоре, по нашему мнению, заранее ущемляет права пациентов как потребителей медицинских

услуг. Учитывая тот факт, что все учреждения здравоохранения в Республике Казахстан на основании Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении Правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и Типовой формы договора на оказание платных услуг (помощи)» [61] оказывают услуги на платной основе, а Кодекс «О здоровье народа» прямо называет пациента – потребителем медицинских услуг, отметим следующее.

Из контекста правовой нормы, определяющей природу публичного договора видно, что законодатель определяет статус стороны, взаимодействующей с потребителем, через обозначение ее как «лицо, осуществляющее предпринимательскую деятельность». Медицинские учреждения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема (бесплатные медицинские услуги), учреждаемые как государственные коммунальные предприятия на праве хозяйственного ведения являются юридическими лицами, а их деятельность предполагает возможность заниматься предпринимательской деятельностью. Если медицинская организация имеет статус некоммерческого юридического лица, содержание ее правосубъектности определяется п.3 ст.34 ГК РК: «... некоммерческая организация может заниматься предпринимательской деятельностью ... постольку, поскольку это соответствует ее уставным целям» [31]. Допускаем, что договор об оказании медицинских услуг, исполнителем по которому является некоммерческая организация, при осуществлении ею предпринимательской деятельности, можно признавать публичными. Такой подход обеспечит пациентам конкретную правовую защиту, поскольку нормы о публичном договоре направлены на обеспечение его прав и законных интересов при его заключении и исполнении.

Преимущество для пациента заключаются в том, что в соответствии со п.1 ст. 387 ГК РК «исполнитель при заключении договора не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим» [31]. Кроме того, всем пациентам гарантируются равные возможности при формировании условий договора, а отдельным из них еще и право пользоваться льготами, если, согласно закону, они подпадают под категорию граждан, на которых такие льготы распространяются. Для обязательства, возникающего из договора об оказании медицинских услуг, характерно его личное исполнение со стороны медицинской организации или частнопрактикующего врача.

Отказ исполнителя от заключения договора рассматривается как неправомерный даже при отсутствии организационной или материально-технической возможности оказать тот вид медицинских услуг, в которых нуждается пациент. Статусный профиль исполнителя подтверждается выданной лицензией в соответствии с установленными стандартами, поэтому такое уклонение влечет обязанность возместить несостоявшемуся пациенту убытки, а также осуществить компенсацию морального вреда за нарушение потребительских прав на основании ст. 951 ГК РК и ст. 21 Закона Республики Казахстан «О защите прав потребителей» [62].

Решительным сторонником публичности правовой природы договора об оказании медицинских услуг выступает И.Г. Галь, который обосновывает ее «отсутствием у исполнителя права регулировать объем их оказания ниже гарантированного государством предела, а также невозможностью отказать пациенту в его заключении» [17, с.11]. Считаем такой подход прогрессивным и отражающим стратегическую значимость подобной квалификации рассматриваемого договора с точки зрения обеспечения права гражданина на получение квалифицированной медицинской помощи.

Е.Е. Васильева, рассматривая правовую природу договора возмездного оказания медицинских услуг, указывает на его фидуциарный характер [15, с.47]. Юридическую основу фидуциарного договора образуют персонально-доверительные отношения между его сторонами. Фидуциарный характер договора об оказании медицинских услуг она объясняет через асимметрию информационных полей его сторон и особенности их взаимодействия, которые состоят в передаче и получении сведений, составляющих тайну личной жизни и распространение которых носит нежелательный для пациента характер [15, с.48].

Представляется, что отношениям, возникающим по поводу медицинского обслуживания, действительно присущ лично-доверительный характер, обусловленный спецификой взаимодействия их субъектов, требующей высокой степени доверия друг к другу, постоянного сотрудничества, соблюдения «клятвы Гиппократова». Это подтверждает «патерналистская модель» - одна из коммуникационных моделей, предложенных философом Р. Витчем в 1972 году и безоговорочно признанных классической биоэтикой на сегодняшний день. Согласно ей врач для пациента выступает «священником», «родителем» для него как для ребенка, требующего эмпатии, сочувствия и безграничной поддержки, [63, с.29]. «Контрактная» и «коллегиальная» модели взаимодействия врачей и пациентов Р. Витча, рассматриваемые современной биоэтикой в качестве наиболее адекватных, также основаны на гуманизме, доверии, диалоге, взаимном уважении, конфиденциальности.

Думается, что квалифицировать отношения, возникающие по поводу медицинского обслуживания, как фидуциарные, можно исходя из следующего. Они основаны на доверии пациента к профессиональной компетентности, добросовестности и лояльности исполнителя, их осуществление возможно лишь при взаимодействии, требующем особого участия, основанного на личном расположении и приватности. Кроме того, законодательством о здоровье народа установлены особые требования к конфиденциальности, соблюдению права на информированное согласие при медицинском вмешательстве, что также придает взаимодействию исполнителя и пациента доверительный характер.

Правовое значение фидуциарного договора, заключается в том, что действующее законодательство предоставляет его сторонам право в одностороннем порядке от него отказаться даже при отсутствии существенных причин. М.В. Телюкина причисляет фидуциарные сделки к категории

каузальных, в которых право участника на односторонний отказ от нее связано с утратой доверия к партнеру [64, с.34].

Статья 686 ГК РК регламентирует «право на односторонний отказ от исполнения договора возмездного оказания услуг» [5]. Однако применение данной нормы к правоотношениям, возникающим в связи с оказанием медицинских услуг, входит в противоречие с правовым принципом обеспечения прав граждан в сфере здравоохранения. Отказ от договора пациентом не вызывает принципиальных возражений, в отличие от ситуации, когда инициатором выступает взаимодействующая с ним сторона. Считаем, что легализованная возможность одностороннего отказа от договора, предоставленная исполнителю, не соответствует основам обеспечения конституционного права гражданина на охрану здоровья, даже при возмещении убытков пациенту. Государство гарантирует гражданам получение медицинской помощи, устанавливая обязанность медицинских учреждений ее предоставлять. А право исполнителя, обладающего набором профессиональных и материально-технических ресурсов для оказания медицинских услуг, по своему усмотрению на любом этапе этот процесс прервать, фактически нивелирует юридическое значение цели договора, без которой не может существовать само обязательство. На данную проблему все чаще обращают внимание современные авторы [65, с.258].

Анализ юридической природы договора об оказании медицинских услуг в рамках данного раздела работы позволяет нам утверждать, что ее особенности определяют необходимость его выделения из договоров о возмездном оказании услуг. Такое обособление имеет важное теоретическое и практическое значение и направлено на его детальное гражданско-правовое регулирование, а также обеспечение гарантий в сфере осуществления и защиты социальных прав граждан.

Специфика договора обусловлена и содержанием условий, на которых он заключается. Их анализу посвящен следующий раздел настоящего исследования.

1.3 Элементы договора об оказании медицинских услуг

Содержательная природа договора предопределяется совокупностью включенных в него условий, которые устанавливаются действующим законодательством или определяются соглашением сторон и обуславливают специфику соответствующего обязательства.

Условия любого договора делятся на три группы – существенные, обычные и случайные. Из них именно существенные условия являются определяющими, потому что с их наличием в содержании договора законодатель связывает возникновение правовых последствий для сторон, его заключающих.

Согласно п.1 ст.393 ГК РК к существенным относят «условия о предмете договора, условия, которые признаны существенными законодательством или необходимы для договоров данного вида, а также все те условия, по которым по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение» [31].

Существенным условием договора об оказании медицинских услуг является условие о предмете. Наряду с этим ранее п.3 ст.35 утратившего силу Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года в качестве обязательных договора об оказании платных медицинских услуг, указывал следующие:

- «...1) виды и объем медицинской помощи;
- 2) сроки оказания медицинской помощи;
- 3) тарифы на медицинские и немедицинские услуги и порядок их оплаты;
- 4) права и обязанности сторон;
- 5) порядок внесения изменений, дополнений и прекращения действия договора;
- б) установление сторонами гражданско-правовой ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств» [6].

Отметим, что действующий Кодекс не содержит специальных норм, определяющих основные условия договора. Возможно, позиция законодателя объясняется тем, что он утвердил типовую форму договора об оказании платных медицинских услуг на подзаконном уровне, определив тем самым его элементы и содержание [61]. Однако, учитывая социальную значимость рассматриваемого договора, его «существенные» условия корректнее было бы подробно определить в основном законодательном акте, поскольку именно их присутствие в договоре придает последнему юридическую силу, а сам он порождает правовые последствия для сторон. Поэтому предыдущая регламентация условий договора представляется нам более удачной и отвечающей современным реалиям в разрезе защиты прав пациентов и обеспечения интересов исполнителей, оказывающих медицинские услуги.

Предметом договора об оказании услуг являются действия исполнителя, удовлетворяющие потребности услугополучателя. Заключая договор, исполнитель медицинской услуги и пациент согласовывают характер и особенности медицинских манипуляций, а также возможные последствия их совершения. Цель договора – восстановить или поддержать здоровье пациента.

Единого подхода к порядку формирования условия о предмете рассматриваемого нами договора в науке не выработано. Центральное место здесь, как отмечалось нами ранее, отведено правовой оценке нематериального результата. Однако согласно мнению отдельных авторов, субъекты вправе договориться о достижении нематериального результата от услуги, и, соответственно, включить в договор условие, освобождающее контрагента от осуществления вознаграждения полностью или в части при его отсутствии [25, с.249; 56, с.19].

Противоположной точки зрения придерживается Ю.В. Романец. Он считает, что «условие договора об оплате за результат является законным только, когда в обязательствах такой результат является объективным показателем качества деятельности исполнителя. В сфере медицинского обслуживания следствием качественно проведенного лечения является выздоровление пациента, что предопределяет возможность выплаты дополнительного вознаграждения» [47, с.122].

Мы полагаем, что установление категоричного запрета на включение в договор условия об оплате в зависимости от наступления полезного эффекта от медицинской услуги представляется спорным. Связано это не только с тем, что подобное ограничение лишает права пациента на участие в формировании договорных условий с целью обеспечения качества предоставляемых ему услуг. Поскольку в гражданском обороте субъекты осуществляют права по своему усмотрению (п.1 ст.8 ГК РК) [31], исполнитель по договору об оказании медицинских услуг в качестве рекламы может предложить пациенту оплатить их на случай наступления определенного, желаемого для него результата. Данное условие квалифицируется как договорное, снижает имущественные риски для пациента и в условиях частной медицины является частью конкуренции. Кроме того, стороны договора могут использовать предоставленную им законодательную возможность включать в договор условие об оплате в зависимости от наступления нематериального результата как отлагательное, используя конструкцию сделки с отлагательным условием (подобную возможность мы обосновывали выше). Следует обратить внимание на то, что оплата должна иметь место только в случае надлежащего оказания медицинских услуг. Ненадлежащее исполнение обязательства из рассматриваемого нами договора даже при наличии эффекта от услуги должно лишать исполнителя возможности получать как основное, так и дополнительное вознаграждение.

Характерной особенностью медицинских услуг является то, что на достижение эффекта может повлиять ряд случайных или закономерных причин: особенности иммунитета пациента, переносимость лекарств, тяжесть течения заболевания. Поэтому мнение отдельных авторов, утверждающих, что восстановление пациента – доказательство надлежаще проведенного лечения является спорным. По мнению экспертов, зачастую пациенты выздоравливают даже на фоне оказания медицинских услуг не соответствующих стандарту, поэтому положительный результат не всегда является индикатором их качества [66, с.159]. Поэтому расценивать данную ситуацию следует как ненадлежащее исполнение обязательства, при котором исполнитель должен лишаться права на вознаграждение.

Согласовывая условия о предмете, субъекты должны руководствоваться законодательством о здоровье народа. Методы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации должны быть разрешены к применению, медицинские технологии и лекарственные средства – быть законными. При этом учитывается запрет на эвтаназию, а также недопустимость осуществления медицинской деятельности, направленной на противоправные цели (криминальное изменение внешности, незаконная стерилизация).

Особо следует отметить то, что заключаемый сторонами договор об оказании медицинских услуг, смешивая условия в части предмета, нередко дополняется услугами немедицинского назначения. Пациент в рамках возмездного обслуживания получает по договору услуги по хранению, питанию, арендует палату. Ненадлежащее предоставление дополнительных

услуг, не является недостатком самой медицинской услуги, что следует учитывать при оценке качества оказания медицинской помощи.

Тем не менее, качество является важнейшей характеристикой деятельности, осуществляемой при оказании услуг. Чаще всего критериями его оценки выступают: надежность и безопасность, материально-техническое обеспечение объекта, их предоставляющего. Решающее значение для удовлетворенности услугополучателя являются также характеристики исполнителя: компетентность, учтивость, способность вести диалог с точки зрения интересов клиента.

Авторы, исследующие природу медицинского обслуживания, отмечают, «что стандартного и полного определения «качество медицинского обслуживания» не существует» [13, с.35]. Всемирная организация здравоохранения рассматривает качество медицинских услуг через «... адекватность, эффективность, а также уровень применения современных медицинских знаний и технологий» [13, с.36]. Отдельные авторы дополняют эти характеристики «доступностью и удовлетворенностью пациента» [67, с.122].

Качество оказания медицинской помощи согласно законодательству о здравоохранении определяется как «... уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи» (п.п.180 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Статья 272 ГК РК содержит общие законодательные требования к качеству: «обязанность сторон по надлежащему исполнению обязательства в соответствии с его условиями, требованиями действующего законодательства, обычаями делового оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями» [31].

Оценка качества медицинских услуг должна осуществляться с учетом установления взаимосвязи элементов, включающих протоколы, уровень развития современной медицинской науки, профессиональную квалификацию медицинского работника, особенности физиологии пациента, а также материально-технические ресурсы и степень оснащенности исполнителя [68, с.56]. Экспертиза качества медицинской услуги должна базироваться на показателях состояния здоровья пациента, получающего медицинскую помощь.

М.Н. Малейна обращает внимание на то, что состояние здоровья пациента устанавливается, исходя из его личного восприятия, на основе данных, полученных в процессе клинического обследования, с учетом объективных и субъективных факторов, влияющих на него, включая условия его жизни [69, с.76].

К.В. Егоров, утверждает, что «не все медицинские манипуляции, диагностика и лечение приводят к выздоровлению пациента» [70, с.3].

К.И. Коробко обосновывает необходимость исключения из «... критериев оценки качества медицинской помощи ... обязательное достижение запланированного результата ...» [18, с.294].

Представляется, что поскольку организм как объект воздействия отличается особой важностью и значимостью для пациента, существование обязательных критериев, служащих ориентиром для обслуживающих его исполнителей –

безусловная необходимость. То есть условие о качестве является существенным для договоров об оказании медицинских услуг. «Обычно предъявляемые требования», к качеству медицинских услуг предусмотренные п.1 ст.632 ГК РК [5], не могут обеспечить четких границ законного исполнения обязанностей со стороны медицинских учреждений. К тому же п.2 ст.687 ГК РК предоставляет возможность устанавливать повышенные требования к качеству работы, что применимо и к услугам.

Усилению публично-правовых начал в регулировании отношений, складывающихся по поводу оказания медицинских услуг, служит сертификация и стандартизация. Анализ действующего законодательства позволяет сделать вывод о том, что сертификации в Казахстане подлежат:

- 1) специалисты в области здравоохранения [71];
- 2) лекарственные средства или медицинские изделия, ввозимые на территорию Республики Казахстан (в целях обязательной оценки безопасности и качества) [72].

Стандарт в области здравоохранения – это: «нормативный правовой акт, устанавливающий правила, общие принципы и характеристики для обеспечения стандартизации в области здравоохранения в сфере медицинской, фармацевтической деятельности, образовательной и научной деятельности в области здравоохранения, цифрового здравоохранения» (п.п. 87 п.1 с.1 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Статья 138 Кодекса «О здоровье народа» определяет стандарт организации оказания медицинской помощи как «нормативный правовой акт, устанавливающий требования и правила к процессам организации оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения» [7]. Таким образом, деятельность исполнителя при предоставлении медицинских услуг обязана соответствовать установленному алгоритму, который регулирует порядок и принципы организации медицинской помощи пациентам в различных клинических ситуациях. Примером таких инструктивных планов являются клинические протоколы диагностики и лечения, стандарты проведения операционных процедур, а также нормативы организации и оказания специализированной медицинской помощи. Стандарты оказания медицинской помощи в Республике Казахстан разрабатываются и утверждаются уполномоченным органом в сфере здравоохранения (например, Стандарт надлежащей клинической практики [73]; Стандарт организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан [74]).

Качество медицинских услуг должно соответствовать требованиям действующего законодательства. Так, типовой договор по предоставлению платных медицинских услуг содержит условие, согласно которому Поставщик (Исполнитель по договору – примечание автора) «... 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 и принять все меры для

обеспечения максимального уровня удовлетворенности Заказчика результатами лечения» [61].

Вместе с тем, анализ медицинских стандартов в аспекте их строгой унификации осложняется необходимостью развития современных медицинских технологий, предполагающих использование экспериментальных методов и допустимого профессионального риска, а также оказания медицинских услуг с учетом особенностей пациента и конкретной клинической ситуации. В этой связи подход к проблемам стандартизации в сфере медицинского обслуживания должен носить взвешенный характер и быть ориентированным на недопущение искусственного противопоставления нормативных стандартов и свободы исполнителя при осуществлении медицинской деятельности.

Однако и полное отсутствие общих стандартов может обернуться халатностью и безнаказанностью исполнителей медицинских услуг. Думается, что правовой баланс в этой сфере должен отвечать интересам пациента как потребителя медицинских услуг. В связи с этим для отечественной медицины, прежде всего, необходимы являются стандарты безопасности. Такие стандарты содержат перечень действий (бездействия), которые медицинскому работнику делать запрещено, поскольку тем самым он может причинить заведомый вред [75, с.29]. Подобная регламентация может также касаться условий, обязательных для соблюдения при совершении тех или иных медицинских мероприятий.

Далее в качестве стандартов следует рассматривать алгоритмы, содержащие рекомендации, установленные на основе положительного медицинского опыта.

Третий вид – сервис-стандарты, определяющие основные принципы организационной и административной составляющих медицинской помощи.

Четвертый вид стандартов – стандарты экономические, призванные «увязать технологические и финансовые объемы медицинской помощи для ее максимально эффективного бюджетирования [75, с.30]».

Несмотря на существующие стандарты, качество медицинского обслуживания соответствует им не всегда. Единственным выходом из сложившейся ситуации, на наш взгляд, является защита прав пациента через придание существенности условию о качестве медицинских услуг. При отсутствии специальных медицинских знаний сформировать это условие договора самому пациенту достаточно сложно. Поэтому важным является надлежащее выполнение им своей информационной обязанности по предоставлению полных сведений, составляющих анамнез заболевания, поскольку это во многом определяет эффективность оказания медицинских услуг.

В регулировании данного вопроса показательным является подход немецкого законодателя, создавшего систему оценки качества медицинского обслуживания через соответствие потребностям пациента; оказываемых услуг – установленным медицинским правилам; медицинского вмешательства – стандартам с учетом достижений современной науки [13, с.74]. При этом медицинскому работнику предоставлено право определять алгоритм оказания медицинской помощи, исходя из конкретной ситуации, а вмешательство в его

деятельность со стороны третьих лиц запрещено. А.А. Сироткина указывает, что: «немецкие стандарты являются унифицированными формами, которые устанавливают конкретный перечень необходимых медицинских услуг, представляют собой соответствующее состояние научных знаний и медицинских исследований, которые необходимы для достижения цели лечения и которые были испытаны [13, с.142]».

Однако в современных стандартах организации оказания медицинской помощи в Германии отмечается четкая тенденция и на максимальную вовлеченность пациента, его активную позицию и участие в отношениях с медицинскими учреждениями, в рамках реализации новой концепции совместного принятия решений (к подробному анализу которой мы обратимся далее). Предпосылками привлечения пациентов к процессу принятия решений является их просвещение в медицинской сфере, накопление определенных медицинских знаний, компетентностные навыки оценки рисков [76]. Такое взаимодействие обеспечивает удовлетворенность пациента оказываемыми услугами и снижает риски жалоб на их качество, поскольку распределяет ответственность за совместный результат. С учетом высокой эффективности представляется целесообразным подготовка подробно разработанной законодательной модели, направленной на прямую реализацию данного подхода в практику организации медицинской помощи в Республике Казахстан.

Следует иметь в виду, что юридическая оценка качества медицинских услуг не всегда соответствует представлениям пациента, поэтому и проводится через соответствие стандартам, которые основаны на клинических протоколах и доказательной медицине. Однако ввиду сложностей, возникающих в процессе такой оценки, обоснованным и рациональным является применение следующего подхода. Если объем услуг в договоре подробно не определен, то интересам пациента будет удовлетворять ситуация, при которой медицинские услуги будут оцениваться как качественно оказанные, если укладываются в минимально определенные в законе стандарты с применением утвержденных технологий. В тех случаях, когда заказчику необходимо предоставить услуги, повышенного качества, существенно выходящего за рамки таких стандартов, их подробная регламентация обязательна, а отступление от них должно рассматриваться как невыполнение или ненадлежащее выполнение условия о качестве предоставляемых услуг.

По мнению В.В. Меркулова, главным условием для возникновения договора является наличие субъектов, которые намерены установить правовую связь для достижения определенного результата. Выступая в качестве субъектного состава договора, они образуют его стороны, и являются одним из основных его элементов [66, с.20].

Сторонами договора об оказании медицинских услуг выступают услугодатель – «исполнитель» и услугополучатель «заказчик». Если заказчик не является услугополучателем, им выступает третье лицо-пациент, в пользу которого заключается договор. Поскольку роль исполнителя в рассматриваемом нами договоре является основной, законодательством Республики Казахстан к нему предъявляются особые требования:

подтвержденная квалификация, получение лицензии, материально-техническое оснащение.

Исполнителем медицинской услуги может являться любое юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающий частные услуги в сфере здравоохранения. В соответствии со ст.28 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях» лицензированию подлежат отдельные виды деятельности или действий (операций) в сфере здравоохранения [43]. Подобное положение содержится в п.1 ст. 17 Кодекса «О здоровье народа». В соответствии с вышеперечисленными законодательными актами Постановлением Правительства Республики Казахстан № 669 от 23 октября 2018 года «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности» был утвержден Стандарт государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» [77].

Данный стандарт предусматривает, что лицензирование медицинской деятельности производится в целях обеспечения охраны здоровья и жизни населения, оценки возможности оказания заявителями качественных медицинских услуг населению. Медицинская деятельность лицензируется в разрезе подвидов (амбулаторная/стационарная/стационарно-замещающая, диагностика), возрастных групп (взрослая/детская) и специальностей (хирургия, стоматология и др.). Наличие лицензии у исполнителя свидетельствует о соответствии его организации нормам в области здравоохранения, в том числе санитарным требованиям.

Отношения по оказанию услуг отличаются личным характером совершения действий со стороны исполнителя по договору и исключают возможность их осуществления третьим лицом. При его заключении у исполнителя возникают права и обязанности, хотя медицинские манипуляции от его имени может осуществлять лечащий врач. Такой порядок не умаляет личного характера исполнения договора, поскольку медицинские организации (индивидуальные предприниматели) осуществляют услуги в лице своих наемных работников.

Специфика медицинских услуг обуславливает возникновение ситуаций, когда они оказываются несколькими лицами. Это является допустимым на основании ст.619 ГК РК [31], которая использует категорию делимости/неделимости предмета обязательства, исполняющегося несколькими лицами для договора подряда (статья применяется и к отношениям об оказании услуг). Неделимость обязательства обусловлена необходимостью выполнения комплекса медицинских процедур несколькими врачами, работающими в тесной координации. В отличие от этого, делимое обязательство предполагает проведение нескольких независимых медицинских мероприятий, ориентированных на одного пациента.

Данное различие имеет важное правовое значение при определении субъекта ответственности в ситуациях, когда медицинские услуги оказывались несколькими лицами, а полезный эффект от них так и не наступил либо не удовлетворил пациента. Так согласно п.5 ст.619 ГК РК, если на стороне исполнителя выступают одновременно два лица или более, при неделимости

предмета обязательства они признаются по отношению к заказчику солидарными должниками и соответственно солидарными кредиторами [31]. Если предмет обязательства делим, каждый из заказчиков по договору управомочен и обязан соответственно своей доле. Такая позиция законодателя защищает интересы добросовестных кредиторов.

Анализ юридической научной литературы показывает, что индивидуализация личности исполнителя имеет важное значение при оказании медицинских услуг. К подобным случаям ряд авторов относит ситуацию выбора конкретного врача. Это право пациента установлено законодательством большинства государств, включая казахстанское (п.п.3 п.1 ст.13 Кодекса «О здоровье народа») [7], и основано на личном характере услуги.

Однако право на выбор врача имеет пределы: если пациент не исполняет своих обязанностей по соблюдению предписаний врача или внутреннего распорядка медицинского учреждения, где он находится, последний вправе отказать ему в дальнейшем наблюдении и (или) лечении. Такой отказ не может осуществляться в связи с существующей для жизни пациента угрозой, а также возможным причинением вреда здоровью третьих лиц. Не вызывает юридических противоречий и отсутствие возможности осуществлять выбор специалиста по объективным причинам, поскольку согласие пациента, выраженное им при заключении договора основано на принципе предоставления медицинской услуги работником соответствующего профиля, который состоит в трудовых отношениях с исполнителем.

Заказчиком по договору об оказании медицинских услуг является гражданин, который заинтересован в их оказании. Рассматривая правовой статус заказчика по договору, отметим, что при заключении его в пользу третьего лица субъектами выступают заказчик услуг и их потребитель. Необходимо учитывать, что на указанные отношения распространяет действие законодательство о защите прав потребителей, поскольку пациент приобретает соответствующий правовой статус. В связи с этим представляется некорректным мнение А.В. Белозерова, который в качестве основания для классификации договоров об оказании медицинских услуг указывает «...зависимость от того, выступает потребитель заказчиком и приобретателем или только приобретателем по договору [78, с.19]», обосновывая разность их правовых режимов.

Потребителем медицинских услуг является гражданин. Некоторые авторы рассматривают это понятие шире. Статусом пациента, по их мнению, следует наделять физическое лицо, независимо от наличия или отсутствия у него заболевания, обратившееся за предоставлением ему медицинских услуг или их получающее [54, с.77]. Подобное определение заложено в действующее законодательство о здравоохранении, которое также определяет пациента как «физическое лицо, являющееся потребителем медицинских услуг, независимо от наличия или отсутствия у него заболевания или состояния, требующего оказания медицинской помощи» (п.п. 206 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Правовой статус пациента как потребителя медицинских услуг следует исследовать через его правосубъектность. Правоспособность, возникающая у гражданина с момента рождения, делает его обладателем права на медицинскую помощь и наделяет потенциальной возможностью становиться субъектом заключения договора об оказании медицинских услуг с 18 лет. Возраст и психическое состояние влияет на его способность самостоятельно осуществлять свои права и обязанности. Пациентом может выступать несовершеннолетний или недееспособный гражданин, интересы которого в сфере медицинского обслуживания представляют его законные представители.

Следует отметить, что в последние годы Республика Казахстан уделяет повышенное внимание правовому статусу несовершеннолетних, совершенствуя содержание их прав и существенно расширяя границы их правосубъектности, в том числе и в сфере медицинского обслуживания. Так, ст.78 Кодекса «О здоровье народа», регламентируя права детей в сфере здравоохранения, предоставляет несовершеннолетним, достигшим шестнадцатилетнего возраста: «право на информированное согласие или отказ на оказание профилактической, консультативно-диагностической помощи (за исключением хирургических вмешательств, искусственного прерывания беременности, которые производятся с согласия их родителей или законных представителей) (п.2)» [7]. Ранее действующее законодательство не предоставляло подобного права лицам, не достигшим восемнадцати лет.

Такое решение законодателя создает дополнительное пространство для правовой неопределенности. Представляется, что осуществление права на информированное согласие несовершеннолетним, достигшим шестнадцатилетнего возраста, может рассматриваться в качестве акцепта при заключении договора об оказании медицинских услуг. Отсюда возникает вопрос – может ли являться его стороной лицо, не обладающее полной дееспособностью? Если же заключение такого договора в пользу третьего лица (ребенка) является частью полномочий законного представителя, меняется содержание права на информированное согласие, с реализацией которого связано оказание медицинских услуг и существование договорных отношений в целом. Это требует нормативного уточнения.

Сходная проблема поднимается российскими учеными. Так, Н.О. Бажанов, Н.С. Иваненко считают, что осуществление права на добровольное информированное согласие необходимо рассматривать через составляющую дееспособности пациента, а возраст его самостоятельного выражения должен устанавливаться в восемнадцать лет [79, с.53-54].

Между тем подвижность правовых границ относительно возраста пациентов, имеющих право давать осознанное согласие на медицинское вмешательство, можно рассматривать в качестве одного из трендов современного медицинского права. Еще в 1985 году прецедентным правом Англии был разработан тест «компетенции Джиллика (Gillick competence of informed consent)» (судебный прецедент *Gillick v. West Norfolk County Health Authority*), основой которого является правило о том, что несовершеннолетний, не достигший шестнадцати лет, может давать согласие на медицинское

вмешательство, как и отказываться от него, если он достаточно зрелый и способен осознавать суть предполагаемого лечения. Данная концепция лежит в основе принятия судебных решений по медицинским делам, связанным с решением вопроса о способности несовершеннолетнего принимать самостоятельное решение о медицинском вмешательстве по отношению к нему в Великобритании, Уэльсе, Австралии, Шотландии, Канаде, Новой Зеландии, Северной Ирландии и др. [80]. Тенденция придавать правовое значение мнению несовершеннолетнего пациента, в зависимости от возраста, в котором он способен быть «умственно зрелым», распространилась сегодня и на европейские государства, такие как Дания, Испания, Словения [81, с.33].

Полагаем, что расширение правосубъектности несовершеннолетних предопределена комплексом социально-правовых факторов, включая эволюцию представлений о ребенке как самостоятельном носителе прав, необходимость обеспечения его личной автономии, а также адаптацию законодательства к современным условиям развития общества и международным тенденциям защиты прав человека.

Существенным условием договора об оказании медицинских услуг по смыслу действующего законодательства о здравоохранении, на наш взгляд, является условие о сроке. Согласно п.1 ст.620 ГК РК в договоре подряда могут указываться как начальный и конечный сроки выполнения работы, так и промежуточные сроки, связанные с завершением отдельных ее этапов [5]. Учитывая распространение норм о договоре подряда на отношения, складывающиеся по поводу возмездного оказания услуг, если это не противоречит главе 33 ГК РК, считаем конкретизацию сроков по вышеуказанным правилам способом, который может обеспечить интересы обеих сторон. Полагаем, что сроки для исследуемого нами договора имеют определяющее значение, поскольку от их соблюдения зависит не только своевременность оказания медицинской помощи пациенту, но и организация ее оказания исполнителем, учитывая ее плановый, а иногда и экстренный характер.

Поэтому юридически обоснованной и правильной представляется позиция практикующих юристов, осуществляющих защиту прав потребителей в медицинской сфере в том, что срок необходимо рассматривать в качестве существенного условия договора об оказании медицинских услуг. Так, например, считает К.Г. Редько, полагая, что срок определяется технологией медицинского вмешательства, заложен в него и поэтому его нарушение должно квалифицироваться как отступление от стандарта [82]. Следует согласиться с тем, что при согласовании срока исполнения медицинских услуг важно учитывать объективную потребность пациента в них, то есть руководствоваться принципом своевременности [15, с.81].

В договоре об оказании медицинских услуг срок может определяться календарной датой (например, точная дата начала оказания медицинских услуг, связанных с диагностикой) или указанием на событие, которое должно наступить (начало родовой деятельности). Конечный срок также может определяться указанием на событие: например, при осуществлении

оперативного вмешательства время нахождения пациента в стационаре определяется периодом его полного послеоперационного восстановления. Помимо сроков начала и окончания, а по желанию сторон – и промежуточных сроков (сроков выполнения отдельных этапов), в договорах об оказании медицинских услуг «обязательному согласованию подлежит условие о периодах взаимодействия исполнителя и заказчика» [83, с.22]. Это особенно важно, когда предметом договора выступает целый курс, состоящий из нескольких групп однородных медицинских услуг (физиотерапевтические услуги), или их сложный комплекс (стоматологические медицинские услуги).

Представляется неоднозначным мнение отдельных авторов о том, что существенность условия о сроке в договоре об оказании медицинских услуг спорна. Допускаем, что точно определить сроки оказания медицинских услуг с учетом специфики объекта воздействия и в связи с существующим риском возникновения осложнений, зачастую не представляется возможным. Однако очевидно, что и полное отсутствие требований к сроку в договоре ущемляет право пациента на своевременность получения медицинской помощи, тем более, что большинство из медицинских услуг должно оказываться в экстренном порядке, без промедления, что обусловлено их спецификой и значимостью для пациента.

Обращает на себя внимание и вопрос о порядке определения цены в договоре. Она устанавливается исполнителем, однако в связи с вероятной неопределенностью объема оказываемых услуг договора может варьироваться [61].

Медицинские услуги согласно казахстанскому законодательству о здравоохранении оказываются как на платной основе, так и в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденного Правительством Республики Казахстан, а также сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования за счет собственных средств, средств организаций, системы добровольного медицинского страхования и иных источников в соответствии с законодательством Республики Казахстан [7].

По общему правилу, согласно п.3 ст.384 ГК РК «договор предполагается возмездным, если из закона, иных правовых актов, содержания или существа договора не вытекает иное» [31]. Договор об оказании медицинских услуг является возмездным, поскольку исполнитель получает вознаграждение за оказанную услугу. Регулирование отношений безвозмездного оказания услуг Гражданским Кодексом прямо не устанавливается. Исследуя правовую природу договора, мы характеризовали его как возмездный даже тогда, когда медицинские услуги оказываются в рамках гарантированного государством социального объема. То есть бесплатные медицинские услуги, не являясь безвозмездными, предполагают их оплату исполнителю из средств бюджета или фонда страхования.

Считаем, что цена в исследуемом договоре является существенным условием, так как отражает содержание имущественной ответственности плательщика, а также формирует условие о предмете, определяя объем

оказываемых медицинских услуг (при государственном или страховом субсидировании).

Договор об оказании медицинских услуг подлежит заключению в устной или письменной форме, предусмотренной законом. С целью защиты прав пациента законодатель утвердил типовой договор об оказании платных медицинских услуг.

Простая письменная форма может выступать в виде:

- 1) составления единого документа, подписанного сторонами,
- 2) обмена документами посредством различных видов связи;
- 3) акцепта публичной оферты путем совершения акцептантом определенных действий (оплата пациентом медицинских услуг в частной клинике).

Письменная форма взаимосогласованного договора требуется тогда, когда его предметом выступают сложные, длящиеся и часто комплексные медицинские услуги. Ввиду специфики, взаимоотношения сторон на этот случай требуют подробной регламентации, а документ, подписанный сторонами, обеспечивает их доказательствами на случай неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств. Но, если письменная форма сделки нарушена, применяются последствия, установленные п.1 ст.153 ГК РК, когда стороны, при несоблюдении простой письменной формы сделки лишаются возможности ссылаться на свидетельские показания для подтверждения факта ее заключения или ее условий при возникновении спора [31].

Письменное оформление отношений сторон по договору способствует устойчивости правоотношений, а источниками, позволяющими в случае необходимости проследить порядок его исполнения, являются чеки, квитанции, расписки о письменном информированном согласии пациента на медицинское вмешательство, документы, отражающие результаты анализов и др.

Следует отметить широкое использование письменной (электронной) формы рассматриваемого договора в современном здравоохранении, что, безусловно, способствует обеспечению сделки и выступает гарантией защиты интересов сторон. Цифровизация, внедренная в сферу медицинского обслуживания, делает возможной оперативную фиксацию данных о пациенте и долговременным процесс их хранения. Внедрение «электронного здравоохранения» и использование современных медицинских информационных систем позволяют собирать, хранить и передавать цифровые данные, делают процесс оказания медицинской помощи максимально прозрачным, достоверным и полным. Подробная регистрация сведений о состоянии пациента и неограниченный доступ к ним медицинских специалистов обеспечивает эффективное и непрерывное сопровождение пациента при необходимости комплексного оказания медицинских услуг.

Итак, исследовав правовую природу и элементы договора об оказании медицинских услуг, мы можем утверждать, что обязательство, возникающее на его основе, обладает существенной спецификой.

Предметом обязательства являются медицинские услуги как «профессиональные действия медицинских работников, которые носят

имущественный характер, направлены на лечение, диагностику, профилактику или реабилитацию по отношению к конкретному пациенту, с целью восстановления или улучшения его здоровья, а также облегчения его состояния (при паллиативном статусе) и осуществляемые на основе стандартов и с учетом возможностей современной медицины».

С целью обеспечения права пациента на получение качественной медицинской помощи и достижения максимального эффекта от медицинской услуги стороны вправе заключать договор как условную сделку, предусматривая выплату вознаграждения полностью или частично в случае наступления пользы от медицинской услуги.

По юридической природе договор об оказании медицинских услуг следует относить к консенсуальным, взаимным и возмездным (даже тогда, когда сам пациент услугу не оплачивает). Он заключается между заказчиком и исполнителем, но может предусматривать участие третьего лица, являющегося потребителем медицинских услуг.

К существенным условиям договора следует отнести условия о предмете, сроках оказания медицинской помощи, цене и порядке ее оплаты, правах и обязанностях сторон, а также условия об ответственности. Такой подход, представляется наиболее предпочтительным и позволяющим в полной мере обеспечить интересы сторон данного договора, учитывая его сложность (при условии прямого уточнения существенности условий договора об оказании медицинских услуг в Кодексе «О здоровье народа»).

И, наконец, анализ правовой природы и исследование элементов договора об оказании медицинских услуг позволяют нам дать его авторское определение: «По договору об оказании медицинских услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать конкретному пациенту предусмотренные договором медицинские услуги на возмездной основе».

Сложность гражданских правоотношений об оказании медицинских услуг предопределяет необходимость их детальной и четкой правовой регламентации, что сделать только на основании норм главы 33 Гражданского Кодекса невозможно. Выделение данного договора в отдельный вид и установление законодательных положений его регулирующих, в том числе с учетом объектной специфики медицинских услуг, на наш взгляд, следует провести путем дополнения Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения». Подобный подход к регулированию отношений по возмездному оказанию услуг, законодатель уже использовал, когда «вынес» за пределы Гражданского Кодекса нормы о договоре суррогатного материнства и сделал их частью семейного законодательства (ст. 54 Кодекса о браке (супружестве) и семье) [84]. По своему характеру он является сложным гражданско-правовым договором, положения которого предусматривают предоставление специфической, нестандартной услуги, связанной с вынашиванием и рождением ребенка суррогатной матерью, поэтому его регулирование требовало комбинирования норм гражданского и семейного права, с целью обеспечения прав и законных интересов его участников.

Аналогия такого законодательного приема, по нашему мнению, вполне возможна, поскольку существенные особенности медицинских услуг, подлежащих исполнению по договору, также обуславливают необходимость комплексного подхода в вопросах правового регулирования возникающих на его основе отношений с учетом их частноправовой природы и элементов публично-правового воздействия.

Регулирование договора об оказании медицинских услуг нормами Кодекса «О здоровье народа» представляется обоснованным, поскольку такое решение позволяет:

- устранить существующие пробелы и согласовать положения медицинского и гражданского законодательства;
- способствовать формированию целостной модели и повысить качество правового регулирования гражданских отношений, возникающих в сфере медицинского обслуживания;
- добиться правовой определенности;
- обеспечить развитие доктрины медицинского права.

2 ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СТАТУСА ПАЦИЕНТА И ПОСЛЕДСТВИЙ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

2.1 Правовой статус пациента как потребителя медицинских услуг

Ряд исследователей рассматривает содержание договора об оказании медицинских услуг через права и обязанности исполнителя [14], считая его ключевой фигурой, от которой во многом зависит исполнение договора и достижение его потребительских целей для заказчика.

На наш взгляд, определяющая и первостепенная роль в правовых отношениях, возникающих в сфере медицинского обслуживания, отведена пациенту. Выступая в качестве заказчика или (и) потребителя медицинских услуг, и являясь заинтересованным участником, он чаще всего проявляет инициативу в заключении договора в рамках реализации своего конституционного права на охрану здоровья и во многом определяет его условия. Нормативные правовые акты, регулирующие отношения в сфере оказания медицинских услуг, содержат обширное количество норм, направленных на защиту прав и интересов пациента. Таким образом, анализ содержания договора об оказании медицинских услуг, по нашему мнению, следует осуществлять через детальное исследование правового статуса пациента, учитывая, что его взаимный характер, предполагает наличие взаимных прав и обязанностей у исполнителя.

Казахстанское законодательство о здравоохранении устанавливает права граждан в сфере здравоохранения (ст.77 Кодекса «О здоровье народа») и собственно права пациента как потребителя медицинских услуг (ст.134 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Подобное разделение представляется спорным. Основанием для него, очевидно, явилось желание законодателя разграничить права, возникающие у всех граждан, независимо от обращения за медицинской помощью, от прав потребителей медицинских услуг, возникающих в связи с их оказанием. Однако, на наш взгляд, статья 77 содержит ряд прав, осуществление которых вне получения медицинских услуг, представляется сомнительным. Например, право на получение в доступной форме информации о состоянии здоровья, в том числе сведений о результатах медицинского обследования, диагнозе и о прогнозе заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисков или получение обезболивания при лечении хронических неизлечимых заболеваний (п.п.20, 21 п.1 ст.77).

Кроме того, из контекста п.1 статьи 134: «Помимо прав, указанных в главе 12 настоящего Кодекса, пациент имеет право на ...» [7] следует, что законодатель продолжает их перечень. Следует отметить, что права, предоставленные гражданам в сфере здравоохранения, соотносятся и совпадают с их естественными правами. Поэтому классификация должна предусматривать их точное разделение, исходя из природы, содержания,

порядка осуществления. Однако, правами, определяющими статус пациента в гражданских правоотношениях, являются те из них, которые характеризуют его как участника договора, потребляющего медицинские услуги.

Право пациента на информацию закреплено в п.п.6,7 п.1 ст.134 Кодекса «О здоровье народа», ст.10 Закона «О защите прав потребителей» и относится к особо важным, поскольку является неотъемлемой частью принципа автономии пациента, обеспечивающей его участие в процессе принятия решений о медицинском вмешательстве [7].

Правило, согласно которому исполнитель обязан предоставить информацию по договору возмездного оказания услуг, имеет огромное значение и установлено для защиты прав и интересов заказчиков. Пациент как субъект медицинского обслуживания имеет право на получение информации о своих правах и обязанностях, оказываемых услугах, стоимости платных услуг и размере оплаты, порядке их предоставления с учетом доступности для лиц с нарушением зрения и (или) слуха, назначаемом лекарственном средстве [7]. При оказании медицинской помощи пациенту должны быть представлены сведения о непосредственных исполнителях (медицинских работниках) и их статусе, а также о правилах внутреннего распорядка медицинской организации, в которую он обратился.

Согласно действующему законодательству, медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного добровольного согласия пациента (п.3 ст.134 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Это право пациента чаще всего рассматривается в литературе как основа института «добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство».

«Информированное согласие – процедура письменного добровольного подтверждения лицом своего согласия на получение медицинской помощи и (или) участие в конкретном исследовании после получения информации обо всех значимых для принятия им решения аспектах медицинской помощи и (или) исследования (п.п. 279 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа»)» [7].

Обязательность соблюдения данного правила определяет правомерность поведения исполнителя, поэтому А.А. Сироткина, например, считает, что медицинское вмешательство, осуществляемое без согласия пациента, следует квалифицировать как причинение телесных повреждений, полученных вследствие применения насилия [13, с.115].

Право пациента на информацию заключается в его праве на получение полных, достоверных и понятных сведений о состоянии здоровья, возможных методах диагностики и лечения, а также рисках, связанных с ними, что позволяет ему принимать осознанное решение относительно своего здоровья. Обязанность по их предоставлению возложена на исполнителя, который является специалистом. При этом предупреждение пациента о возможных неблагоприятных последствиях не означает ограничения ответственности медицинских работников и не является основанием освобождения от нее.

Критерии содержания информации, предоставляемой пациенту, определяются законом. Так, согласно п.п. 6 п.1 ст.134 Кодекса «О здоровье народа» при получении медицинской помощи пациент имеет право на

информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию [7]. Информация должна носить исчерпывающий характер, быть объективной, а пациенту предоставлено право на альтернативное мнение, в том числе через проведение консилиума.

Ряд исследователей выражают позицию, согласно которой объем информирования пациента определяется неправовыми, этическими ориентирами [19, с.110]. Такое положение, по сути, сохранялось на протяжении долгого времени, поскольку зарубежная доктрина о добровольном информированном согласии формировалась постепенно, на основе судебных решений, которые признавали за пациентами право на принятие решений о медицинском вмешательстве. На сегодняшний день этическое содержание этой категории вполне обоснованно уступило место правовой составляющей.

Представляется, что полное отсутствие границ в предоставлении информации не сможет способствовать осуществлению права пациента на нее. Как и установленные законом «минимальные стандарты», фиксирующие информацию, необходимую для передачи при отдельных заболеваниях, как: «единый для данного вида медицинского вмешательства образец документа, содержащий краткие данные, с сохранением копии документа у пациента и в лечебном учреждении [85, с.95]».

Заслуживающими внимания, по нашему мнению, представляются рассуждения Е.Е. Васильевой, которая считает наиболее целесообразным регулированием исследуемых отношений, подходы, используемые в США как критерии, надлежащего предоставления информации. Это «так называемые «теории профессионального стандарта» и «теории разумного пациента»» [15, с.349]. «Теория профессионального стандарта» означает, что информация может считаться раскрытой надлежащим образом, в том случае, если действия врача по ее предоставлению соответствуют модели поведения разумного специалиста в аналогичных условиях и согласуются с установленной медицинской практикой в схожей сфере [15, с.117]. Ключевым доказательством для суда при возникновении спора является заключение эксперта, который дает ответ на поставленный вопрос о том, как поступил бы другой добросовестный специалист и соответствовали ли действия ответчика стандартам [15, с.118].

Согласно «теории разумного пациента» врач должен предоставлять информацию, характер и содержание которой позволяет любому разумному пациенту принять решение о медицинском вмешательстве. Существенность предоставленной информации, раскрывающей риски для пациента, оценивает суд. Результаты медицинской экспертизы поясняют суду сущность назначенного лечения и описывают степень вероятности наступления неблагоприятных последствий от лечения, наличие или отсутствие альтернативных методов, последствия бездействия по отношению к пациенту [86].

Учитывая особенности современного гражданского оборота и специфику медицинской деятельности, следует согласиться с мнением Е.Е. Васильевой о том, что, наиболее удачным и правильным является подход, ориентированный на пациента [15, с.118]. Пациент является слабой стороной правоотношения, поэтому содержание предоставляемой ему информации, должно быть настолько полным, насколько позволит ему, разумно принять взвешенное решение о медицинском вмешательстве [87].

Анализируя статус пациента, необходимо отметить тенденцию, связанную с его вовлеченностью в процесс принятия решений о своем здоровье, которая характерна для большинства государств. Это концепция предполагает, что пациент не является пассивным получателем медицинских услуг, а обдуманно и активно осуществляет свой выбор, исходя из собственного понимания своего состояния, предпочтений и потребностей.

Нормы казахстанского законодательства, направленные на максимальное информирование пациента до, во время, а иногда и после оказания ему медицинской помощи, демонстрируют частичную реализацию указанного аспекта. Они ориентированы на пациента, способного мыслить, мнение которого является ключевым при принятии решений о медицинском вмешательстве. Данный вывод можно сделать, например, из анализа Стандарта получения информированного согласия пациентов на инвазивные лечебные и диагностические процедуры. Он обязывает врача предоставлять информацию в доступной для пациента форме, на понятном для него языке, раскрывая объем его компетентности через дееспособность и отсутствие воздействия алкогольных, наркотических веществ и т.п. [88]. Следует признать, что такая регламентация согласуется с международно-правовыми тенденциями и является юридически обоснованной, поскольку, исполнитель как профессионал должен оценивать возможные риски не для всех, а для конкретного пациента с учетом адекватной оценки происходящего им самим.

Особое внимание современных авторов, исследующих проблемы реализации рассматриваемого права здравомыслящим, рассудительным пациентом, сосредоточено на максимальной полноте информации о рисках, связанных с медицинским вмешательством. Представляется юридически корректным считать, что ее необходимый и достаточный объем определяется предупреждением пациента о неблагоприятных исходах в виде причинения смерти, вреда здоровью и боли [89, с.68]. В связи с тем, что оказание медицинских услуг связано с их потреблением на уровне восприятия, особый акцент следует делать на длительности и интенсивности болевых ощущений, которые могут влиять на его дальнейшую жизнедеятельность [89, с.69]. При этом исполнителю следует находить баланс между избыточностью и недостаточностью предоставляемых сведений. Полагаем, что подробное информирование о рисках медицинского вмешательства способствует их правильной оценке пациентом, а надлежащая фиксация - обеспечению интересов обеих сторон на случай претензионных разногласий.

Действующее законодательство предусматривает ряд исключений из правила о добровольном информированном согласии. Так, согласно п.1 ст.137

Кодекса «О здоровье народа» оказание медицинской помощи без согласия пациента допускается в отношении лиц:

- 1) находящихся в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющим выразить свою волю;
- 2) страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) страдающих тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями);
- 4) страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние.

Но даже в этих случаях иницилируемая в одностороннем порядке деятельность услугодателя продолжается до исчезновения оснований, не позволяющих выразить свое согласие самому пациенту.

Особого рассмотрения требуют вопросы, связанные с закреплением на законодательном уровне «правила о «терапевтической привилегии» (therapeutic privilege)» [90, с.], которое может рассматриваться как составляющая международных стандартов в здравоохранении. Сущность этого установления заключается в том, что лечащему врачу предоставлено право скрыть информацию от пациента, если она может усугубить его психоэмоциональное состояние и вызвать ухудшение здоровья. Так, согласно п.4 ст.134 Кодекса «О здоровье народа», информация может быть скрыта от пациента с учетом состояния его здоровья. В этом случае врач взаимодействует с супругой (супругом) пациента, его близкими родственниками или законными представителями [7].

Анализ научной полемики по данному вопросу свидетельствует о разноплановости мнений медицинских работников и юристов. Одни являются безусловными сторонниками «терапевтической привилегии», настаивая на индивидуальном подходе к психологии больного и считая, что основная задача врача – облегчать страдания пациента, в том числе и психологические. Поэтому, во избежание нанесения вреда больному, они видят необходимость решать вопрос о целесообразности его информирования, исходя их конкретной ситуации [90, с.65; 91, с.8].

Другие – решительно критикуют ее, считая, что она может вытеснить правило об информированном согласии, в то время как своевременно предоставленная пациенту информация способствует осознанной оценке им своего состояния и его последствий а, значит, подключению внутренних ресурсов для преодоления болезни.

На международном уровне «терапевтическая привилегия» признается во многих юрисдикциях, включая Англию, Уэльс, Нидерланды, Австралию и Канаду [92]. В Кодексе медицинской этики Американской медицинской ассоциации (АМА) говорится, что врачи могут скрывать информацию о диагнозе или лечении пациента, когда ее раскрытие представляет собой психологическую угрозу, настолько серьезную, что она противопоказана с медицинской точки зрения [93].

Природа «терапевтической привилегии» достаточно подробно исследуется и зарубежными учеными. Многие из них разделяют точку зрения о

необходимости ее существования, а фокус их научного и практического интереса смещен в сторону корректного обозначения ее границ, с соблюдением права пациента на автономию с одной стороны и защитой его от вреда, с целью эффективного оказания ему медицинской помощи – с другой [94]. Особо подчеркивается, что принятие решения исполнителем должно быть взвешенным и индивидуальным в каждом отдельном случае.

В современных научных исследованиях встречается точка зрения о необходимости замены института «терапевтической привилегии» теорией «совместного» и «поддерживаемого принятия решений» («shared and supported decision-making») [92]. В первом случае акцент делается на взаимодействии пациента и исполнителя, тактично подающего альтернативную информацию, основываясь на особенностях ее восприятия. Получив предоставленные сведения, пациент сам осуществляет выбор, отвечающий его интересам.

Второй вариант основан на системе мер, реализация которых направлена на поддержку пациента, хотя и дееспособного, но обладающего ограниченными возможностями, и от того – уязвимого, с целью формирования у него правильного и полного понимания предоставляемой исполнителем информации [92].

Оба подхода основаны на предложениях реформировать правило о «терапевтической привилегии» путем обязывания медицинских работников вместо сокрытия информации применять гибкие коммуникативные подходы. Концепция ориентирована на поддержку пациента и базируется на предоставлении щадящей информации, альтернативе и возможности принимать участие в решениях, которые затрагивают его здоровье, жизнь, личную неприкосновенность. Профессиональной задачей исполнителя является такое консультирование, которое приводит к осознанному согласию на медицинское вмешательство или существенно повышает эту вероятность с ориентированием на возраст, восприятие и мышление пациента.

Разность подходов к рассматриваемому вопросу, на наш взгляд, объясняется тонкой гранью, разделяющей закон и гуманность. Думается, эта проблема правового и этического характера довольно удачно решается положением нашего законодательства о том, что лицом, подлежащим уведомлению о состоянии здоровья пациента в тяжелых случаях, является член его семьи или законный представитель. Тем не менее, нельзя не отметить и тот факт, что действующая редакция законодательства о здоровье народа, существенно изменила подход к «терапевтической привилегии», предоставляя медицинским работникам право субъективно оценивать ситуацию и принимать решения «с учетом состояния здоровья пациента» [7] и тем самым, на наш взгляд, создала повод для некоторой правовой неопределенности. По нашему мнению, ранее действующая норма содержала более точное и удачное определение, конкретизируя границы «терапевтической привилегии» ограничением предоставления информации пациенту, при: «наличии веских оснований полагать, что она не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьезный вред (п.6 ст.91 Кодекса)». То есть возможность сокрытия информации связывалась с наличием существенных оснований. Полагаем, что

этот подход также основан на субъективно-оценочном критерии, однако данная законодательная интерпретация содержит значимые правовые ограничения для исполнителя, осуществляющего свою привилегию в исключительных случаях.

Представляется, что этическими принципами в профессиональных отношениях с пациентом исполнитель должен руководствоваться не только в случаях диагностирования неизлечимого заболевания. Последствия и иных серьезных заболеваний (бесплодие, психическое заболевание, заболевание, передающееся по наследству) адекватнее может оценить только сам пациент, какими бы неожиданными для него они не были. В этих случаях уведомление родственников может усугубить ситуацию для пациента, способствовать изменению отношения к нему с их стороны, вызвать чувство страха и настороженности, создать напряжение, и, как следствие, нанести непоправимую психологическую травму. Поэтому, предоставлять пациенту информацию исполнитель должен поэтапно и системно, оценивая его трезвость и психоэмоциональную устойчивость, а также ее достаточность для принятия решения о дальнейшем медицинском вмешательстве.

Но от получения информации может отказаться и сам пациент. В зарубежной доктрине это правило обозначено как «отказ пациента от права на информированное согласие», легальность осуществления которого определяется осведомленностью пациента о том, что ему принадлежит право на информированное согласие [14, с.120]. Например, американские суды исходят из того, что правом на отказ от получения информации обладают американские пациенты, желая сохранить психологическую устойчивость или надежду в случаях неизлечимости заболевания [95].

В отечественном законодательстве эта идея закреплена в п.4 ст.134 Кодекса «О здоровье народа» - пациент может назначить лицо, которому следует сообщить информацию о состоянии его здоровья [7]. В обязанность медицинского работника вменяется внесение этих сведений в медицинскую документацию.

Опираясь на современные источники и подводя логический итог рассматриваемого вопроса, следует сделать вывод о том, что институт добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство сегодня является актуальным для всех стран. Право пациента на информацию - основной элемент нормативного обеспечения медицинской деятельности, и ограничивать его или сводить на нет категорически нельзя. Более того, наличие согласия со стороны пациента, основанного на законном информировании, позволяет считать договор заключенным, а правоотношение, на его основе - возникшим. Соблюдение данной договорной обязанности исполнителем свидетельствует о надлежащем исполнении обязательства и предупреждает претензии пациента в связи с нарушением его права на свободное формирование воли и волеизъявления.

Между тем, отдельные государства, с хорошо и стабильно развитой системой здравоохранения, отдают предпочтение подходу, при котором пациент вправе получать минимум информации при высоком качестве медицинских услуг. Так, традиционная японская медицина основана на модели

патерналистских отношений пациента и исполнителя. Общепринятой является тактика, при которой пациент должен неукоснительно выполнять предписания врача, который самостоятельно оценивает состояние пациента, риски и возможные последствия. Эксперты в Японии сходятся в том, что первопричиной такой позиции законодательной и медицинской практики являются традиции подчинения личности нуждам и идеалам коллектива [96, с.98]. Однако и здесь прослеживается тенденция на постепенное ослабление профессиональной автономии и трансформация отношения к информированному согласию.

Принцип совместного принятия решений в системе современных международных стандартов занимает центральное место. Его реализация направлена на обеспечение потребительского права пациента на получение информации. Однако полагаем, что заимствование пусть и положительного опыта зарубежных государств должно быть обдуманым, а законодательная имплементация – адаптированной к условиям современного казахстанского здравоохранения. Поэтому дальнейшее реформирование института добровольного информированного согласия при медицинском вмешательстве должно идти по пути создания механизмов его реализации в ежедневной практике казахстанских медиков.

Неотъемлемым правом пациента является *право на сохранение тайны медицинского работника (врачебной тайны)*. Исполнитель обязан обеспечивать тайну о пациенте. Кодекс «О здоровье народа» в п.п.11 п.1 ст.77 обеспечивает гражданам Республики Казахстан сохранение сведений, составляющих тайну медицинского работника [7] (ранее право на сохранение врачебной тайны обеспечивалось действием п.3 ст. 28, ст. 29 Закона Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан», п.4 ст. 51 Закона Республики Казахстан «О системе здравоохранения», п.7 ст. 87 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года, ныне утративших силу).

Тайна медицинского работника является составляющей личной тайны и представляет собой юридически охраняемую информацию о состоянии здоровья гражданина, доступ к которой ограничен законом. Она характеризуется смешанной природой – публично-правовой по формированию норм, регламентирующих ее режим, и частноправовой, проявляющейся в обязанности исполнителя как субъекта договорных отношений обеспечивать ее конфиденциальность.

Отметим, что действующий Кодекс «О здоровье народа» существенно изменил подход к названию: термин «врачебная тайна» впервые был заменен на термин «тайна медицинского работника». Введение данной новеллы могло быть основано на стремлении законодателя более точно определить субъекта, обязанного обеспечивать сохранение подобного рода информации. Представляется, что предложенная им трактовка, не совсем верно конкретизирует субъекта ответственности, что обусловлено следующим.

Согласно п.п.154 п.1 ст.1 Кодекса медицинский работник – физическое лицо, имеющее профессиональное медицинское образование, осуществляющее медицинскую деятельность. Следовательно, субъекты, обязанные обеспечивать

конфиденциальность о пациенте – это «... врачи всех профилей, средний и младший медицинский персонал: медсестры, фельдшеры, лаборанты, санитары и т.д.» [7].

Однако п.2 ст.273 Кодекса «О здоровье народа» устанавливает, что требование соблюдать тайну медицинского работника распространяется на лиц, которым сведения, составляющие ее предмет, стали известны в силу исполнения профессиональных, служебных и иных обязанностей. Исключения составляют случаи, специально предусмотренные действующим законодательством [7]. Толкование данного положения позволяет расширить представление о субъектах, в обязанность которых вменено обеспечение сохранности тайны о пациенте, ведь их профессиональная деятельность может лишь соприкасаться со сферой здравоохранения (статисты, страховщики, технический персонал и т.д.). Поэтому, действующее новшество, на наш взгляд, не отличается строгой юридической определенностью.

В этой связи заслуживающими внимания представляются суждения Е.С. Шалхарова, который в своем диссертационном исследовании, анализируя юридический статус медицинского работника, обращает внимание на то, что следует разграничить понятие «работник сферы здравоохранения» и «медицинский работник». Все лица, осуществляющие свои трудовые обязательства в организации здравоохранения независимо от специальности, рода деятельности и контакта с пациентами признаются, по его мнению, работниками сферы здравоохранения [10, с.40]. Деятельность лиц, не имеющих медицинского образования, но занимающихся охраной здоровья граждан, напрямую связана с оказанием медицинских услуг, поэтому их статус нельзя игнорировать.

Схожей точки зрения придерживается в диссертационном исследовании А.Е. Даутбаева-Мухтарова. Она рассматривает охрану здоровья граждан как совокупность разных механизмов правового, экономического, социального и медицинского характера, проводимого лицами, деятельность которых осуществляется в пределах медицинской организации по конкретным специальностям [11].

Возможно, позиция законодателя была связана с его намерением конкретизировать субъекта уголовной ответственности за разглашение тайны о пациенте. Так, согласно статье 321 Уголовного Кодекса Республики Казахстан за разглашение тайны медицинского работника может наступить уголовно-правовая ответственность [97]. Обязательными условиями ее наступления являются вина специального субъекта – распространителя – медицинского работника, а также отсутствие профессиональной или служебной необходимости в разглашении таких сведений, тип заболевания, подвергающегося огласке – ВИЧ, а также другие диагнозы, о которых становится известно в результате правонарушения при наличии тяжести последствий.

Однако за распространение такой информации может наступить и гражданско-правовая ответственность. Отсюда решение вопроса о субъекте ответственности должно быть кардинальным и юридически точным. Если

субъектами ответственности предполагаются исключительно медицинские работники, следует изменить содержание п.2 ст.273 Кодекса «О здоровье народа», ограничив их круг и устранив правовую неопределенность применительно к ответственности специалистов, ими не являющихся. Если же в соответствии с законодательной интерпретацией субъектами ответственности признаются лица, осуществляющие деятельность в сфере здравоохранения, следовало бы, пересмотреть название охраняемого объекта. В этом случае целесообразнее было бы регламентировать «тайну медицинского работника», как «медицинскую тайну», отталкиваясь от сферы ее обращения. Такой подход, на наш взгляд, представляется наиболее точным и по смыслу не ограничивает ответственных за ее распространение лиц исключительно лицами, имеющими медицинское образование.

Подход законодателя к содержанию тайны медицинского работника, не смотря на довольно серьезное реформирование норм, обеспечивающих права пациента и принятие «нового» Кодекса «О здоровье народа», не изменился. Так, объект тайны медицинского работника составляют «персональные медицинские данные, информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья лица, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении» (п.1 ст.273 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Эти данные медицинские специалисты получают непосредственно от пациента, а также в ходе его обследования, лечения и из записей в истории болезни. Зачастую сведения о пациенте передаются коллегами друг другу в процессе совместной консультации.

Исполнитель по договору не вправе распространять сведения о пациенте третьим лицам, его родственникам и знакомым. Признаки неправомерности не связаны ни с количеством лиц, которому их огласили, ни с формой вины нарушителя. Личную информацию о состоянии своего здоровья в связи с обследованием и лечением предоставляет либо сам пациент, либо уполномоченное им лицо, в случаях, когда он реализует предоставленное законодательством о здравоохранении право его назначать для взаимодействия с исполнителем медицинских услуг от его имени.

Передача сведений, составляющих тайну медицинского работника, другим лицам с целью проведения научных исследований или использования в учебном процессе, допускается с его согласия или согласия его законного представителя (п.3 ст.273) [7].

Тайна медицинского работника обеспечивается ст.144 ГК РК. Она направлена на регламентацию права на тайну личной жизни, которая подлежит раскрытию в случаях, прямо установленных законодательством Республики Казахстан» [31].

Закон прямо устанавливает перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих тайну медицинского работника, без согласия гражданина или его законного представителя:

«1) в целях обследования и лечения лица, неспособного из-за своего состояния выразить свою волю, в случае отсутствия законного представителя;

2) при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе при донорстве крови, ее компонентов, трансплантации органов (части органа) и (или) тканей (части ткани);

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

4) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законного представителя;

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

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

7) при проведении государственного контроля качества оказания медицинских услуг (помощи), мониторинга договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг;

8) при проведении проверок органами прокуратуры в порядке, установленном Конституционным законом Республики Казахстан «О прокуратуре»;

9) по запросу специальных государственных органов в целях решения задач контрразведывательной деятельности;

10) в целях установления наступления страхового случая независимой экспертной комиссии и участнику единого страхового (перестраховочного) пула (п.4 ст.273 Кодекса «О здоровье народа»)» [7].

Данное положение формирует закрытый перечень оснований, не предполагающий его расширения.

Между тем, п.4 ст.134 Кодекса «О здоровье народа», устанавливает право медицинских работников на сокрытие информации от пациента с учетом состояния его здоровья [7] (рассмотренное нами выше правило о «терапевтической привилегии»). Поскольку в этих случаях сведения о диагнозе заболевания пациента и перспективах дальнейшего лечения сообщаются супругу (супруге), близким родственникам пациента или его законным представителям, на наш взгляд, это является еще одним законодательно установленным основанием для разглашения сведений, составляющих тайну, без согласия пациента, хотя и прямо не определенным в качестве такового с точки зрения нормативных установлений.

Не вдаваясь в повторную дискуссию относительно природы отношений врач – пациент, и, опуская проблемы соотношения права, этики и морали, отметим, что такой подход законодателя может вызвать ряд проблем, связанных с применением данного предписания на практике. В целях большей правовой определенности следовало бы уточнить перечень заболеваний, при наличии которых ввиду отсутствия согласия пациента (поскольку он не осведомлен о своем опасном или неизлечимом диагнозе и, следовательно, не может дать согласие), действия исполнителей по передаче информации о состоянии его здоровья третьим лицам не будут рассматриваться как неправомерное разглашение.

Ограничение оснований для предоставления информации о пациенте третьим лицам представляется правильным и соответствующим международным стандартам и национальным принципам охраны права гражданина на неприкосновенность частной жизни и защиту конфиденциальной информации. Тем не менее, их перечень в действующей редакции представляется не вполне достаточным.

Отметим, что нашу точку зрения разделяют современные авторы, обосновывая необходимость изменения законодательства в части расширения оснований для санкционированного разглашения «врачебной тайны». Одни считают недостаточным круг субъектов, уполномоченных получать такую информацию [98], другие – дополняют список исключений, опираясь на необходимость защиты прав и интересов родственников умершего пациента [99] или проведения научного исследования [100]. Большинство научных работ по данной тематике основано на поиске компромисса между соотношением и защитой частного и публичного интересов. Полагаем, что современный этап развития характеризуется трансформацией подходов к защите личных данных, что обусловлено развитием цифровых технологий и расширением сферы информационных отношений. А значит, существующие стандарты и принципы не достаточны для обеспечения ее эффективности, что свидетельствует о необходимости их обновления.

Пробелом действующего казахстанского законодательства, на наш взгляд, является то, что п.4 ст.273 Кодекса «О здоровье народа» не содержит специального основания, допускающего раскрытие тайны, когда ее неразглашение может повлечь чрезвычайные последствия для общества. Так, работник может представлять угрозу общественной безопасности, если его заболевание связано с внезапной утратой трудоспособности или неадекватным поведением, что может повлечь вред жизни и здоровью третьих лиц либо нарушить безопасное функционирование предприятия. Профессиональная деятельность некоторых граждан связана с повышенной опасностью для окружающих (водители, шахтеры, машинисты, пилоты, врачи, строители). Периодически проводимые медицинские осмотры таких работников не могут в полной мере обеспечить безопасность их деятельности, так как симптомы заболевания могут появиться в перерывах между ними, а само заболевание диагностировано врачом, не имеющим отношения к специальной медицинской комиссии. Соккрытие таких сведений может повлечь наступление негативных последствий, включая техногенные аварии и иные чрезвычайные ситуации. Подобные риски особо значимы в профессиях, где состояние здоровья непосредственно влияет на безопасность производственного процесса (в случаях, когда, водитель страдает нарушением цветового зрения, строитель имеет нарушение координации вследствие заболевания центральной нервной системы).

В этой связи представляется обоснованной легализация ограниченного раскрытия сведений, составляющих тайну медицинского работника, путем передачи их работодателю такого пациента. Данная мера должна рассматриваться как проявление принципа соразмерности и необходимости

обеспечения общественной безопасности, поскольку направлена на предотвращение вреда, грозящего жизни и здоровью третьих лиц, при сохранении разумного баланса между правом гражданина на тайну и публичными интересами общества.

Учитывая вышеизложенное, следует предложить внести изменения в действующее законодательство, дополнив основания, при которых передача сведений третьим лицам без согласия пациента, не квалифицируется как противоправное разглашение тайны медицинского работника. Для этого расширить п.4 ст.273 Кодекса «О здоровье народа», включив в него подпункт 11) следующего содержания: «11) при обнаружении у лица заболевания, создающего существенную угрозу причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при исполнении профессиональных обязанностей».

Для создания правового механизма, обеспечивающего соразмерное соотношение между правом на труд, на личную тайну и обязанностью государства обеспечивать и гарантировать безопасность труда и охрану здоровья населения, необходимо утвердить перечень таких заболеваний на подзаконном уровне и установить порядок уведомления, предусмотрев его действующим законодательством о здоровье народа.

К опасным заболеваниям, в контексте предложенной нами нормы, следует отнести неврологические расстройства, сопровождающиеся нарушением самоконтроля, сознания или моторных функций (эпилепсия и др.), а также соматические заболевания, способные вызвать внезапную утрату трудоспособности, потерю сознания, либо снижение сенсорных функций (острые сердечно-сосудистые заболевания, заболевания органов зрения и слуха). Медицинским работникам, диагностируя такое заболевание, следует учитывать профессиональную принадлежность пациента, а также оценивать вероятностную возможность последствий его обострения для безопасности третьих лиц. Потенциальный риск должен характеризоваться существенностью, а опасность заболевания определяться непосредственной способностью вызывать внезапные острые нарушения жизненно важных функций организма и, тем самым, создавать угрозу для жизни и здоровья окружающих.

Правомерность разглашения должна быть основана на отказе от добровольного уведомления работодателя о состоянии здоровья самим работником в течение предусмотренных законом сроков.

С целью установления законного порядка уведомления работодателя о медицинских противопоказаниях работника, исходя из необходимости обеспечения прав и интересов граждан и общества, предлагаем дополнить предложенный нами п.п.11 п.4 ст.273, частью 2 следующего содержания: «Медицинская организация передает эти сведения работодателю по истечении пятнадцатидневного срока, предоставляемого пациенту для добровольного информирования о невозможности или ограничении выполнения им трудовых обязанностей».

Полагаем, что наше предложение, не нарушает логики законодателя и соответствует п.1 ст.18 Конституции РК, ст.144 ГК РК, устанавливающим право гражданина на неприкосновенность частной жизни и личную тайну, а

также их охрану [101]. Наши убеждения по данному вопросу не безосновательны и подтверждаются прямым указанием ст. 39 Конституции РК на то, что ограничение прав гражданина возможно в связи с необходимостью защиты прав и свобод человека, а также здоровья населения, ч.2. п.1 ст. 144 ГК РК, устанавливающей возможность раскрытия тайны личной жизни в случаях, предусмотренных действующим законодательством [31].

Иницируемый механизм согласуется с принципом добросовестного осуществления принадлежащих субъектам гражданских прав (п.4 ст.8 ГК РК), с положением о том, что они вправе осуществлять их постольку, поскольку это не влечет нарушения прав и законных интересов третьих лиц (п.3 ст.8 ГК РК) [31]. Согласно п.1 ст.144 ГК РК гражданину обеспечивается личное неимущественное право на охрану тайны личной жизни, включая тайну медицинского работника. Передача таких сведений без согласия пациента в нашей концепции связана с его отказом от добровольного информирования, то есть сокрытием важной для обеспечения общественной безопасности информации, что, по нашему мнению, напрямую свидетельствует о недобросовестности осуществления принадлежащего ему права.

Правовая аргументация данного положения видится также и в том, что оно может способствовать не только защите третьих лиц, но и реализации законных интересов работодателя, поскольку он несет гражданско-правовую ответственность за вред, причиненный работником при исполнении им трудовых (профессиональных) обязанностей и, следовательно, должен обладать такой информацией для оценки рисков (ст.921 ГК РК) [5].

Важно отметить, что зарубежный законодательный опыт демонстрирует аналогичный подход к разрешению вопроса о разглашении тайны о пациенте, когда это продиктовано обеспечением безопасности здоровья или жизни третьих лиц. В Германии информация, составляющая врачебную тайну (*Ärztliche Schweigepflicht*), может быть разглашена с целью предотвращения угрозы и риска для пациента или третьих лиц [102]. В Великобритании, законодательное предписание не разглашать врачебную тайну (*Patient confidentiality*) без согласия пациента ограничивается случаями, когда интерес общества превышает интерес конфиденциальности [103]. Законодательством Канады установлена возможность разглашения «Confidentiality of health information» с целью предотвращения или снижения существенного риска, сопряженного с причинением вреда здоровью третьего лица или группы лиц [104]. В США передача информации о пациенте (*Medical Confidentiality*) не считается противоправной, если она обоснована серьезной угрозой здоровью или жизни пациента, а также третьих лиц (*duty to warn/notify*) [105].

В условиях стремительного развития цифровых технологий, когда все большее количество медицинской информации обрабатывается в электронном формате, эффективная правовая защита персональных данных становится необходимым условием для сохранения доверия граждан к системе здравоохранения и предотвращения возможных злоупотреблений. Нормы, направленные на обеспечение защиты таких данных, способствуют созданию

правовых гарантий, которые регулируют процессы сбора, хранения, обработки и передачи информации, предотвращают дискриминацию и обеспечивают соблюдение прав пациента в цифровой среде.

Кодекс «О здоровье народа» устанавливает недопущение включения и использования в автоматизированных базах данных без разрешения пациента информации персонализированного характера, касающейся его частной жизни.

Согласно закону также не допускается подключение автоматизированных баз данных, имеющих персонализированный характер, к сетям, связывающим их с другими базами данных, без разрешения пациентов при использовании информации персонализированного характера, касающейся их частной жизни (п.6 ст.273 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Ввиду развития научно-технического прогресса, телемедицины, внедрения компьютерной обработки медицинской информации, развития новых информационных систем позиция законодателя по данному вопросу представляется более чем обоснованной. Бум инновационных технологий, популяризация Интернета и дистанционных услуг диктуют новые правила в обеспечении конфиденциальности информации, защиты данных от незаконного доступа и утечки.

Учитывая это, вопросы информационной безопасности и ее правового обеспечения находятся в поле внимания государства постоянно. Так, на постоянной основе ведется активная работа над обновлением требований к медицинским информационным системам. Защита медицинских данных, включая сведения, составляющие тайну медицинского работника, достигается путем установления дополнительных нормативов по контролю доступа, защите персональных данных, предотвращению сбоя, индивидуальному учету, мониторингу за активностью пользователей для всех субъектов здравоохранения, независимо от формы собственности.

Анализ развития института «тайны медицинского работника» показывает, что мнения исполнителей медицинских услуг как относительно ее содержания, так и относительно морально-этических аспектов ее разглашения в разные периоды колебались от полного отрицания возможности существования закрытой информации о состоянии здоровья пациента [106, с.252] до убежденности в необходимости абсолютного ее сохранения при всех обстоятельствах, «...включая все данные, подлежащие персонализированному медицинскому учету» [107, с.41]. Сегодня юридический подход к указанной проблеме отличается четкой определенностью. Признание за информацией (в том числе за тайной медицинского работника) характера объекта гражданских прав, позволило законодателю определить формы ее выражения и урегулировать порядок ее сбора, хранения и распространения.

При нарушении законных прав пациента, он вправе потребовать компенсации причиненного ему морального вреда. Следует отметить, что пациент вправе воспользоваться этим способом защиты, только если исполнитель медицинской услуги виновно нарушает его права. Это же положение установлено ст. 951 ГК РК, а также ст. 21 Закона «О защите права потребителей».

Представляется, что компенсация морального вреда за разглашение тайны о пациенте независимо от вины причинителя была бы более справедливой, а такое решение законодателя – гуманным по отношению к потерпевшему. Такая возможность предусмотрена гражданским законодательством, конкретно ст.951 ГК РК, устанавливающей основания для его компенсации на безвиновной основе. Среди них, в том числе случаи, когда: «... вред причинен жизни и здоровью гражданина источником повышенной опасности; ... вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию ...» [5] Думается, что предоставление потерпевшей стороне такого преимущества, продиктовано стремлением законодателя защитить самые важные для гражданина неимущественные блага и права, а также обеспечить их защиту.

Разглашение сведений, составляющих тайну медицинского работника, на наш взгляд, однозначно вызывает для потерпевшей стороны психоэмоциональные последствия: переживания, связанные с оглаской, чувства тревоги и раздражения, неполноценности в глазах общества, безнадежности. Изменение законодательства в части установления возможности компенсировать моральный вред независимо от вины будет стимулировать медицинских работников к надлежащему исполнению своих обязанностей, защитят право гражданина на личную тайну и обеспечат жесткие границы частной жизни от несанкционированного вмешательства.

Когда нарушение тайны происходит вследствие огласки в средствах массовой информации, защиту права следует помещать в рамки иска о защите чести, достоинства и деловой репутации.

Несмотря на относительно небольшое количество исков, рассмотренных по делам о разглашении врачебной тайны, соблюдение соответствующих нормативных положений должно стать стандартом отечественной медицины в лучших традициях мировых держав, являющихся примером абсолютного обеспечения конфиденциальности о пациенте. Однако нормы об обеспечении медицинской тайны все еще далеки от совершенства. Это подтверждает и практика правоприменения.

Так, в декабре 2022 года истица Ж. обратилась в Специализированный межрайонный административный суд Жамбылской области с иском к городской многопрофильной больнице о предоставлении сведений об умершей матери за период с 2016-2021 годы. Больница в их предоставлении отказала, ссылаясь на врачебную тайну. Суд, установив неопределенность правового регулирования доступа близких родственников к такой информации после смерти пациента и применив аналогию закона, признал отказ больницы нарушением и обязал его устранить [108].

Пациент имеет право на безопасную медицинскую услугу. В соответствии со статьей 11 Закона «О защите прав потребителей» «...потребитель имеет право на безопасность продукции» [62]. Установленные нормы понимают под продукцией товары, работы и услуги, в том числе медицинские – следовательно, каждый пациент имеет право на их безопасность, которая является составляющей их надлежащего качества.

Следует отметить, что обеспечение права пациента на безопасность является универсальным принципом защиты здоровья, признанным международными нормами и обязательным для реализации во всех странах, независимо от уровня их развития.

18 апреля 2024 года Всемирная Организация Здравоохранения представила первую в истории Хартию прав пациента на обеспечение безопасности (Patient Safety Rights Charter), содержание которой определяет основополагающие принципы политики, ориентированной на безопасность медицинской деятельности [109]. Под ней, согласно данному документу, понимается «отсутствие вреда, рисков его возникновения и (или) степень снижения допустимого вреда жизни и здоровью граждан, медицинских и фармацевтических работников, окружающей среде при осуществлении медицинской деятельности» [110].

В Хартии изложены 10 базовых основ, которые, по мнению ВОЗ, являются решающими для снижения рисков и предотвращения непреднамеренного вреда, включая право на безопасность процессов и методов оказания медицинской помощи. Ее значение заключается в том, что она устанавливает международные критерии обеспечения безопасности пациентов, направленные на унификацию правовых норм и практики их применения в разных странах. С целью их интеграции очевидно необходимой представляется корректировка казахстанского законодательства о здравоохранении, что будет способствовать гармонизации национальных стандартов безопасности медицинской помощи и приведению их в соответствие с международными нормами. Исходя из этого, следует проанализировать проблемы, возникающие в рассматриваемой сфере, и предложить конкретные методы и механизмы их решения.

Необходимо подчеркнуть, что критерии безопасности медицинских услуг в литературе, посвященной этой проблематике, чаще всего смещены в сторону риска медицинских мероприятий, как возможности наступления неблагоприятных для пациента последствий, вызванных обстоятельствами, за которые ни пациент, ни исполнитель не отвечают. Качество медицинской помощи нередко зависит от соблюдения санитарно-эпидемиологических норм, а также норм безопасности. Соблюдение норм безопасности связано с осуществлением деятельности медицинских организаций и квалифицированных врачей, направленной на обеспечение нормальной работы медицинской аппаратуры, а также на выявление факторов, влияющих на возможность возникновения неблагоприятных последствий, которые могут повлиять на качество оказания медицинской услуги. Для обеспечения безопасности медицинских услуг необходимо предвидеть риски для пациента и предотвращать их наступление.

На наличие риска в природе медицинской деятельности обращают внимание практически все ученые, занимающиеся проблемами медицинского права. Поскольку вся профессиональная деятельность исполнителей связана с действиями, способными повлечь непредвиденные и непрогнозируемые результаты, о безопасности можно говорить тогда, когда медицинский риск был обоснованным.

Критерии обоснованного и правомерного медицинского риска будут выявлены и обозначены нами далее, в данной части исследования отметим, что, поскольку, квалификационных параметров для анализа безопасности медицинских услуг не установлено, в этих случаях правоприменитель выносит решения в пользу пострадавших пациентов, ограничиваясь констатацией некачественно оказанной медицинской помощи. То есть нарушение безопасности предоставляемых медицинских услуг суды расценивают как общее нарушение условия договора об их качестве.

Следует отметить, что в правоприменительной практике встречаются и другие случаи. Одно из судебных решений, проанализированных нами в рамках нашего исследования, отражает позицию правоприменителя к нарушению требований о безопасности медицинских услуг.

Так, Судом №2 г. Караганды было вынесено решение по иску гр. П. к КГП «Областной психоневрологический диспансер» о возмещении материального и морального вреда в связи с гибелью ее дочери, находившейся на лечении в учреждении ответчика (дело №2-19150/215). По обстоятельствам дела было установлено, что пациентка самовольно покинула диспансер и совершила суицид. Истица считала, что гибель ее дочери произошла по вине медицинского учреждения, в результате халатности медицинского персонала, а также некачественно оказываемых медицинских услуг [108].

Истица указала в качестве основания поданного иска, ст.947 ГК РК, которая позволяет возмещать вред, причиненный жизни и здоровью гражданина, недостатками услуг (конструктивных, рецептурных и иных), независимо от вины исполнителя [5].

Условия внедоговорной ответственности, устанавливаемые на основании вышеизложенной нормы, включают в себя: противоправность действия (бездействия), вред (убытки), причинную связь. Истица указывала, что наличие вреда, причиненного ответчиком в результате ненадлежащих действий его медицинского персонала, налицо. Вред возник из-за отсутствия обеспечения безопасных условий пребывания и адекватного лечения ее дочери в медицинском учреждении. Не обеспечив безопасность ее лечения и пребывания в стационаре, ответчик лишил ребенка кормильца и родителей надежды на обеспеченную, спокойную старость, причинив, также, глубочайшие нравственные страдания.

Суд установил, что в соответствии со статьей 127 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» стационарная психиатрическая помощь должна оказываться в условиях, обеспечивающих минимальное ограничение прав пациента при обязательном соблюдении его безопасности. Законодательство в области здравоохранения возлагает на медицинскую организацию обязанность осуществлять круглосуточное медицинское наблюдение за пациентами, находящимися в стационарных отделениях, а также принимать все необходимые меры для обеспечения безопасности госпитализированного лица при оказании ему психиатрической помощи.

Комиссией, созданной приказом руководителя РГУ «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности по Карагандинской области Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан» №183, был установлен факт нарушения сотрудниками 4-го отделения КГП «Областной психоневрологический диспансер» требований законодательства о здравоохранении, а также положений их должностных инструкций. Суд пришел к выводу, что пациенту П. сотрудниками КГП «Областной психоневрологический диспансер» не было обеспечено круглосуточного медицинского наблюдения, не были приняты меры для обеспечения безопасности пациента П. при оказании ей психиатрической помощи, что привело к ее смерти [108]. На основании этого суд удовлетворил исковые требования истицы к КГП «Областной психоневрологический диспансер» о возмещении материального и морального вреда.

Данный кейс наглядно демонстрирует обоснованность нормативного закрепления требований, направленных на обеспечение безопасности всех медицинских услуг, в связи с необходимостью их использования для защиты прав пациентов (или исполнителей) в спорных случаях. Конкретизация данной характеристики позволит обеспечить объективность и дифференцированную оценку действий исполнителя медицинских услуг, поскольку смещает акцент на результат, при условии соблюдения требований.

Кодекс «О здоровье народа» содержит понятие «безопасность лекарственного препарата» и «безопасность медицинского изделия», оба из которых характеризуются признаком «отсутствия недопустимого риска», связанного с «...возможностью причинения вреда жизни, здоровью человека и окружающей среде» (ст.1 Кодекса «О здоровье народа») [7]. При этом безопасности медицинских услуг должно уделяться внимание. Не смотря на то, что характерной особенностью медицинского вмешательства является вероятность риска (наступления неблагоприятных последствий, связанных с обстоятельствами, которые иногда предвидеть и предупредить невозможно), полное игнорирование обеспечения безопасности медицинских услуг нормами законодательства о здравоохранении считаем значительным пробелом.

Представляется, что оказание безопасных медицинских услуг напрямую связано с безопасностью медицинской деятельности в целом. Она обеспечивается комплексом мер, направленных на предупреждение и преодоление рисков для пациента. К таким мерам можно отнести: установление требований к медицинским работникам, эффективности и безопасности медицинских изделий, санитарному состоянию учреждений, документообороту, внутреннему контролю качества медицинской деятельности, а также соблюдению правил техники безопасности исполнителями медицинских услуг и их потребителями.

Безопасность медицинских услуг, безусловно, является составляющей их качества, поскольку вследствие ее нарушения здоровью или жизни пациента может быть нанесен вред. С учетом этого государством разрабатываются и утверждаются стандарты оказания медицинской помощи, которые направлены на снижение неблагоприятных последствий, возникающих в результате

медицинского вмешательства. Качество оказываемых медицинских услуг достигается путем медицинского вмешательства, основанного на их соблюдении.

Особое значение имеют клинические протоколы – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента (ст.1 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Соотношение стандарта и клинического протокола состоит в том, что оба лежат в основе оказания медицинской помощи, выполняя при этом разные функции. «Протоколы разрабатываются с целью обеспечения целостности лечебно-диагностического процесса, преемственности и взаимосвязи на всех этапах оказания медицинской помощи» [111, с.14]. Важно отметить, что Кодекс «О здоровье народа» содержит прямое указание на их рекомендательный характер (п.3 ст.115) [7]. Они не относятся к нормативным правовым документам, хотя и содержат алгоритм действий исполнителя при оказании медицинских услуг.

Стандарты оказания медицинской помощи в Республике Казахстан разрабатывается с учетом национального законодательства и международных рекомендаций, утверждаются Министерством здравоохранения и представлены клиническими протоколами и требованиями к оснащению медицинской деятельности. Предписания, направленные на обеспечение безопасных для пациента условий, его подготовки к медицинскому вмешательству, использование лекарственных препаратов и медицинских изделий, исключающих риск причинения вреда его жизни и здоровью, являются важным и неотъемлемым элементом клинического протокола и составляют его содержание [112].

Следует отметить, что практика постсоветских государств, в части установления клинических рекомендаций, заметно отличается. Их разработка и внедрение направлено на повышение эффективности и качества медицинской помощи. Однако в зависимости от подхода они имеют разные функции. В Беларуси, Кыргызстане клинические протоколы (клинические руководства) носят нормативный характер и обязательны к соблюдению исполнителем [111, с.18]. Они являются составляющей медицинских стандартов и используются для экспертизы качества оказанных медицинских услуг. Клинические рекомендации, устанавливаемые в Российской Федерации и протоколы в Узбекистане (как и в Казахстане), носят рекомендательный характер, хотя на их основе разрабатываются стандарты оказания медицинской помощи [111, с.19].

В некоторых зарубежных странах преимущественно с частной системой здравоохранения, основанной на страховании, прослеживается тенденция на придание протоколам общеобязательного характера [113, с.243]. Признавая то, что клинические протоколы являются основой для обеспечения безопасности медицинских услуг, считаем, однако, что такой подход значительно ограничивает возможности для развития современной медицины и замедляет научный прогресс.

Представляется, что именно рекомендательный характер клинического протокола соответствует принципу индивидуального подхода к пациенту при оказании ему медицинских услуг, что является залогом их эффективности. Он создает направление для исполнителя, позволяя ему отклоняться от заданного алгоритма с целью получения желаемого эффекта. При этом отступление от клинического протокола должно быть обоснованным и продиктовано интересами пациента, атипичностью его состояния, а также медицинскими показаниями.

Поскольку клинический протокол содержит индикаторы эффективности медицинских услуг, рекомендованных в нем, возможность исполнителя в сфере их оказания от него отступать придает проблеме обеспечения их безопасности актуальный характер. В целях ее решения, считаем необходимым сформулировать понятие «безопасность медицинских услуг» и установить обязанность медицинских работников ее обеспечивать. То есть выбирать из всех возможных приемов и способов те, которые минимизируют риски для пациента, в том числе в ситуациях, когда необходимо отступить от клинического протокола.

Предлагаем определять «безопасность медицинских услуг» как «отсутствие недопустимого риска, связанного с причинением вреда жизни и здоровью пациента, в процессе медицинского вмешательства» и дополнить п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа» данной дефиницией.

Данная формулировка выбрана, исходя из требований терминологической согласованности: она использует конструкцию «отсутствие недопустимого риска», уже закрепленную в законодательстве, для безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий, что обеспечивает единообразие закона; опирается на понятие «медицинское вмешательство», соотнесенное с категорией «медицинские услуги»; соответствует логико-родовым связям и системе критериев качества медицинской помощи, а также исключает противоречия внутри понятийного аппарата законодательства о здравоохранении.

В целях обеспечения права пациента на качественное медицинское обслуживание считаем целесообразным дополнить п.1 ст.271 «Обязанности медицинских и фармацевтических работников» Кодекса «О здоровье народа» обязанностью следующего содержания: «обеспечивать безопасность медицинских услуг, включая случаи обоснованного отступления от клинического протокола».

К рисковому характеру медицинских услуг, способному повлиять на ответственность их исполнителя, мы обратимся в соответствующем разделе нашего исследования. Здесь же отметим, что наличие только стандартов, в соответствии с которыми должен действовать исполнитель, не всегда может обеспечить их безопасность. Безопасные медицинские услуги должны быть основаны на профессиональной оценке их потенциального риска и его максимальной минимизации для конкретного пациента, и такая обязанность исполнителя должна быть прямо предусмотрена нормами действующего законодательства.

Механизм контроля за обеспечением безопасности медицинских услуг должен быть основан на соблюдении медицинскими работниками регламентированных требований к документации, включающей обоснованное заключение выбора конкретной медицинской манипуляции. Такой порядок, по нашему мнению, может сделать экспертизу качества оказанных медицинских услуг более прозрачной, а процедуру проверки их на безопасность максимально достоверной.

Считаем, что закрепление на законодательном уровне понятия «безопасность медицинских услуг» может стать дополнительной гарантией в обеспечении соответствующего права пациента. Легализация данной категории позволит:

- осуществить внедрение международных стандартов и рекомендаций ВОЗ;
- определить безопасность как обязательный элемент деятельности исполнителя медицинских услуг, обеспечив единое понимание и единообразное применение этого требования;
- повысить эффективность экспертизы качества оказания медицинской помощи;
- укрепить гарантии права пациента на защиту;
- трансформировать это понятие из декларации в юридически значимую обязанность исполнителя медицинских услуг управлять рисками и повысить его ответственность;
- создать правовую основу для государственного контроля за качеством медицинских услуг;
- сформировать нормативные предпосылки для последующей разработки расширенного комплекса мер по обеспечению безопасности пациента;
- укрепить доверие населения к системе здравоохранения.

Пациент имеет право на качественную медицинскую услугу. Согласно п.1 ст.76 Кодекса «О здоровье народа» «государство гарантирует гражданам Республики Казахстан качество медицинской помощи» [7]. Если ранее понятие «качество медицинского обслуживания» законодательством о здравоохранении четко выработано не было, то действующий Кодекс «О здоровье народа» содержит положение, согласно которому «качество медицинской помощи – есть уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи» (п.п.180 п.1 ст.1) [7].

Как было отмечено ранее, правовое регулирование организации оказания медицинской помощи основано на принципе соблюдения действующих стандартов и клинических протоколов, которые носят рекомендательный характер и направлены на обеспечение эффективности и качества оказываемых медицинских услуг (п.3 ст.115 Кодекса «О здоровье народа»)» [7]. Тем не менее, даже подробно разработанный правовой механизм оценки качества медицинских услуг («через организацию и проведение внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»)» [114] не решает всех практических проблем.

Во-первых, это обусловлено спецификой медицинских услуг, качество которых определяется не только квалификацией их исполнителя, но и

совокупностью объективных факторов, включая условия их оказания, уровень оснащённости специальным оборудованием, обеспеченность медицинскими препаратами, своевременность обращения за медицинской помощью, добросовестность пациента.

В-вторых, оказание медицинских услуг характеризуется сложностью, изменчивостью, направленностью на организм пациента, по-разному реагирующий на медицинское вмешательство. Индивидуальные особенности обуславливают различную переносимость лекарственных препаратов, наличие противопоказаний. В этих условиях даже соответствующий уровень профессионализма и надлежащая квалификация исполнителя зачастую воспринимаются пациентом неадекватно, на фоне его неудовлетворенности. Объективные и субъективные факторы, влияющие на качество медицинских услуг, существенно затрудняют его оценку, как со стороны самого пациента, так и со стороны лиц, в чью компетенцию входит контроль за деятельностью исполнителей. В связи с этим следует учитывать, что претензии пациента не всегда свидетельствуют о ненадлежащем качестве оказываемых медицинских услуг. Чаще всего их потребительские свойства определяются субъективным восприятием, основанном на несоответствии ожиданий от полученного эффекта. Поэтому экспертиза качества медицинских услуг должна осуществляться через соответствие их стандартам.

Данный подход демонстрирует казахстанский правоприменитель. Так, Судом №2 г. Уральска в 2024 году рассматривалось дело по иску гражданина И. к ГП на ПХВ «Медицинский многопрофильный центр онкологии» (дело №2711-24-00-2/2663). Истец обратился с вышеуказанным иском, мотивируя его тем, что при поступлении в ММЦ, имело место халатное отношение со стороны врачей, выраженное в отказе лечить пациента, в связи с тяжестью степени заболевания. В результате отказа в оказании медицинских услуг ответчиком, истец понес материальные расходы, получая лечение в частных клиниках. В связи с неоказанием должной медицинской помощи, а также грубого отношения со стороны врачей, просит взыскать сумму материального ущерба и компенсацию морального вреда.

Судом было установлено, что согласно акту внеплановой проверки, инициированной РГУ «Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК по городу Астана» на основании обращения И. от 08 февраля 2024 года в отношении качества оказанной медицинской помощи, диагностические и лечебные мероприятия на уровне онкологической помощи в ММЦ соответствовали требованиям Приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2021 года №ҚРДСМ-112 «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан» и рекомендациям Клинического протокола диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 1 июля 2022 года «Рак легкого». Лечение, обследование и нейровизуализации в Центре были проведены согласно рекомендациям Клинического протокола диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 25 мая 2017 года

«Внутричерепное кровоизлияние». В связи с этим суд решил в удовлетворении иска И. о взыскании материального ущерба, возмещение морального вреда, – отказать [108].

Ранее нами была обоснована необходимость существования общих стандартов в медицине. Еще раз отметим, что отсутствие алгоритмов в рамках клинических протоколов может привести к произволу в сфере оказания медицинских услуг, и, как следствие – размытию четких критериев правомерности поведения исполнителей. Это, в свою очередь, породит проблемы в правоприменительной практике по делам о ненадлежащем исполнении договора об оказании медицинских услуг.

Подход, при котором полностью будут отсутствовать типовые способы диагностики и лечения, может обернуться либо злоупотреблениями в экспериментах и неоправданным профессиональным риском со стороны исполнителей, либо напротив – их профессиональным бездействием. Такая неопределенность может превратить всю медицинскую сферу в область повышенного риска, сокращая гарантии оказания эффективной медицинской помощи.

Рассуждая о специфичности медицинских услуг, необходимо еще раз подчеркнуть важность изменения законодательства в части определения их предметных характеристик. Представляется, что поскольку качество медицинских услуг для пациента связано с получением положительного эффекта, который выражается в улучшении психофизиологического состояния, результату в виде «полезного эффекта» можно было бы придать правовое значение.

«Полезный эффект» характеризует ориентированность медицинских услуг на достижение общественно и юридически значимых целей – сохранение жизни либо улучшение состояния здоровья пациента, а его содержание раскрывается через соблюдение требований, к оказанию медицинской помощи и профессиональность деятельности исполнителя. Не смотря на внешнюю оценочность данного понятия, оно может обеспечить правовую квалификацию критерия результативности медицинского вмешательства. Его использование обусловлено спецификой предмета правового регулирования и отвечает требованиям юридической определенности в той мере, в какой это возможно в сфере медицинской деятельности.

Пациенту принадлежит право на личное исполнение медицинской услуги со стороны ее исполнителя. Данное право пациента обеспечивается действием ст. 684 ГК РК [5]. Личный характер исполнения обязательства по договору об оказании медицинских услуг вовсе не означает, что отдельные составляющие медицинских манипуляций или вся услуга в целом не может быть выполнена третьими лицами. Правовая возможность такого исполнения обусловлена информированным согласием пациента.

Фактическая необходимость участия третьих лиц в рассматриваемом нами обязательстве может быть вызвана отсутствием возможности оказать отдельные услуги, потребностью в специальном уходе за пациентом в условиях другого стационара, а также целесообразностью прохождения консультации по

направлению исполнителя у другого специалиста. Перечисленные обстоятельства возникают в лечебно-диагностическом процессе довольно часто, поэтому, особенное внимание следует уделять нормам, регламентирующим процесс участия третьих лиц в обязательствах об оказании медицинских услуг, для конкретизации субъекта ответственности.

Согласно п.3 ст.270 ГК РК обязательство не создает обязанностей для третьих лиц [31]. Однако в процессе оказания сложных медицинских услуг довольно распространенной является ситуация, когда при непрерывности процесса лечения для прохождения отдельных медицинских процедур пациента отправляют к другому специалисту. При этом оплата производится непосредственно исполнителю. Например, когда при установке зубного импланта в связи с оказанием стоматологических услуг требуется предварительное лечение десен или последующее совершение поддерживающих медицинских процедур. В вопросах ответственности исполнителей в данном случае, на наш взгляд, следует отталкиваться от солидарной природы возникающего обязательства, если его предмет неделим (медицинская услуга носит комплексный характер), а исполнение предполагает совершение врачебных мероприятий исполнителем и третьим лицом, которые ориентированы на единый результат.

Если применяемые не одним, а несколькими исполнителями к пациенту медицинские манипуляции носят дифференцированный характер, а предыдущая процедура не предопределяет объем и содержание последующих, отсутствует непрерывность и направленность в деятельности таких исполнителей на единый результат, отношения следует считать возникшими из отдельных договоров, ответственность по которым должна носить личный характер.

Итак, сложный характер договоров в сфере оказания медицинских услуг, обуславливает возможность участия третьих лиц в обязательствах. Тем не менее, не всегда такое участие подразумевает совершение именно медицинских действий. Если медицинское обслуживание пациента связано с предоставлением пациенту условий повышенной комфортности (персональной палаты, оборудованной современной техникой и отдельным санузлом), отдельного питания, услуг по хранению, дополнительного индивидуального ухода, к отношениям вполне применима конструкция смешанного договора, а в вопросах ответственности за ненадлежащее исполнение следует руководствоваться ст.381 ГК РК [31]. Иное может быть согласовано его сторонами или вытекать из его существа.

Пациент вправе требовать оказания медицинской услуги в определенный срок. Действующее законодательство в сфере охраны здоровья не содержит прямого регулирования сроков оказания медицинской помощи, ограничиваясь установлением специальных требований лишь в отношении сроков оказания скорой медицинской помощи (ст. 121 Кодекса «О здоровье народа»). Она должна оказываться экстренно и неотложно гражданам, если заболевание или состояние угрожает их жизни, либо когда необходимо такую угрозу устранить

на месте происшествия и (или) по пути следования в медицинскую организацию [7].

При отсутствии между сторонами согласованности по срокам исполнения медицинских услуг, он подлежит установлению путем толкования договора согласно п.2 ст.382 ГК РК [31]. Учитывая специфику медицинской деятельности, принимаются во внимание обстоятельства, ставшие причиной обращения пациента за медицинской помощью, прогнозы, объем медицинских процедур, способы их осуществления, необходимость предварительной подготовки пациента и т.д.

Характеризуя элементы договора об оказании медицинских услуг, мы обращали внимание на то, что срок в договоре должен быть согласован как существенное условие, что способствует определенности правоотношений, возникающих между исполнителем и пациентом и обеспечению прав последнего. Принимая во внимание характер медицинских услуг, спрогнозировать эффект от которых не всегда представляется возможным точно по времени, а также учитывая риски, которые могут повлиять на своевременность их оказания, исполнителю следует определять срок с точки зрения разумности для состояния здоровья отдельно взятого пациента. Необходимо учитывать особенности лечебно-диагностических процедур, в которых он нуждается, содержание медицинских стандартов, внешние обстоятельства, сопутствующие оказанию медицинских услуг, а также уровень современных достижений. При этом разумный срок может включать в себя время для подготовки пациента к медицинскому вмешательству и период реабилитации после его осуществления.

Представляется, что согласованный разумный срок по договору должен позволять исполнителю оказать качественную услугу, соответствовать критериям объективности с учетом обстоятельств, связанных с конкретным пациентом, и быть ориентированным на работу безупречного медицинского учреждения, обладающего необходимыми ресурсами и специалистами. Особое юридическое значение имеют случаи, когда пациент не исполняет свои обязанности, что лишает возможности исполнителя провести или закончить медицинское вмешательство в согласованный срок. Такие ситуации следует рассматривать как просрочку кредитора.

По нашему мнению, срок в рассматриваемом договоре должен фигурировать как определенная категория (как минимум должен быть обозначен срок начала оказания медицинских услуг), поскольку современные медицинские достижения, техническая оснащенность медицинской деятельности, а также практический опыт и квалификация исполнителей позволяют прогнозировать его достаточно точно. Согласование сроков особенно важно, если медицинские услуги оказываются комплексно или несколькими исполнителями.

Пациент имеет право на выбор или замену врача и медицинского учреждения (ст.134 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Заключая договор с исполнителем, гражданин реализует свое право на выбор медицинского

учреждения, в котором он желает пройти курс диагностики, лечения, профилактики или реабилитации.

Исполнитель осуществляет деятельность посредством своих работников, поэтому пациент имеет также право на выбор конкретного специалиста, который непосредственно будет оказывать медицинские услуги и представлять его в соответствии с заключенным договором. Поэтому на исполнителя возложена обязанность предоставить услуги, без права замены его другим лицом без согласия пациента.

По общему правилу, услугодатель обязан оказать услугу в соответствии с заданием заказчика, то есть в соответствии с условиями договора. Специфика договора об оказании медицинских услуг такова, что задание заказчика будет менее конкретным, чем задание заказчика по договору туристического или гостиничного обслуживания. При этом степень его конкретизации должна позволять исполнителю определить комплекс действий, которые ему надлежит совершить (выбор методов лечения, объем и последовательность процедур и т.д.).

Учитывая специфику договора, возникающего в связи с оказанием услуг, а также согласно ст. 686 ГК РК от его исполнения может отказаться как заказчик, так и исполнитель. Осуществление данного права не связано с нарушением обязательства и применяется к правоотношениям, возникающим в связи с оказанием медицинских услуг, поскольку является частью Главы 33 ГК РК [5].

Регламентированное законом право пациента на отказ от договора в одностороннем порядке на любом этапе взаимодействия с исполнителем представляется вполне обоснованным. Прекращение медицинского вмешательства его волеизъявлением обеспечивается нормами, которые составляют основу осуществления права гражданина на физическую неприкосновенность и автономию. Поскольку медицинские манипуляции по отношению к пациенту согласно закону осуществляются с его информированного согласия, отказ от них также связан с его подтвержденным решением о прекращении терапии.

В теории медицинского права данный юридико-этический феномен носит название «добровольной пассивной эвтаназии», при которой отказ от жизнеобеспечивающих медицинских мер пациент осуществляет добровольно и осознанно. Статья 136 Кодекса «О здоровье народа» связывает его законность с обязательным оформлением и доступным разъяснением последствий со стороны исполнителя [7]. С целью спасения жизни несовершеннолетних и недееспособных в связи с принятием решения об отказе от медицинского вмешательства их законными представителями исполнитель вправе обратиться в суд [7].

Следует отметить, что активная эвтаназия в Казахстане запрещена, согласно ст.154 Кодекса о здоровье народа [7]. Запрет на умерщвление пациентов установлен законодательством большинства государств, где такое деяние рассматривается как уголовное. Данное решение законодателя поддерживается не всеми учеными, а потенциальная возможность легализации эвтаназии время от времени вызывает резонансную полемику в обществе.

Так, М.Н. Малейна выдвигает предложение легализовать эвтаназию, установив в качестве условий ее правомерности сознательное и выраженное желание пациента при единогласно коллегиальном врачебном подтверждении необратимости его состояния, невозможности облегчения боли и иных тяжелых проявлений доступными в медицине способами, уведомлении органов прокуратуры [69, с.73].

Подобной позиции придерживаются также отдельные казахстанские ученые, например, А.Е. Даутбаева-Мухтарова, которая считает, что при установлении ясных правовых механизмов эвтаназии и определения критериев ее допустимости, она должна быть легализована [11, с.34].

Полагаем, что, такая позиция юридически уязвима и не согласуется с основными целями медицинской деятельности, а также создает коллизии с конституционным принципом охраны жизни как наивысшей ценности. Представляется крайне затруднительным выработать четкие и допустимые нормативные критерии эвтаназии (степень страданий, объем информативности, порядок принятия осознанного решения), поскольку она ведет к необратимым для жизни последствиям. И, наконец, главным аспектом, является отсутствие возможности предупредить и исключить конфликт интересов и риски, связанные с давлением на пациента. К тому же по нашему мнению, легализация эвтаназии вступала бы в концептуальное противоречие с общей тенденцией, направленной на усиление соблюдения права на жизнь в соответствии с международными стандартами и на уровне государства.

В соответствии с пунктом 1 статьи 686 Гражданского кодекса Республики Казахстан, отказавшийся от услуг заказчик, обязан возместить исполнителю фактически понесенные им расходы, возникшие в связи с исполнением обязательства (компенсировать реальный ущерб). В случае отказа от договора до начала его исполнения, заказчик компенсирует исполнителю те расходы, которые возникли у него в связи с подготовкой к оказанию услуг. Если отказ происходит в процессе оказания услуг, заказчик компенсирует исполнителю фактические расходы, понесенные для исполнения той части обязательства, от которой он отказался. При этом частично потребленные услуги подлежат оплате в соответствии со ст. 647 Гражданского кодекса Республики Казахстан [5].

Неотъемлемой составляющей правового статуса пациента, кроме вышеперечисленных, являются также права, закрепленные в ст. 134 Кодекса «О здоровье народа»:

«- на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям;

- на медицинскую помощь в очередности, определяемой исключительно на основе медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов;

- на выбор, замену врача или медицинской организации, предоставляющих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) социального медицинского страхования, за исключением оказания экстренной и неотложной помощи;

- на оповещение о том, что в медицинской организации ведутся аудио- и (или) видеонаблюдение и запись;
- на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий;
- на получение независимого мнения о состоянии своего здоровья и проведение консилиума;
- на отказ от участия в учебном процессе, а также от присутствия третьих лиц при проведении лечебно-диагностических процедур;
- иные права, предусмотренные законами Республики Казахстан» [7].

Данные права характеризуются публично-правовой природой и являются элементами нормативной и этически-профессиональной регламентации деятельности субъектов здравоохранения. Они выступают в качестве императивных регуляторов, обеспечивающих защиту прав пациента, и не могут быть предметом частного межсубъектного согласования.

Статус пациента составляет совокупность прав, установленных законодательством о защите прав потребителей. Необходимость такого законодательного регулирования отношений по договору об оказании медицинских услуг, диктуется «слабостью пациента», выступающего его стороной. Большинство авторов разделяют эту точку зрения [115]. Особенности фактического неравенства обусловлены некомпетентностью пациента, его зависимым положением, ввиду чего он не способен определить объем медицинских услуг, оценить их качество и безопасность. Степень нуждаемости в услуге определяет исполнитель, а положение пациента усугубляется состоянием беспомощности, страха, неуверенности на фоне болезни и стресса [116, с.112]. Воздействие этих и других сопутствующих факторов превращает пациента в настолько уязвимого субъекта, что, в большинстве случаев он не может принимать решения осознанно, полностью доверяет специалисту и надеется на то, что последний будет действовать исключительно в его интересах.

Для современного гражданского оборота характерно стремление законодателя защитить слабую сторону, путем предоставления ей дополнительных прав либо усиления гражданско-правовой ответственности взаимодействующего с ней субъекта. В отечественной традиции для этого устанавливаются нормы, предоставляющие потребителю право возместить причиненный здоровью вред в полном объеме независимо от вины, если нарушения связаны с недостатками медицинских услуг. На это же направлены нормы, обеспечивающие потребителю право на возмещение морального вреда независимо от восстановления его имущественного положения нарушителем (при наличии вины исполнителя).

Важно отметить, что в современных публикациях все чаще обосновывается мнение о том, что деятельность всех медицинских организаций обязательно должна подпадать под действие законодательства о защите прав потребителей [117, с.77; 65 с.251], тем самым подчеркивается значимость статуса пациента и необходимость в обеспечении дополнительных гарантий для осуществления принадлежащих ему прав.

Формируя статус заказчика, законодатель предусматривает для него основную обязанность по договору об оказании медицинских услуг согласно п.1 ст.685 ГК РК - их оплатить: «заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, которые указаны в договоре» [5]. Из смысла п.1 ст.685 ГК РК следует, что оплачивается оказанная услуга после ее завершения. Дополнительное применение статьи 623 ГК РК позволяет говорить о том, что заказчик обязан уплатить обусловленную цену после завершения оказания услуги, если договором не предусмотрены иные условия расчетов между сторонами [5]. Таким образом, порядок и сроки оплаты услуг урегулированы законом диспозитивно. Когда заключение договора осуществляется заказчиком, который сам пациентом не является, обязанность по оплате услуг исполнителя возлагает по договору на него.

Пациент обязан оказывать содействие исполнителю медицинских услуг, то есть совершать действия, необходимые для оказания услуги. Эта обязанность вытекает из смысла действующего законодательства, и имеет существенное значение для исполнения договора в целом. Само содействие, на наш взгляд, определяется рядом составляющих действий.

Во-первых, в качестве основной обязанности пациента выступает точное следование предписаниям и назначениям исполнителя в процессе оказания медицинских услуг (п.п.3 п.1 ст.135 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Соответствующие указания формируются исходя из содержания оказываемых услуг и адресуются пациенту с учетом его возможностей им следовать. Правовое значение такого взаимодействия пациента с исполнителем оценивается учеными неоднозначно.

А.В. Тихомиров считает юридически порочными условия договора, которые устанавливают обязанность пациента соблюдать режим либо распорядок лечебного учреждения, где находится пациент [28, с.54].

М.Н. Малеина напротив, признает за ними характер правомерных, но добровольных, а их юридическую значимость обосновывает невозможностью достигнуть цели без осуществления содействия исполнителю медицинских услуг. [69, с.31].

А.Н. Савицкая полагает, что обязанность пациента следовать предписаниям врача является гражданско-правовой, и ее исполнение зависит от воли пациента. Ее невыполнение не считается противоправным поведением, так как расценивается как неосуществление субъективного права. В связи с этим, обязанность следовать лечению не может быть обеспечена государственным принуждением [19, с.46].

М.Ю. Федорова пишет, что, не смотря на безусловную субъективную природу прав пациента, которая определяется гарантированной возможностью его осуществления, здоровье является социокультурной категорией, затрагивающей общество, поэтому особое значение при заключении договоров следует придавать четкому установлению его обязанностей [118, с.96].

Разделяя мнение М.Ю. Федоровой, отметим, что с одной стороны невыполнение предписаний исполнителя не может рассматриваться как нарушение обязанности, поскольку противоречит главному принципу

рассматриваемых нами договорных отношений – обеспечение права на личную неприкосновенность. Однако без оказания содействия исполнителю невозможно достичь главной цели договора и получить полезный эффект от медицинских услуг. К тому же правовое регулирование любых договорных отношений должно предусматривать баланс в обеспечении прав и интересов обеих сторон. Так, наделение пациента правом выполнять предписания препятствует возложению на него ответственности за неблагоприятный исход. Такой подход необоснованно размывает границы ответственности исполнителя по договору, что представляется юридически некорректным. Полагаем, что заключая договор, пациент все же становится обязанным соблюдать предписания исполнителя субъектом, поскольку от этого зависит успешность медицинского вмешательства.

Во-вторых, качественное оказание медицинских услуг напрямую связано с предоставлением исполнителю необходимой информации о пациенте. Пациент обязан сообщать исполнителю информацию, необходимую для диагностики и лечения, то есть для успешного оказания услуг (п.п.3 п.1 ст.135 Кодекса «О здоровье народа») [7].

Содержание и полнота информации зависит от конкретной ситуации, однако во всех случаях она должна содержать сведения, идентифицирующие личность пациента, его контактные данные, а также те, которые необходимы для проведения медицинского вмешательства. Исполнитель систематизирует информацию на основе ретроспективного анамнеза. Для правильной фиксации истории болезни и точной диагностики она должна быть полной, достоверной и может предоставляться исполнителю, как заказчиком, так и получателем услуги, если они не совпадают в одном лице (например, при заключении договора законным представителем несовершеннолетнего или недееспособного лица). Целесообразным видится закрепление перечня такой информации, в действующем законодательстве, что позволит конкретизировать ее содержание при заключении договора, а также избежать проблем в определении ее надлежащего (ненадлежащего) характера.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение пациентом требований на основании п.2 ст.284 ГК РК освобождает исполнителя от ответственности, если законодательными актами или условиями обязательства не установлено иное. Отсюда, если невозможность исполнения договора связана с нарушением предписаний исполнителя, он вправе отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в части или полностью. Учитывая специфику медицинских услуг, видится необходимым нормативное закрепление положения о том, что данным правом исполнитель может воспользоваться только в случае, если это не угрожает жизни пациента и здоровью и безопасности окружающих.

Отдельного рассмотрения требуют ситуации неправомерного поведения пациента, связанного с осуществлением противоправных действий в отношении исполнителя. П.2 ст. 135 Кодекса «О здоровье народа» содержит указание на то, что пациент обязан проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт [7]. В большинстве случаев ненадлежащие поступки у самих пациентов не вызывают чувства ответственности,

списываются на аффект, объясняются болезненным состоянием. Тем не менее, совершаемые действия, влекут административную, гражданско-правовую и уголовную ответственность, если они связаны с оскорблением, хулиганством, причинением вреда. Параллельно такое поведение может выступать основой невозможности исполнения договора по вине заказчика, при этом услуги исполнителя подлежат оплате полностью в силу п.2. ст.685 ГК РК [5].

К обязанностям пациента, предусмотренным законом, относятся также (ст.135 Кодекса «О здоровье народа»):

- принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;
- соблюдать правила внутреннего распорядка и бережно относиться к имуществу медицинской организации, сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинской помощи;
- своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случае возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них;
- не совершать действий, нарушающих права других пациентов;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан [7].

Учитывая, что договор об оказании медицинских услуг является синаллагматическим, права и обязанности исполнителя определяются, исходя из содержания прав и обязанностей пациента, и не нуждаются в отдельном анализе. Отметим, что они носят не только договорной характер, но также устанавливаются отраслевым законодательством.

Так, ст.271 Кодекса «О здоровье народа» предусматривает обязанности медицинских работников по: «... содействию профилактике заболеваний, укреплению здоровья, пропаганде здорового образа жизни среди населения Республики Казахстан; оказанию медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией, служебными и должностными обязанностями; привлечению в необходимых случаях для консультации специалистов другого профиля или более высокой квалификации; неразглашению сведений о болезнях, интимной и семейной жизни пациента; непрерывному повышению профессионального уровня; назначения лекарственных средств под международным непатентованным наименованием, за исключением случаев индивидуальной непереносимости пациента» [7].

Права и обязанности сторон по договору определяют содержание взаимных обязательств, устанавливают границы реализации и защиты интересов его участников и формируют основы юридической ответственности.

Вместе с тем, именно ответственность исполнителя является центральным объектом исследования в большинстве источников, посвященных проблемам медицинского права, находится под непрерывным вниманием государства, и в большинстве своем формирует практику применения норм о защите прав в сфере здравоохранения. Обратимся к ее характеристикам и проблемам правового регулирования в данной сфере.

2.2 Содержание гражданско-правовой ответственности исполнителя медицинских услуг

Проблемы ответственности в гражданском праве занимают центральное место. Их актуальность связана с функцией государства по созданию правовых механизмов, обеспечивающих защиту нарушенных прав. В качестве ее основного субъекта в обязательствах, возникающих в связи с медицинским обслуживанием, выступает исполнитель. При взаимодействии с пациентом, на него возлагается договорная и деликтная ответственность, предусмотренная нормами гражданского законодательства.

Следует отметить, что в советский период и некоторое время на постсоветском пространстве ответственность медицинских работников наступала на основании императивных установлений, являющихся частью административного и уголовного законов. Тоталитарный режим и регламентация отношений по оказанию медицинской помощи закрытыми ведомственными актами Министерства здравоохранения, предопределяли страх перед системой и правовую неграмотность советских пациентов, создавали условия для ограниченной защиты нарушенных прав при зависимой от государства и работающей на него судебной системе. Все это препятствовало развитию института гражданско-правовой ответственности в медицинской сфере.

Возобновление интереса к проблемам гражданско-правовой ответственности в медицинской сфере было обусловлено появлением частной медицины, постепенным переходом к новому регулированию отношений, направленных на обеспечение права граждан на качественную медицинскую помощь.

Ю. Г. Басин подчеркивал, что юридическая ответственность была и остается одним из основных институтов, поскольку обеспечение защиты нарушенного права позволяет превратить его декларативный характер в воплощаемый [119, с.9]. Ее признаками являются государственное принуждение, наличие неблагоприятных последствий для правонарушителя. Гражданско-правовая ответственность направлена на восстановление имущественной сферы потерпевшего, носит компенсационный характер, а также осуществляет предупредительную и штрафную функции.

Гражданско-правовая ответственность исполнителя связана с неисполнением или ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей, вследствие чего жизни или здоровью пациента наносится вред. Административная или уголовная ответственность, возникающая вследствие совершения медицинского правонарушения, не лишает потерпевшего права возместить причиненный вред в гражданско-правовом порядке. Профессиональная гражданско-правовая ответственность исполнителя обладает существенной спецификой, значит, выявление оснований ее возникновения, теоретическое осмысление особенностей содержания, конкретизация оснований для ее ограничения, представляются особенно актуальными для практики применения норм в правовых спорах.

Специальные нормы об ответственности по договору об оказании услуг (в том числе медицинских), в ГК РК (гл.33) отсутствуют. Это создает основу для правовой неопределенности и несогласованности правоприменительной практики, а также усложняет разрешение медицинских споров. Ввиду специфики медицинских услуг подход к ответственности в данной сфере должен отличаться, и на это обращают внимание ученые-исследователи [120, с.36].

В большинстве литературных источников обосновывается деликтный характер ответственности исполнителя за вред, причиненный ненадлежащим оказанием медицинских услуг с распространением на них правил главы 47 ГК РК «Обязательства, возникающие вследствие причинения вреда» [121]. В некоторых содержится указание на их договорную природу [122, с.106]. Третья группа работ основана на точке зрения, согласно которой за ненадлежащее оказание медицинских услуг ответственность в одних случаях носит договорной характер, в других – деликтный [16, с.49].

Представляется, что при разрешении этого вопроса необходимо исходить, в первую очередь, из интересов потерпевших пациентов. Устанавливая режим договорной или деликтной ответственности, законодатель руководствуется тем, нормы какой из них будут эффективнее воздействовать на участников гражданского оборота, стимулируя их к принятию оптимальных решений в каждой конкретной ситуации.

Гражданское законодательство, определяя нормы ответственности, предоставляет возможность предъявления иска из деликта при наличии заключенного договора. Согласно ст.936 ГК РК, если вред, причиняется жизни и здоровью гражданина в связи с неисполнением договорных обязательств, он подлежит возмещению согласно правилам о деликтной ответственности. Если же законодательными актами или договором для такого рода отношений предусмотрена повышенная ответственность, применяются правила, установленные в них. Такое нормативное решение обусловлено задачей государства наиболее полно обеспечивать права и интересы граждан, поскольку внедоговорная ответственность является более строгой и предоставляет повышенные гарантии правовой защиты лицам, претерпевшим вред.

Заслуживает внимания мнение отдельных авторов о том, что вред причиненный личности, может носить только деликтный характер, независимо от того, состоит он в каких-либо правоотношениях с причинителем вреда или нет, так как человек всегда субъект, а не объект соответствующих правоотношений [123, с.101].

Мы полностью разделяем точку зрения тех ученых, которые полагают, что конкуренция исков (из договора или из деликта) в данном случае возможна. Налагая на исполнителя гражданско-правовую ответственность, следует руководствоваться ее договорной природой, за исключением случаев причинения вреда жизни или здоровью пациента, для которых законом или договором предусмотрен ее повышенный характер. В этих случаях должны

применяться нормы о деликтах. Такой подход будет способствовать единообразию практики применения и интересам пациентов.

В основании гражданско-правовой ответственности исполнителя в сфере оказания медицинских услуг лежит состав гражданского правонарушения, состоящий из четырех элементов: причинение пациенту вреда, противоправность поведения, причинная связь между противоправным поведением и вредным результатом, вина.

Гражданско-правовая ответственность исполнителя, прежде всего, охраняет пациента от вреда, который может быть нанесен при оказании ему медицинских услуг. Его наличие следует связывать с возникновением нового или прогрессированием уже существующего заболевания, изменением функций органов, иными физиологическими расстройствами и дефектами, которые находятся в причинной связи с их оказанием. Полагаем, что оценка данного элемента не представляет юридических сложностей, а возникновение последствий, связанных с дефектами в оказании медицинских услуг, легко проследить через анализ данных, зафиксированных в медицинской документации. Другое дело – противоправность поведения исполнителя.

Понятие противоправности рассматривается в контексте исследования гражданского правонарушения многими цивилистами. В частности, Г.Ф. Шершеневич понимает ее как: «действие, запрещенное объективным правом» [124, с.392].

О.С. Иоффе считает, что противоправность состоит в неправомерности, нарушении норм действием или бездействием, в договорном обязательстве она проявляется через нарушение его условий, которые должны выполняться его сторонами [125, с.255].

Н.Д. Егоров связывает ее с причинением вреда гражданину, организации или их имуществу [126, с.278].

Противоправность отражает суть правонарушения и его определяет. В связи с этим, следует согласиться с мнением М.К. Сулейменова и Ю.Г. Басина, которые утверждают, что единственным условием, которое применяется всегда и без которого невозможна гражданско-правовая ответственность – это противоправность нарушения субъективного гражданского права [127, с.704].

В.В. Витрянский считает, что договорная ответственность связана с неправомерностью - нарушением норм права, которое имеет место при неисполнении или ненадлежащем исполнении договора [56, с.708].

Последняя точка зрения представляется более точной, позволяющей корректно оценивать противоправность действий или бездействия исполнителя в сфере оказания медицинских услуг. Неправомерным поведение будет тогда, когда, действуя или бездействуя, субъект нарушает закон или субъективное право другого. Противоправным – в случае нарушения установленных норм. Эти понятия являются близкими по смыслу, однако в контексте исследуемого института гражданско-правовой ответственности в сфере оказания медицинских услуг имеют равнозначное значение в оценке поведения исполнителя.

Должное поведение исполнителя, как правило, определяется:

1) его профессиональной принадлежностью (врач, медсестра);

2) специальностью (окулист, хирург, гинеколог);

3) общей подготовленностью и уровнем общемедицинских знаний (для общего диагностирования состояния пациента с определением дальнейшей тактики в выборе лечения и специалиста).

Оценку медицинских действий (с целью установления признаков противоправности) следует производить не только по последствиям и уровню профессионализма исполнителя, но и на основе современного состояния медицинской науки и практики. Экспертиза качества оказания медицинской помощи связана с соответствием ее содержания клиническим протоколам: «... научно доказанным рекомендациям по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента» [114].

Практика применения казахстанских судов отражает содержание существующего в науке подхода к определению неправомерности.

В Суд №2 г. Караганды обратилась истица Б. с иском к КГП «Областная клиническая больница» Управления здравоохранения Карагандинской области, мотивируя свои требования тем, что ей был причинен моральный вред, в связи с неправомерным поведением медицинских работников. 12.12.2023 года она поступила в больницу со схватками (дело №3512-24-00-2/6859). После проведения операции путем кесарева сечения у нее возникли осложнения, а в результате халатного по ее мнению отношения врачей, которые ненадлежащим образом оказывали ей медицинскую помощь, и не реагировали на ее жалобы, они привели к потере детородного органа. Удаление матки, по мнению истицы, нанесло ей психологическую травму, поскольку лишило ее возможности иметь детей и испытывать чувство беременности. Б. оценила причиненный ей моральный ущерб суммой 300 000 000 тенге и просила суд взыскать эти деньги с ответчика.

Суд, оценив доказательства по делу, опираясь на экспертное заключение, в содержании которого указывалось на упущенные возможности при оказании медицинской помощи в Областной клинической больнице, расценил как противоправность то, что при оказании медицинской помощи были нарушены: протокол диагностики и лечения №36 «Послеродовый эндометрит» от «27» декабря 2017 года; п.82 Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года №ҚР-ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан». Суд удовлетворил исковые требования истицы частично и взыскал с ответчика моральный вред в сумме 5 млн. тенге [108].

Другим примером является решение суда №2 г. Караганды по резонансному делу о возмещении вреда, причиненного в ходе осуществления медицинских манипуляций, ребенку истца Р.О. (дело № 3512-17-00-2/19182). Медицинскими работниками в качестве действующего вещества очистительной клизмы была введена перекись водорода 6%, что повлекло вред здоровью ребенка и переживания (моральный вред) для его родителей. Суд установил факт ошибочного введения раствора перекиси водорода вместо физраствора, что подтверждалось результатами проверки РГУ Департамента Комитета контроля

медицинской и фармацевтической деятельности по Карагандинской области Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Противоправность действий медицинского персонала, по мнению суда, выразилась в нарушении должностных обязанностей постовой медицинской сестрой Б. и процедурной медицинской сестрой Г. – не выполнено оснащение рабочего места, нарушено выполнение лечебных мероприятий, назначенных врачом, нарушены требования о своевременном прерывании процедуры для выяснения причины необычной реакции у ребенка [108].

Важно отметить, что клинические протоколы носят рекомендательный характер, поэтому не является безошибочной оценка правильности медицинских действий исключительно на основании имеющихся инструкций и приказов, издаваемых уполномоченными органами здравоохранения. Мнения ученых по данному вопросу сходятся в том, что положения медицинской науки служат основным индикатором надлежащего (ненадлежащего) характера медицинских действий [128, с.4; 129, с.17]. Поэтому противоправность действий исполнителя определяется отступлением от медицинских правил и клинических протоколов в процессе оказания медицинской помощи, если такое поведение влечет смерть или ущерб здоровью пострадавшего пациента.

К тому же приказы или инструкции не всегда полностью регламентируют деятельность исполнителя, а его действия осуществляются в связи с объективными и субъективными обстоятельствами, которые в них не описаны. Зарубежные эксперты в подобных случаях оценивают правильность его действий с позиций «среднего врача» (average doctor), в частности - обладал ли нарушитель «набором общетеоретических знаний и практических навыков, которыми должен обладать «среднестатистический» представитель данной специальности на современном этапе развития медицинской науки» [130, с.5].

Установление стандарта оказания медицинских услуг, через соответствие действиям обычного специалиста характерно для большинства стран, чья практика разрешения медицинских споров демонстрирует наиболее эффективный подход к соблюдению баланса в обеспечении права пациента и исполнителя. В Австрии суды при оценке качества медицинских услуг используют подход, в соответствии с которым, поведение врача не расценивается как ненадлежащее, если, отступление от правил медицинской практики было связано с предотвращением риска для пациента, обеспечением его безопасности, а избранный способ медицинского вмешательства соответствовал авторитетному опыту специалиста данной сферы [131].

Основой английского прецедентного права в сфере рассматриваемых нами отношений является тест Болэма (Bolam test) (судебный прецедент *Bolam v. Hospital Management Committee* (1957)). В соответствии с ним действия исполнителя при медицинском вмешательстве не могут рассматриваться как небрежные, если они соответствуют стандарту поведения обычного врача соответствующей специальности со средними способностями [132]. При аналитической оценке действий медицинского работника учитывается не только соответствие тактике обычного специалиста, но и практике, одобренной

авторитетными медицинскими компаниями (судебный прецедент *Maynard v. West Midlands Regional Health Authority* (1985)) [133].

Считаем, что при решении аналогичного вопроса отечественному правоприменителю следует перенять данный опыт, поскольку он может способствовать правильному анализу действий исполнителя медицинских услуг с точки зрения их надлежащего (ненадлежащего) характера.

Для квалификации противоправности необходима неправильность медицинского действия. Представляется, что неблагоприятные исходы в сфере оказания медицинских услуг их исполнителем весьма специфичны. А смерть пациента или осложнения в процессе лечения могут наступать также на фоне правомерных действий исполнителя. Поэтому следует согласиться с мнением тех ученых, которые полагают, что даже при наличии установленной причинной связи, оценка неправомерности действий (бездействия) медицинского работника должна проводиться через доказывание факта его отклонения от необходимого поведения, которого требовала ситуация [134, с.45]. Исходя из этих позиций, ответственность должна наступать за любые формы медицинского вмешательства, осуществляемые с необоснованным отступлением от установленного правилами и стандартами регламента.

Современные авторы все чаще обращают внимание на вопросы квалификации поведения исполнителя как неправомерного, если оно выражается в злоупотреблении правом [135, с.79; 136, с.7]. Подобное недобросовестное поведение встречается часто и связано с отсутствием у пациента специальных медицинских знаний, что приводит к нарушению его прав. Данный подход, по нашему мнению, способен укрепить основы защиты прав пациентов и предупредить нарушения, связанные с превышением профессиональных полномочий исполнителями.

Вина в качестве субъективного основания ответственности проявляется лишь в соединении с другими элементами состава правонарушения. Под виной (умышленной или неосторожной) обычно понимается психическое отношение лица к своему поведению и его результатам.

Но в последние годы, как отмечает Ю.Г. Басин, понятие вины изменилось. Она раскрывается через поведенческие категории, т.е. «... критерий установления вины сместился к оценке использования нарушителем всех зависящих от него мер предотвращения нарушения и уменьшения его отрицательных последствий» [137, с.47].

Следует обратить внимание на то, что характерным отличием вины в гражданском праве от вины в уголовном праве является установленная п.6 ст.9 ГК РК презумпция виновности причинителя вреда [138, с.115]. Причинитель предполагается виновным в силу самого факта нарушения и поэтому именно он должен доказать отсутствие своей вины. Для потерпевших доказывание вины лица, причинившего вред, зачастую представляло бы значительные трудности, а в ряде случаев, было бы практически невыполнимым. В связи с этим, во избежание быть привлеченным к гражданско-правовой ответственности, причинитель вреда обязан подтвердить, что им были предприняты все зависящие от него и объективно возможные меры, направленные на

предотвращение нарушения. Кроме того, гражданско-правовая ответственность подлежит применению при наличии любой формы вины, независимо от того, носит ли она умышленный или неосторожный характер.

В уголовном праве вид и форма вины существенно влияют на квалификацию преступления и на меру наказания. В гражданском праве субъективное отношение причинителя вреда к своему нарушению не всегда юридически значимо и не влияет на размер возмещаемого вреда.

Вина юридического лица связана с виной его работника при исполнении им своих трудовых обязанностей. Действия работника рассматриваются как действия юридического лица, осуществляемые им в процессе его деятельности.

Однако критерии, которыми определяется вина юридического лица, должны быть выше, чем критерии, применяемые к отдельным гражданам. Было бы несправедливо привлекать к ответственности весь коллектив из-за виновности одного. Вследствие этого, необходимо рассматривать и оценивать роль каждого члена коллектива отдельно. В свою очередь, нельзя полагать, что вина юридического лица может выразиться лишь в действиях отдельных лиц, но не в действиях коллектива. Вина коллектива может иметь место при принятии неправомерного решения путем согласования воли участников. В случаях, когда вычленив действия и установить вину непосредственного причинителя вреда невозможно, суды подвергают оценке причинную связь наступившего вреда с деятельностью коллектива, не выделяя действий конкретных работников. Подобная практика основывается на концепции вины юридического лица, которая признает, что деятельность организации не всегда сводится к сумме действий ее работников, представляя собой качественно новое явление [139, с.241].

Квалифицируя вину исполнителя, необходимо выяснять, связано ли причинение вреда с отсутствием у него знаний, которыми он должен был или мог обладать, учитывая обстоятельства дела и личные особенности пациента. Профессиональный исполнитель не вправе ссылаться на отсутствие опыта, информации, знаний, а также специальной квалификации, которая должна соответствовать установленным требованиям в полной мере.

В некоторых случаях причинение вреда пациенту может иметь место и без вины исполнителя, поэтому действия последнего не всегда следует расценивать как виновные. С юридической точки зрения необходимо грамотно квалифицировать виновные и невиновные по отношению к пациенту действия исполнителя. Исполнитель медицинских услуг не должен наказываться, если действует внимательно и добросовестно, но все равно не может предотвратить причинение вреда здоровью или жизни пациента, в связи с обстоятельствами, которые от него не зависят (несовершенство медицинской науки, индивидуальные особенности организма, нетипичная реакция) [138, с.116].

Актуализация института гражданско-правовой ответственности ставит задачу концептуального переосмысления его содержания в соответствии с трансформацией современного гражданского оборота. Так, М.К. Сулейменов отмечает, что вина в гражданском праве не играет такой большой роли, как в праве уголовном [127, с.705]. В условиях динамики гражданско-правовых

отношений она теряет свою значимость, исходя из главной функции гражданско-правовой ответственности – компенсационной [127, с.705]. Подобного мнения придерживается А.В. Мелихов [140, с.123].

Такая точка зрения представляется нам обоснованной и научно авторитетной, а предложение по приданию «принципу причинения», главного значения (при сохранении «принципа вины» в случаях, когда это продиктовано интересами отдельных субъектов и по отдельным основаниям) [127, с.707], целесообразным. Предложенная концепция, на наш взгляд, соответствует особенностям современного гражданского оборота, тем более, что повышенная безвиновная ответственность исполнителей в медицинской сфере обусловлена рядом прямо предусмотренных оснований.

Первым из них является то, что оказание медицинских услуг сегодня зачастую осуществляется субъектами предпринимательской деятельности. Поэтому ответственность таких исполнителей должна рассматриваться как наступающая независимо от вины. Так, в соответствии с п.2 ст.359 ГК РК: «лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство при осуществлении предпринимательской деятельности, несет имущественную ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (стихийные явления, военные действия и т.п.)» [31].

Отметим, что некоторые авторы разграничивают виновную и безвиновную ответственность исполнителей, по принципу возмездности или безвозмездности отношений, связывающих их с пациентами. Представляется, что такая трактовка может не только создать ошибочное убеждение в безответственности у исполнителей, оказывающих бесплатные медицинские услуги, но и свести на нет защиту прав пациентов как потребителей медицинских услуг.

Иным основанием, позволяющим привлекать к безвиновной гражданско-правовой ответственности исполнителя в медицинской сфере, является причинение вреда, возникающего в связи с осуществлением медицинского вмешательства, характеризующегося повышенной опасностью, исходя из особенностей и свойств используемых в медицине методов и технологий.

Так, согласно ст. 931 ГК РК «юридические лица и граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих (транспортные организации, промышленные предприятия, стройки, владельцы транспортных средств и др.) обязаны возместить вред, причиненный источником повышенной опасности, если не докажут, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего»[5].

Пункт 5 Нормативного Постановления Верховного Суда «О некоторых вопросах применения судами Республики Казахстан законодательства по возмещению вреда, причиненного здоровью» от 9.07.99г. №9 конкретизирует положения ГК РК, признавая характер источника повышенной опасности за «любой деятельностью, осуществление которой создает повышенную опасность причинителя вреда из-за невозможности полного контроля за ней со

стороны человека, а также деятельность по использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и иных объектов производственного, хозяйственного и иного назначения, обладающих такими же свойствами» [141].

В науке вопрос об отнесении медицинской деятельности к источникам повышенной опасности относится к числу дискуссионных, а ученые, изучающие природу этого явления, разделились на три группы. Одни безоговорочно признают за всей медицинской деятельностью характер источника повышенной опасности [28, с.126].

Другие утверждают, что источником повышенной опасности является не вся медицинская деятельность, а отдельные медицинские манипуляции, связанные с использованием медицинской техники, при помощи которой они осуществляются [142, с.146].

Представители третьей группы обосновывают потенциально повышенную опасность медицинской деятельности, за исключением отдельных видов манипуляций, не угрожающих пациенту [143, с.17].

Разделяя мнения авторов, которые признают характер повышенной опасности лишь за отдельными видами медицинского вмешательства, отметим следующее. Анализ, проведенный в рамках данного исследования показал, что государство, осознавая риски, характеризующие медицинскую деятельность, постепенно меняет подход к ответственности в данной сфере. Это подтверждается внедрением страхования гражданско-правовой ответственности медицинских работников, которое направлено на поддержку пострадавшего пациента и гарантирует ему возмещение от ущерба, причиняемого дефектными медицинскими услугами, без необходимости доказывать вину. Преимущества и недостатки данного института будут рассмотрены нами далее, здесь лишь необходимо отметить четко прослеживаемую тенденцию, развитие которой требует концептуального подхода, осмысления и оптимизации в соответствии с осуществляемой практикой. Переход от «принципа вины» на принцип «без вины» соответствует международным тенденциям, учитывает объективную рискованность медицинской деятельности, а также создает дополнительные гарантии для пациента.

Медицинская деятельность направлена на устранение и предупреждение опасности для жизни и здоровья пациента. Поэтому исполнители при оказании медицинских услуг должны действовать внимательно, проявляя предусмотрительность и оценивая возможные риски. Методы и техника медицинского вмешательства также являются определяющими. Полагаем, что среди критериев, выработанных наукой для признания за деятельностью характера повышенной опасности, к медицине применимы лишь некоторые из них.

Так, потенциально опасными должны признаваться те методы воздействия на пациента, которые связаны с повышенной вероятностью причинения ему вреда, включая медицинские манипуляции с использованием объектов, обладающих вредоносными свойствами [144, с.8]. Их применение в большей

степени побуждает исполнителя к бдительному и осмотрительному поведению, с целью предотвращения причинения вреда и снижению этого риска.

Следует отметить, что помимо потенциальной вредоносности медицинских манипуляций, относящихся к источникам повышенной опасности, исходя из нормативов, установленных Верховным Судом РК, основным критерием следует считать невозможность полного контроля за ними со стороны человека [141]. «Презумпция невозможности контроля за всеми видами медицинских услуг, на наш взгляд, противоречит природе медицинской деятельности, сводит на нет ее функции, и нивелирует принципы оказания медицинской помощи. Она должна выражаться в действиях согласно стандарту и осуществляться профессиональным медицинским персоналом. Кроме того, основные методы диагностики (визуальный осмотр, пальпирование, измерение температуры тела и артериального давления, лабораторные исследования), лечения (медикаментозная терапия), реабилитации (лечебная физкультура) и профилактики (медицинский массаж) не отвечают признакам повышенной опасности, поскольку осуществляются под осознанным контролем исполнителя медицинских услуг» [138, с.116].

Рисковый характер всей медицинской деятельности признает А.И. Рарог [145, с.322].

А.А. Мохов к источникам повышенной опасности относит все лекарственные средства, в силу наличия у них необходимых признаков [128, с.6].

Е.В. Муравьева, рассматривая вопросы ответственности исполнителей медицинских услуг в своем диссертационном исследовании, определяет в качестве источника повышенной опасности вакцинацию, исходя из осложнений, которые зачастую она вызывает [146, с.14, с.141-142].

Представляется, что характер источника повышенной опасности отдельным видам медицинского вмешательства придают следующие признаки.

Во-первых, объективно повышенный риск для здоровья и жизни пациента. Некоторые виды медицинского вмешательства, исходя из функциональной сложности, такие как анестезия, инвазивные процедуры могут вызвать осложнения и привести к летальному исходу даже при точном соблюдении медицинских стандартов. То есть они обладают высокой степенью потенциальной вредоносности.

Во-вторых, невозможность полного контроля над последствиями. Риск не может быть устранен даже при должной мере внимательности и осторожности. Непредсказуемость и вероятность неблагоприятного исхода медицинского вмешательства обусловлены индивидуальными анатомическими особенностями пациента, непрогнозируемыми реакциями, риском инфекционных осложнений.

В-третьих, использование сложной медицинской техники и сильнодействующих лекарственных средств, вызывающих побочные реакции. По своей природе такое вмешательство сопоставимо с эксплуатацией технически опасных объектов.

И, наконец, критерием повышенной опасности должны наделяться те виды медицинского вмешательства, общественная значимость которых требует особого профессионального контроля (операционная среда, медицинская техника, медикаменты). На лицо, организующее и контролирующее опасную деятельность, возлагается обязанность по предотвращению рисков в процессе ее осуществления, поскольку оно извлекает экономическую выгоду и обладает технологическими и информационными преимуществами.

Учитывая эти правовые признаки, к источникам повышенной опасности, по нашему мнению, следует относить такие медицинские услуги, которые предполагают вероятность возникновения осложнений у пациента в связи с осуществлением хирургического (оперативное воздействие, связанное повреждением органов и тканей) или инвазивного вмешательства («медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма») [88], а также использованием технически сложных медицинских изделий (к которым относятся изделия медицинского назначения и медицинская техника) [7]. Неконтролируемая опасность предполагается, если используются источники ионизирующего излучения, магниторезонансные томографы, лазерные и рентгеновские аппараты, флюорографы, электроножи при диатермии и коагуляции, аппараты искусственной вентиляции легких, дефибрилляторы, и др.

В своих научных статьях мы обращали внимание на то, что: «Анализ действующих норм позволяет предположить, что казахстанский законодатель, хотя и не признает за отдельными видами медицинского вмешательства характер повышенной опасности прямо, но предвидит вероятность наступления неблагоприятных последствий в связи с их осуществлением. Так императивные требования к содержанию и форме информированного согласия пациента, установленные для случаев применения лечебных и диагностических инвазивных процедур, хирургического вмешательства, на наш взгляд, обусловлены их рискованной природой, что позволяет сделать вывод об их повышенной опасности» [138, с.117].

Наша позиция косвенно подтверждается разностью страховых премий, установленных действующим законодательством о страховании профессиональной ответственности медицинских работников (наиболее высокие суммы установлены для исполнителей наиболее сложных и опасных медицинских услуг). Кроме того, исследование нормативных актов, регламентирующих режим медицинских изделий, дает основание полагать, что законодатель, классифицируя их на классы в зависимости от степени потенциального риска, также наделяет их признаками источника повышенной опасности [147].

Полагаем, что повышенную опасность несет в себе и терапия, составляющей которой являются сложные лекарственные препараты, с большой долей вероятности могущие вызвать нежелательные побочные эффекты (ятрогению) или аллергические реакции, а также иную неоднозначную реакцию организма, осложняющую состояние здоровья пациента. По данным ВОЗ, лекарственная терапия, вызывающая осложнения,

находятся на пятом месте среди причин смертности в мире (после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм, болезней легких). Побочные реакции различной степени тяжести развиваются у 10-30% госпитализированных и у 40% амбулаторных больных [148, с.29].

Кодекс «О здоровье народа» устанавливает нормы, которые подробно регулируют оборот лекарственных препаратов в Республике Казахстан. Лекарственным препаратом является лекарственное средство в виде лекарственной формы (п.66 ст.1 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Лекарственный препарат должен обладать доказанной эффективностью, а его безопасность определяется отсутствием недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения вреда жизни, здоровью человека и окружающей среде при его применении (п.68 ст.1) [7]. Представляется, что устанавливая особый разрешительный режим для реализации и приобретения отдельных лекарственных препаратов (в рецептурном порядке), контролируя их оборот, государство признает за ними повышенную опасность и риски, а значит, и медикаментозная терапия с их использованием может рассматриваться в качестве ее источника.

Многие современные ученые, поднимающие данную тему в научных публикациях, являясь сторонниками идеи о наделении медикаментозной терапии характером источника повышенной опасности, обосновывают свою точку зрения повышенным риском наступления неблагоприятных последствий, отсутствием возможности осуществлять полный контроль, а также применением лекарственных средств, обладающих такими же свойствами [146, с.143; 149].

Учитывая вышеизложенное, и осознавая, что медицинская практика, исходя из объективных причин, больше других видов деятельности не застрахована от неблагоприятных исходов и ошибок, результатом которых может стать причинение вреда здоровью пациента или даже его смерть, отметим следующее. Правовые характеристики, определяющие сущность источника повышенной опасности, не позволяют подводить под него медицинскую деятельность в целом. Юридическая корректность нашей позиции основывается на том, что отношения, возникающие по поводу оказания медицинских услуг, носят договорной характер, хотя законодательно допускается возможность применения к их субъектам положений о деликтной ответственности. Признание характера повышенной опасности за медицинской деятельностью в целом исключает возможность их регулирования Главой 33 ГК РК и ограничивает его исключительно нормами о деликтных обязательствах, что представляется не логичным и ошибочным [138, с.117].

В целях обеспечения баланса интересов сторон и усиления риск-ориентированной модели гражданско-правовой ответственности исполнителя медицинских услуг представляется обоснованным в качестве источника повышенной опасности рассматривать те виды медицинского вмешательства, которые характеризуются повышенным риском причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента и проводятся с использованием хирургических, инвазивных методов, лекарственных средств, обладающих высокой

фармакологической активностью или требующих повышенных мер безопасности, а также с применением сложных медицинских изделий.

В связи с этим предлагается: дополнить подпункт 157) пункта 1 статьи 1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе) подпунктом 157-1) в следующей редакции: «Медицинское вмешательство, характеризующееся повышенной опасностью – медицинское вмешательство, осуществляемое с применением инвазивных или хирургических методов, лекарственных средств и медицинских изделий и требующее соблюдения специальных правил безопасности, в связи с наличием объективно обусловленного повышенного риска причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента», а также включить в ст.271 Кодекса нормативное положение следующего содержания: ««Вред, причиненный жизни и (или) здоровью пациента вследствие медицинского вмешательства, характеризующегося повышенной опасностью, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Республики Казахстан».

Предлагаемое решение основано не на ужесточении наказания исполнителя, а на перераспределении объективного профессионального риска в пользу пациента как более уязвимой стороны обязательства. Считаем, что реализация данной идеи, вполне сочетается с основами деликтного права, которое использует механизм безвиновной ответственности в случаях, когда причинение вреда связано с объективно повышенной опасностью деятельности. Вместе с тем такой подход не превращает медицинскую деятельность в сферу неограниченной гражданско-правовой ответственности исполнителя. Лежащие в ее основе критерии, устанавливаются через: реализацию риска, присущего отдельному виду медицинского вмешательства, наличие причинной связи между ним и наступившим вредом, сохранение оснований для освобождения от гражданско-правовой ответственности (непреодолимая сила, умысел потерпевшего, несчастный случай).

Третье основание, позволяющее возмещать причиненный вред независимо от вины, установлено ст. 947 ГК РК, в том случае, если такой вред причиняется вследствие недостатков товаров, работ, услуг, включая медицинские [5].

Потребительский статус пациента обеспечивает ему защиту во всех случаях, когда нарушаются его права, предусмотренные законом и договором. Однако думается, что нельзя также и безгранично расширять гражданско-правовую ответственность исполнителя, исключая ее пределы, поскольку это может привести к его обоснованной неуверенности при обслуживании пациента. Неограниченная презюмируемая ответственность будет заставлять исполнителя обследовать пациента, так долгосрочно, что это неизбежно приведет к потере времени, ненужным процедурам и лишним диагностическим мероприятиям даже тогда, когда диагноз очевиден.

Вместе с тем следует отметить, что нормы о безвиновной ответственности в рамках усеченного состава гражданского правонарушения, установленного законодателем в интересах пациента, не решают всех его проблем. Существенные сложности создает процесс доказывания причинной связи. В тех ситуациях, когда основанием для ответственности за причинение вреда

является вина, процессуальная обязанность по доказыванию ее отсутствия возлагается на исполнителя медицинских услуг (п.2 ст.359 ГК РК). В случае, когда ответственность за последствия оказанных медицинских услуг наступает независимо от вины, основное внимание уделяется необходимости доказывания причинной связи между действиями (или бездействием) исполнителя и наступившим вредом, что представляет собой крайне сложную и труднопреодолимую задачу для пациента.

Причинная связь между противоправным поведением исполнителя и негативными последствиями для пациента является обязательным условием возникновения деликтной ответственности. Следствием ненадлежащего оказания медицинских услуг являются неправильные диагнозы, осложнения, ухудшения, летальные исходы. Считаем, что для гражданско-правовой ответственности вопрос выявления причинной связи является наиболее проблематичным, а в медицинских спорах усугубляется их спецификой.

При множественности научных подходов, наиболее распространенной и используемой на практике является теория прямой и косвенной причинной связи. Устанавливая ее наличие или отсутствие, суд, чаще всего, руководствуется мнением экспертов, ориентируясь на их выводы, разрешая дело по существу.

В большинстве случаев судебно-медицинские эксперты устанавливают, могло ли основное заболевание привести к неблагоприятным последствиям, а также, как на его течение повлияло поведение исполнителя, а их заключение является едва ли не главным процессуальным доказательством в медицинских спорах. Основной задачей суда является его грамотный юридический анализ с целью вынесения справедливого решения. Думается, что в разрезе теории прямой и косвенной причинной связи суд не столько должен установить саму причинную связь, сколько выявить ее юридическую значимость.

В свое время Н.Д. Егоров писал, что «... причинная связь является прямой тогда, когда условие-причина может повлечь за собой результат независимо от иных условий, возникших в рассматриваемой конкретной ситуации и имеющих юридическое значение» [150, с.130]

Отметим, что установление прямой причинной связи применительно к медицинским правонарушениям в большинстве случаев не вызывает сложностей, поскольку является очевидной не только для экспертов, но и для самих исполнителей, их допускающих.

Так, она представляется очевидной в деле о халатности атыраусских врачей, допущенной ими 2 декабря 2015 года и спровоцировавшей гибель 7-летнего ребенка от ожогов. В селе Акколь в результате несчастного случая мальчик опрокинул на себя кастрюлю с кипящим борщом, в результате чего получил сильнейшие ожоги. Родители обратились за медицинской помощью в стационар, где им посоветовали самим обработать раны ребенка и отправили домой. Вскоре экстренно ребенка доставили в центральную районную больницу, где он скончался от болевого шока [151].

Также показательным примером может служить дело, по которому ребенка преждевременно выписали из Аркалыкской региональной больницы, в

результате чего он лишился слуха и стал инвалидом. Мать привезла сына в больницу с жалобами на высокую температуру и частый кашель, мальчика госпитализировали. В результате обследования врачи установили диагноз «Острая двусторонняя пневмония средней степени». После проведенного лечения врачи констатировали выздоровление и выписали ребенка домой. Вскоре он перестал реагировать на речь. В результате обследований в различных диагностических центрах Костаная, Астаны и Алматы, у ребенка выявлена «двусторонняя смешанная тугоухость IV степени», «двусторонний экссудативный отит и ринит», что явилось следствием преждевременной выписки ребенка из больницы. Материальный ущерб от действий врачей мать ребенка оценила в 32 773 тенге, моральный – в 5 000 000 тенге. Суд, установив прямую причинную связь между действиями исполнителя и возникшим для пациента вредом, удовлетворил иск полностью [151].

И в первом, и во втором случае, по нашему мнению, наличие прямой причиной связи между неправомерными действиями медицинских работников и наступившим для пациентов вредом не вызывает сомнений. Другое дело – когда такие действия лишь способствуют наступлению нежелательного исхода, являющегося прямым следствием других обстоятельств. Речь идет о наличии косвенной причинной связи.

Сложность медицинских споров предопределила научную дискуссию по поводу косвенной причинной связи и ее юридической значимости [152]. Н.Д. Егоров связывает косвенность (опосредованность) причинной связи с наличием обстоятельств, которые влияют на квалификацию ответственности и возникают между вредом и поведением лица, который его причиняет (непреодолимая сила, противоправное поведение других лиц и др.) [150, с.128].

Современные авторы указывают, что «применительно к медицинским правонарушениям «косвенная причинно-следственная связь имеет место тогда, когда противоправное деяние врача лишь обуславливает или способствует наступлению неблагоприятного исхода в лечении, либо осложняет или делает невозможным выздоровление пациента, а в отдельных случаях вообще лишает шанса на спасение» [153]. Обращают внимание на то, что когда недостатки медицинских услуг могли усугубить или осложнить состояние пациента или способствовать несвоевременному оказанию медицинской помощи суд констатирует наличие косвенной причинной связи [154, с.143].

На наш взгляд, косвенная причинно-следственная связь очевидна, когда неблагоприятный для пациента исход (иногда необратимый), не напрямую обусловлен действиями исполнителя, а становится лишь одним из факторов неэффективности медицинских услуг.

Выше мы указывали на то, что ответственность исполнителей в сфере оказания медицинских услуг чаще всего обусловлена наличием прямой причинной связи между их действиями (бездействиями) и наступившим для пациента вредом. Между тем, ни нормами Гражданского Кодекса, ни нормативной рекомендацией судов, «прямая» причинно-следственная связь в качестве одного из необходимых условий для наступления деликтной ответственности не предусмотрена. Однако, при рассмотрении, как уголовных,

так и гражданских дел суды фактически придают юридическое значение исключительно ей, что в существенной мере осложняет осуществление права пострадавшего пациента на защиту. По нашему мнению, такой подход является не совсем корректным. Несмотря на то, что рынок медицинских услуг давно сформировался, а за отношениями врача и пациента признали характер частноправовых, эта сфера до сих пор остается той, где нормы гражданского законодательства, уступают место их устаревшей модели. Поэтому подход правоприменителя к оценке состава правонарушения, исходя из его уголовно-правовой природы, вполне объясним.

Между тем, как справедливо отмечается в юридической литературе, и мы с этим безоговорочно согласны, «не существует строго синхронного соответствия между ответственностью медицинских работников вследствие прямой причинной связи в уголовном и гражданском праве» [155, с.122]. Российские ученые, анализируя ошибки судов, допущенные ими в медицинских спорах применительно к гражданско-правовой ответственности исполнителей медицинских услуг, отмечают, что одной из них является установление только прямой причинной связи между вредом, возникшим у пациента и действиями (бездействием) медицинских работников [156].

Думается, что даже если вред жизни или здоровью пациента был сопряжен с разного рода обстоятельствами, ненадлежащие действия исполнителя при которых являлись не решающими, но способствующими его причинению, им, безусловно, должно придаваться юридическое значение.

Так, В.И. Кофман придерживается позиции, согласно которой косвенная причинная связь должна рассматриваться в качестве юридически значимой, когда причинитель отступает от предписаний, регламентирующих его деятельность [157, с.47]. Он признает за такой связью юридическую значимость, когда она выражена в действиях, которые вызывают не свойственные обычной обстановке обстоятельства, содействующие неблагоприятным последствиям, если таких обстоятельств в момент воздействия причины не должно было быть [157, с.49].

Считаем, что медицина больше, чем другие сферы подвержена риску. Влияние на организм пациента всегда сопряжено с обстоятельствами и событиями, которые меняют привычный подход к услугам. Наличие общих медицинских стандартов помогает упорядочить действия исполнителей, но не всегда позволяет определить, являются ли они истинной первопричиной тяжелых последствий состояния пациента.

Поэтому, в случае отсутствия очевидной связи между неправомерным поведением исполнителя и наступившим для пациента вредом, при одновременном наличии обстоятельств, способствующих его возникновению, необходимо анализировать то, насколько риск наступивших последствий мог быть снижен, при отсутствии дефектов в медицинском обслуживании. Если ненадлежащие действия исполнителя, создающие возможность наступления неблагоприятных для пациента последствий существенно увеличили риски для пациента, ответственность должна наступать. Как и в тех случаях, когда такие действия не являлись основной причиной последствий, но их существенно

усугубляли. Степень существенности, на наш взгляд, должны определять судебно-медицинские эксперты. Полагаем, что такой подход не противоречит основной сущности юридически значимой причинной связи, которая признается таковой, не только, если поведение причинителя вызвало вредный результат, но и создало предпосылки и условия для его наступления [126, с.707].

В подтверждение нашей позиции по данному вопросу приведем конкретное дело, которое доказывает актуализацию применения данного подхода при оценке сложных случаев, с многофакторной причинной обусловленностью последствий. Оно рассматривалось Коллегией по гражданским делам Верховного суда в 2024 году (дело №6001-24-00-3гп/107). Первоначально истец Д. обращалась в суд с иском о взыскании с МФ «Гиппократ» и КГП «Многопрофильный центр матери и ребенка города Темиртау» денежной компенсации морального вреда в размере 5 000 000 тенге с каждого ответчика. Иск был мотивирован тем, что смерть дочери истца А. наступила вследствие ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками ответчиков. Решением Темиртауского городского суда Карагандинской области в удовлетворении иска было отказано. Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 26 сентября 2023 года решение суда оставлено без изменения. Поскольку медицинская помощь, которая, как считала истица, привела к гибели ее дочери, оказывалась долговременно, Коллегии следовало учесть все обстоятельства дела и сделать вывод о правильности применения нижестоящим судом в рамках вынесения решения норм права и сделать вывод о правильности оценки доказательств.

Из материалов дела следовало, что 14 декабря 2018 года А. при беременности сроком 11 недель поставлена на учет в МФ «Гиппократ», где проходила обследования, сдавала анализы и получала консультацию. С 4 по 13 июля 2019 года она находилась в Центре матери и ребенка, где 5 июля 2019 года ей было произведено кесарево сечение, и она родила ребенка, а 14 августа 2019 года она умерла. Причиной смерти, согласно заключению судебной экспертизы, стал «Гнойный эндометрит, осложнившийся развитием инфекционнотоксического шока, ДВС синдрома».

На основании обращения Д. по поводу смерти и ненадлежащего качества оказания медицинской помощи ее дочери А. была проведена внеплановая проверка МФ «Гиппократ» и Центра матери и ребенка. Согласно акту №679-*** от 23 октября 2019 года установлено, что в ходе проверки в МФ «Гиппократ» выявлены многочисленные нарушения организационного и лечебно-диагностического характера.

Нарушения организационного характера выразились в неотнесении пациентки ни к одной из групп ЖФВ, непроведении обследования по алгоритму ежегодного обследования ЖФВ, необеспечении обследования по имеющемуся у нее заболеванию сердечно-сосудистой системы.

Нарушения лечебно-диагностического характера выразились в необеспечении проведения беременной холтеровского мониторирования ЭКГ в

динамике с учетом возможной кратковременности и латентности приступов аритмии в определенные периоды течения патологии и наличия структурных изменений миокарда при исследовании.

Врачом кардиологом не были прогнозированы возможные фатальные осложнения в виде возможных синкопе, жизнеугрожающих аритмий с учетом констатации синдрома удлинения интервала Q-T на электрокардиограмме с последующим прогрессированием, в нарушение требований протокола диагностики и лечения «Желудочковые нарушения ритма сердца и профилактики внезапной сердечной смерти» не рекомендована медикаментозная терапия бета-блокаторами, не проведен 3 анализ диагностированных малых признаков дисплазии соединительной ткани в виде пролапса митрального клапана с регургитацией, синдрома удлинения интервала Q-T, факторами риска которых могут быть снижение электролитов - магния, калия и нарушение функции щитовидной железы, которые соответственно не были оценены, не проведено генетическое тестирование, позволяющее индивидуализировать ведение и режим пациента с синдромом удлинения интервала Q-T в зависимости от генотипа.

Однако по результатам обеспеченного в рамках проверки пересмотра гистологических материалов комиссией было установлено, что непосредственной причиной смерти А. явилась внезапная сердечная смерть на фоне кардиомиопатии, осложнившейся развитием острой сердечной недостаточности. Был сделан вывод, что выявленные недостатки в организации и оказании медицинской помощи на уровне МФ «Гиппократ» в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти А. не состоят, она являлась непредотвратимой. Недостатки при оказании медицинской помощи в МФ «Гиппократ» и Центре матери и ребенка послужили лишь условием для наступления неблагоприятного исхода. Прямая причинно-следственная связь отсутствует, имеется связь непрямая, то есть косвенная [108]. При изложенных обстоятельствах коллегия пришла к выводу, что решение суда о необходимости отказа в удовлетворении иска было основано на надлежащей оценке совокупности имеющихся в деле доказательств и правильном применении норм материального права, регулирующих спорное правоотношение.

В данной ситуации существенные нарушения в оказании медицинских услуг создали условия для неблагоприятного исхода, а, значит, вызвали дополнительный риск его вероятности. Поэтому, по нашему мнению, для таких сложных случаев игнорирование косвенной причинной связи приводит к неоправданному сужению пределов ответственности исполнителей и нарушению принципов полноты оценки обстоятельств дела, что противоречит точному правоприменению и справедливой защите пострадавшей стороны.

Основной проблемой сегодня является то, что судебно-медицинские эксперты, которым отведена главная роль в определении причинной связи между нарушениями в медицинской сфере и наступившими негативными последствиями для пациента, отвечая на поставленные судом вопросы, уходят от категоричной оценки действий исполнителей, устанавливая лишь возможность ее существования. Хотя осуществление комплексного правового

анализа является задачей суда, по данного рода делам, при естественном отсутствии профессиональных медицинских навыков и знаний, судья ориентируется на мнение эксперта, которое обычно не носит ярко выраженного и безусловного характера. Связано это не столько с неоднозначностью и непредсказуемостью результатов оказываемых медицинских услуг, сколько с неправильным формулированием и постановкой вопросов, на которые он должен ответить в заключении. Их содержание относительно проведенных медицинских манипуляций (или их отсутствия), чаще всего ограничивается технической стороной, а ответы эксперта не могут помочь в однозначном выявлении существа оказанной медицинской помощи. Это приводит к необходимости назначения повторной экспертизы с целью уточнения полученных данных, а значит, к увеличению сроков рассмотрения медицинских споров.

Учитывая вышеизложенное, отметим, что, на наш взгляд, видится необходимым пересмотр подхода к регламенту деятельности экспертов в сфере медицины. Следует разработать критерии, от которых они должны отталкиваться при установлении причинной связи по делам о ненадлежащем оказании медицинских услуг. Специфика медицинских споров заключается в том, что отношения его сторон осложнены множественными нарушениями, и экспертная оценка должна отражать их существенность и связь с наступившими для пациента неблагоприятными последствиями.

Так, при рассмотрении в 2024 году Бостандыкским районным судом г. Алматы года гражданского дела по иску Н. к товариществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «ДАРУС-Плюс» о взыскании денежных средств, оплаченных по договору оказания платных медицинских услуг, и морального вреда (дело №7514-24-00-2/3238) была назначена судебно-медицинская экспертиза. Истец обратилась в суд, указывая, что 12 августа 2022 года ей была проведен ряд пластических операций, не согласованных с ней, было нарушено право на информированное согласие. Медицинское вмешательство было проведено некачественно с дефектом оказания медицинской помощи, что подтверждается заключением специалиста [108]. Изучив заключение эксперта, суд пришел к выводу, что доводы истца о том, что ей фактически была проведена септопластика, а не ринопластика, нашли свое подтверждение. При этом стороной ответчика не были предоставлены письменные доказательства того, что истцом было данное информированное согласие на проведение такого оперативного вмешательства. Согласно заключению специалиста №02-234 от 13 октября 2023 года – последствия хирургического вмешательства являются дефектом оказания медицинской помощи; дефекты имеют критерии прямой причинно-следственной связи с развитием неблагоприятного исхода, и рассматриваются как причинение вреда здоровью и имеют критерий средней тяжести [108]. Исходя из обстоятельств дела (не установлено, что со стороны хирурга имел место дефект оказания услуги по блефаропластике, отсутствуют доказательства о причинении вреда здоровью в связи с этим), суд решил требования истицы к ответчику удовлетворить частично.

Особой сложностью характеризуются случаи, когда между противоправным действием и вредом проходит длительный период времени или вред является результатом действий или взаимодействия нескольких лиц или совокупностью обстоятельств [154, с.144]. К тому же, как справедливо отмечает С.В. Шиманская, в медицинской практике признак последовательности явлений во времени не всегда подтверждается [158, с. 34].

Для того, чтобы установить наличие причинной связи, необходимо выявить, наступили бы вредные последствия, если бы ответчик не нарушил свои обязанности. Однако, в ряде случаев определить, является ли ухудшение состояния пациента результатом ненадлежаще оказанных медицинских услуг, затруднительно даже для эксперта. Состояние многих пациентов под влиянием сложного медицинского вмешательства (хирургическое, химиотерапия) может существенно ухудшаться, что не является следствием ненадлежащего лечения.

Е.Г. Афанасьева, исследуя данный вопрос, развивает мысль о том, что разработав механизм, который был бы основан на выплате компенсации пострадавшим пациентам, исходя из единого утвержденного перечня типичных неблагоприятных последствий от лечения, государство облегчило бы их процессуальный статус и сделало процедуру доказывания причинной связи ненужной [159, с.10]».

Интересным представляется также мнение И.Г. Ломакиной, которая считает, что при констатации сложившегося состава гражданского правонарушения в медицинской сфере целесообразно было бы пересмотреть порядок, при котором на пациенте лежит обязанность по доказыванию наличия причинной связи и сделать это исключение частью практики правоприменения [16, с.162].

Подобной точки зрения придерживаются М.В. Кратенко, П.П. Мороз В., обращая внимание на необходимость ориентирования российских и белорусских судов на «пониженный стандарт доказывания причинной связи до уровня преобладающей вероятности» [160, с.786]. Наличие причинной связи в отдельных категориях медицинских споров, по их мнению, должно презюмироваться.

Опыт зарубежных стран демонстрирует альтернативность подходов к решению данного вопроса. Так, например, Швеция практикует обязательное страхование интересов пациента, которое укладывается в формулу, согласно которой нет необходимости доказывать причинную связь, если пострадавший может подтвердить достаточную связь между медицинским вмешательством и возникшим у него вредом [161]. При этом страхование не подменяет гражданско-правовую ответственность, оставляя за пациентом право выбора. Риски, связанные с проведением медицинских мероприятий, осуществляющихся с целью обеспечения общественного интереса, берет на себя государство. Государство также принимает на себя затраты, связанные с устранением непредвиденных последствий от испытания новых лекарств и вакцин [161].

Деятельность немецких судов при разрешении медицинских споров, основана на применении «доктрины полностью управляемых рисков» [154].

Если вред, возникающий в связи с оказанием медицинских услуг, полностью находился в поле контроля их исполнителя, презюмируется, что его причиной стала небрежность, что освобождает пациента от доказывания причинной связи.

Анализ современных источников показал нам, что в целом, в науке четко прослеживается тенденция на обоснование возможности отступления от правил о доказывании причинной связи в спорах, связанных как с ненадлежащим оказанием всех медицинских услуг, так и их отдельных видов [162, с.100; 163, с.64].

Применительно к ответственности за вред, причиненный пациенту, особое внимание следует уделять случаям, когда неблагоприятный исход вызывается рядом причин или путем их взаимодействия. На это обращают внимание большинство отечественных и зарубежных медиков и правоведов [164, с.124]. В этих ситуациях необходимо устанавливать, какие из обстоятельств стали причинами нежелательного результата, и какое из них имеет для дела решающее значение. Если неблагоприятный исход был вызван действиями (бездействиями) нескольких субъектов (когда пациент переводился из одного медицинского учреждения в другое, и оба из них действовали полностью или отчасти противоправно) и причинная связь развивалась последовательно, закон позволяет применить правило о долевой или солидарной ответственности.

На наш взгляд, представляют интерес схожие правовые разработки, являющиеся частью зарубежной доктрины. Австрийские суды применяют пропорциональный подход (*proportional approach*) в сложных медицинских спорах, если вред, причиненный пациенту, стал следствием обстоятельств, зависящих от него, а не только от ненадлежащих действий исполнителя [165, с.14-16]. В подобных случаях пациент получает частичное возмещение, исходя из пропорции вероятностей.

В делах, где невозможно точно установить, какая из причин, приведших к вредным для пациента последствиям, стала основной, зарубежные правоприменители часто прибегают к теории «утраты шанса на выздоровление (*loss of chance*)» [166, с.147]. Согласно данной теории, ответственность исполнителя, допустившего врачебную ошибку, приведшую к смерти или инвалидности пациента, наступает при доказанности факта, подтверждающего, что при надлежащем оказании медицинских услуг пациент имел бы шанс выздороветь, с определенной долей вероятности.

Данная доктрина в последнее время часто становится предметом исследования ученых, занимающихся проблемами гражданско-правовой ответственности за деликт. Ее сторонники считают пропорциональный расчет компенсации, причитающейся потерпевшему пациенту, относительно количественному сокращению шансов справедливым и обоснованным [167, с.15]. В медицинских спорах, осложненных альтернативной причинностью, связанной с субъективным фактором (со стороны пациента), применение данной доктрины способствует защите прав исполнителя, допустившего нарушения. Он освобождается от ответственности, если докажет, что шансы пациента выжить или восстановиться составили бы менее 50%, даже если бы

установленных нарушений он не совершил. Данная теория успешно применяется судами Франции, Японии, Великобритании и США [167, с.16].

Думается, «доктрина утраты шанса» обладает существенными преимуществами не только с юридической, но и с практической точки зрения. Ее использование может обеспечить оказание медицинской помощи безнадежным пациентам, находящимся в тяжелом, иногда необратимом состоянии, побуждая исполнителей экспериментировать и рисковать без страха быть привлеченными к ответственности. Оценив шансы таких пациентов с точки зрения профессионального опыта как незначительные, исполнители смогут действовать, применяя нестандартные медицинские приемы, даже, если впоследствии они будут подпадать под категорию противоправных.

Очевидно, что применение зарубежного опыта в рассматриваемых правоотношениях возможно только при создании подробного и продуманного механизма расчетов существующих вероятностей. Эффективность применения вышеописанных подходов будет зависеть от компетентности судей и судебно-медицинских экспертов, деятельность которых напрямую связана с рассмотрением медицинских дел и исследованием причинно-следственной связи в них.

Причинитель вреда может быть полностью или частично освобожден от ответственности, если выяснится, что потерпевший своей грубой неосторожностью содействовал возникновению или увеличению вреда (п.3 ст. 935 ГК РК) [5]. Примером являются сокрытие пациентом существенной информации, которая повлияла на точность диагностики и назначение курса лечения. Выделив часть вреда, явившуюся следствием действий его причинителя и соответствующую степени его вины, на него возлагается ответственность в полном объеме. Потерпевший получает полное возмещение того вреда, который возник без его содействия.

Исполнитель медицинских услуг, освобождается от ответственности за вред, если докажет, что он возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуги (ст. 950 ГК РК) [5]. Как правило, под непреодолимой силой понимают событие, которое носит непрогнозируемый, чрезвычайный характер [126, с.214]. Если это событие, предотвратить которое на современном этапе невозможно даже при самой большой доле осмотрительности ни техническими, ни экономическими мерами, влечет убытки или вред, ответственность лиц, отвечающих за них в обычных условиях гражданского оборота, законодатель исключает.

Зачастую, исполнители медицинских услуг под обстоятельство, освобождающее их от возмещения вреда, подводят случаи письменного добровольного принятия рисков пациентами. На практике подобное положение является частью информированного согласия на медицинское вмешательство. Под риском обычно понимают неблагоприятные последствия, которые возникают в связи с обстоятельствами, за которые стороны правоотношения не отвечают. Национальное законодательство не признает юридической силы за предварительно заключенным соглашением об исключении или ограничении

ответственности при умышленном нарушении обязательств (п.3 ст.359 ГК РК), как и за соглашением, которым стороны освобождаются от возмещения убытков (п.2 ст.350 ГК РК) [31]. Кроме того, даже при перенесении риска в связи с неблагоприятным исходом медицинских услуг на пациента, исполнители не освобождают себя от ответственности полностью. Наше мнение на указанную проблему заключается в следующем. Поскольку качество медицинских услуг, как мы указывали ранее, связано с безопасностью, при оказании медицинской помощи исполнитель обязан из всех альтернативных способов выбрать тот, при котором вероятность неблагоприятного стечения обстоятельств наименее выражена. Если же он игнорирует возможность наступления нежелательных последствий, в результате чего страдает пациент, ответственность должна наступать на общих основаниях.

Основной формой гражданско-правовой ответственности при ненадлежащем оказании медицинских услуг, является возмещение убытков. Под убытками подразумеваются «расходы, которые произведены или должны быть произведены лицом, право которого нарушено, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода)» (п.4. ст.9 ГК РК) [5].

Ущерб пациента выражается в имущественных потерях от оплаченных, но не соответствующих условиям договора услуг, а также расходах, обеспечивающих ему вынужденное восстановление. Сюда же включается размер утраченного заработка и иные неполученные доходы.

Согласно ст.35 Закона РК «О защите прав потребителей», пациент, являющийся потребителем медицинской услуги, при обнаружении ее недостатков, а также отступлений от условий договора, ухудшивших оказанную услугу вправе требовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответственного уменьшения вознаграждения за услугу;
- повторного оказания услуги;
- исправление недостатков третьим лицом за счет исполнителя» [62].

При наличии в услугах существенных отступлений от договора или иных существенных недостатков заказчик вправе требовать расторжения договора и возмещения убытков, если они не устранены исполнителем в установленный срок.

Согласно ст.947 ГК РК причиненный вред возмещается исполнителем вследствие недостатков работы или услуги, а также вследствие непредставления полной или достоверной информации о свойствах и правилах пользования услугой [5]. Так, например, медицинская клиника, предоставляя услуги по протезированию, должна информировать пациента о содержании процесса установки протезов, а также обучить его навыкам их безопасного использования. В случае неисполнения информационной обязанности исполнителем и, как следствие, возникновения вреда для пациента, связанного с неправильной эксплуатацией протезов, последний вправе требовать возмещения причиненного ему ущерба. В целях обоюдного обеспечения

интересов сторон исполнитель вправе документально фиксировать факт предоставления информации пациенту в приложении к договору с подписанием его обеими сторонами.

При причинении вреда жизни и здоровью пациента убытки исчисляются по правилам, установленным параграфом 2 главы 47 ГК РК. Думается, при определении его размера также необходимо учитывать возможность увеличения заработка или иного дохода потерпевшего, которое могло бы произойти, если бы вред не был причинен (упущенная выгода).

В ситуации, когда потерпевший вследствие причиненного вреда временно лишается трудоспособности, а сумма пособия, выплачиваемого на основании листа нетрудоспособности, не покрывает утраченный им заработок в полном объеме, у него возникает право требовать от исполнителя компенсации разницы между ним и размером прежнего дохода. Аналогичный компенсационный механизм подлежит применению и при наступлении стойкой утраты трудоспособности, при которой возмещение вреда осуществляется с учетом утраченной способности к труду и соответствующего снижения доходов.

Если следствием ненадлежащих действий исполнителя при оказании медицинских услуг стала смерть пациента, правом на возмещение вреда наделяются «нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания; ребенок умершего, родившийся после его смерти, а также один из родителей, супруг либо другой член семьи, независимо от трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими четырнадцати лет либо хотя и достигшими указанного возраста, но, по заключению медицинских органов, нуждающимся по состоянию здоровья в постороннем уходе» [5]. Право на возмещение вреда имеют также лица, состоявшие на иждивении умершего гражданина и ставшие нетрудоспособными в течение 5 лет после его смерти.

Потерпевшая сторона рассчитывает причиненные ей убытки и доказывает их наличие. Однако не всегда позиция истцов совпадает с позицией суда по поводу их составляющей, что демонстрирует анализ следующего дела.

Истица А. обратилась с иском в суд №2, указывая, что ее сын умер 27 ноября 2023 года в клинике НАО «Карагандинский медицинский университет» после проведенной ему операции (дело №3512-24-00-2/7253). В исковом заявлении она указала, что в связи с его гибелью на нее возлагаются обязательства по возврату полученных им займов в банках второго уровня, чем причинен материальный ущерб, который она просила взыскать с отчетчика. В счет ущерба включила расходы на захоронение и поминальные обеды. Общую сумму материального ущерба оценила в 7 492 912 тенге. Также просила возместить ей причиненный моральный вред, который оценила в 5 000 000 тенге.

Суд, учитывая обстоятельства дела, снизил сумму морального вреда, подлежащего возмещению до 3 млн. тенге, в удовлетворении материального ущерба отказал. Отказ мотивировал тем, что универсальное правопреемство в

обязательствах при наследовании возникает в случае принятия наследниками наследства и пределах стоимости этого наследства. Истица наследство не приняла, а, следовательно, долгами сына юридически не обременена.

Требования о возмещении расходов на погребение суд также посчитал необоснованными, ссылаясь на то, что согласно ст.946 ГК, обязанность возмещать необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы, лежит на лицах, ответственных за вред, связанный со смертью потерпевшего. В отношении работников НАО «Карагандинский медицинский университет» досудебное расследование было прекращено, следовательно, они не являются виновными в смерти пациента, а, значит, не являются ответственными лицами. К тому же истица не предоставила доказательств, что расходы понесены ею [108].

Кроме материального ущерба ненадлежащее поведение исполнителя может причинить пациенту моральный вред. Компенсация морального вреда является одним из самых популярных способов защиты гражданских прав и одновременно мерой принуждения, посредством которой происходит воздействие на нарушителя личных неимущественных благ и прав. Ненадлежащее оказание медицинских услуг вызывает причинение морального вреда, который выражается для пациента в психических и негативных эмоциональных издержках, и подлежит денежной оценке с его стороны.

Анализ правоприменительной практики показывает, что ввиду содержательной и доказательной сложности медицинских споров защита прав пациентов, как правило, сводится к компенсации морального вреда.

Статья 951 ГК РК определяет моральный вред как «нарушение, умаление или лишение личных неимущественных благ и прав физических и юридических лиц, в том числе нравственные или физические страдания, испытываемые потерпевшим в результате совершенного против него правонарушения» [5]. В Нормативном Постановлении Верховного суда РК №7 от 27.11.2015 г. «О применении судами законодательства о возмещении морального вреда» дано более подробное определение нравственных и физических страданий: «унижение, раздражение, гнев, стыд, отчаяние, физическая боль, ущербность, дискомфортное состояние и т.п., испытываемые потерпевшим в результате совершенных против него неправомерных действий, в частности, раскрытием врачебной тайны» [168].

Следует отметить, что гражданин, посчитавший, что ему причинен моральный вред, должен доказать это в установленном законом порядке, ввиду отсутствия в национальном праве презумпции его причинения. В качестве средств доказывания могут использоваться объяснения сторон и третьих лиц, показания свидетелей, письменные и вещественные доказательства, заключения экспертов. Среди вышеперечисленных особое место занимают письменные доказательства, преимущества которых заключаются в надежном способе фиксации и хранения, стабильности, обуславливающей достоверность и объективность информации, возможность проведения экспертизы. Они позволяют исключить субъективную интерпретацию событий их заинтересованными участниками и способствуют объективной оценке их

судом. Особое значение письменные доказательства приобретают в медицинских спорах.

Так, суд №2 г. Караганды рассматривал дело по иску гр. С. к КГП «Областной перинатальный центр» о возмещении морального вреда в связи с осложнениями, возникшими у его новорожденного ребенка после прививки БЦЖ (дело №2-11355). Его жену, находившуюся в больнице с ребенком, не предупредили о возможных последствиях и осложнениях прививки, ввиду чего позднее ребенку была проведена операция по удалению лимфоузла. Суд принял решение возместить моральный ущерб в размере 200 000 тенге из заявленного 1 000 000 тенге [108].

В судебном процессе было установлено, что в тексте памятки для родителей при осуществлении прививки БЦЖ имеется разногласие при ссылке на ст.156 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», а именно: в Памятке указано, что граждане РК обязаны получать прививки против инфекционных заболеваний, тогда как в Кодексе «О здоровье народа» – что это право гражданина. Кроме того, проверкой установлено, что матери ребенка не была предоставлена информация и не проведена беседа о возможных поствакцинальных осложнениях. Данный факт подтвержден не только актом проверки, но и показаниями свидетеля М., которая пояснила, что 17.02.2017 года всех пригласили с детьми в процедурный кабинет, и никто из медперсонала центра не разъяснял им о возможных побочных эффектах прививки БЦЖ [108].

Согласно п.4 ст.91 Кодекса «О здоровье народа», при получении медицинской помощи пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методах лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию и диагнозе, прогнозе и лечении, плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме. Однако, суд установил, что такая информация матери ребенка ответчиком предоставлена не была. Таким образом, его вина в причинении морального вреда несовершеннолетнему ребенку судом была установлена.

Важно то, что компенсация морального вреда «осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда» (п.3 ст.952 ГК РК) [5].

Определяя размер компенсации, суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные значимые обстоятельства, а также степень физических и нравственных страданий с учетом индивидуальных особенностей восприятия их потерпевшим.

Так, судом №2 г. Караганды было вынесено решение по иску гр-н Т. А.П., Т. Д.И. к КГП «Областная клиническая больница», КГКП «Поликлиника №2 города Караганды», третьим лицам КГП «Областная детская клиническая больница», РГУ «Департамент охраны общественного здоровья Карагандинской области», ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области» о взыскании материального ущерба и компенсации морального вреда (дело №3512-17-00-2/17168). Истцы обратились в суд ввиду того, что ответчики, которые вели беременность, не проводили должного лечения при

вынашивании ею ребенка, что привело к гибели ребенка в утробе матери. Сумму морального вреда истцы оценили в компенсацию морального вреда в размере 10 000 000 тенге [108].

С указанным размером морального вреда суд не согласился. В решении суда указано, что: «согласно п. 7 Нормативного постановления Верховного Суда Республики Казахстан от 27.11.2015 года, согласно требованиям ст. 952 ГК, моральный вред компенсируется только в денежном выражении. При этом сумму компенсации суд определяет исходя из критериев разумности и справедливости» [168]. На основании данного нормативного акта разумной и справедливой компенсация будет, если при ее назначении учтены обстоятельства, обусловившие нарушение личных неимущественных прав пострадавшего. Мерой ответственности в данном случае является денежная компенсация.

При определении размера денежной компенсации морального вреда суд исходил из жизненной важности личных неимущественных благ и прав; степени испытываемых истцом Т. А.П. нравственных и физических страданий. Учитывая как субъективную оценку истца, так и объективные данные, свидетельствующие о степени нравственных и физических страданий, с учетом принципов справедливости и достаточности, суд посчитал необходимым удовлетворить требование истцов о возмещении морального вреда частично в размере 1 000 000 тенге [108].

Моральный вред может быть связан также с разглашением врачебной тайны (о чем мы писали выше в разделе 2.1), поэтому имеет значение: «... объем и характер распространенных сведений...; степень широты распространения...; состав лиц, получивших информацию о врачебной тайне» [69, с.89].

Думается, что моральный вред причиняется гражданину, когда его обращение в специализированные медицинские учреждения (психиатрический стационар, наркологический центр, центр по профилактике и борьбе со СПИД и др.) становится достоянием общественности в связи с разглашением такой информации. Последствия огласки создают неблагоприятный для него резонанс, в результате которого страдает его личная и деловая репутация. Можно согласиться с мнением М.Н. Малеиной о том, что в подобных случаях сумма морального вреда должна быть выше, чем при разглашении информации о заболевании пациента [69, с.96].

К сожалению, институт компенсации морального вреда в Республике Казахстан не оправдывает ожиданий пострадавшей стороны даже в случаях, когда его наличие очевидно. Правоприменитель снижает заявленную истцом сумму, исходя из обстоятельств дела. Так, судом № 2 г. Караганды было вынесено решение по иску гр. Ж. к КГП «Областной перинатальный центр», КГП «Поликлиника №2 города Темиртау», КГП «Родильный дом города Темиртау», ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области» о возмещении морального вреда в размере 2 000 000 тенге, в связи с некачественным оказанием медицинских услуг, которые повлекли рождение двух доношенных мертвых детей (дело №3512-17-00-2\20833). В процессе рассмотрения дела суд установил наличие ненадлежащих действий

медицинских работников, а именно неправильно установленный диагноз, поздняя госпитализация на родоразрешение, однако прямой причинной связи между ними и гибелью плодов установлено не было. Кроме того, в деле имелись и другие обстоятельства. Актом внеплановой проверки от 19.01.2017 года РГУ «Департамент комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ СР РК по Карагандинской области» установлено, что гибель детей могла быть связана с незрелостью плаценты выраженной степени, в результате чего плоды страдали от нехватки кислорода, был нарушен обмен веществ. На развитие плацентарной недостаточности прямо повлияли такие факторы как курение Ж. на раннем сроке беременности, то есть действия самой истицы, а также перенесенная острая вирусная инфекция в первой половине беременности. Поэтому вероятность, что плоды бы выжили представлялись экспертам крайне незначительной.

Вместе с тем, суд посчитал, что сам факт, что истица не увидела младенцев живыми, что они были рождены мертвыми, причинили ей нравственные страдания и переживания. Руководствуясь критериями разумности и справедливости суд признал, что вышеуказанными действиями ответчиков, смертью детей Ж. причинен моральный вред: страдания, переживания и постановил иск удовлетворить, частично, взыскать с КГП «Областной перинатальный центр», КГП «Поликлиника №2 города Темиртау» в пользу Ж. в возмещение морального вреда солидарно 200 000 тенге [108].

Данная сумма представляется нам незначительной даже с учетом грубой неосторожности потерпевшей и объективных причин, повлекших отклонения от нормального исхода беременности.

Однако есть и другие примеры. Показательной в этой части является практика Верховного суда по делу, о пересмотре решения суда №2 г. Уральска, постановления судебной коллегии по гражданским делам Западно-Казахстанского областного суда по иску Ч. к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1» Управления здравоохранения акимата Западно-Казахстанской области о взыскании морального вреда (дело №6001-19-00-3п/104) [108]. Истец обратился с иском к ответчику о возмещении морального вреда в размере 10 000 000 тенге, мотивируя свое требование тем, что в результате оказания некачественной и несвоевременной медицинской помощи потерял зрение. Изначально нижестоящая инстанция вынесла решение о частичном удовлетворении исковых требований и взыскании с ответчика морального вреда в сумме 500 000 тенге. Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Западно-Казахстанского областного суда решение суда было изменено, взысканная сумма морального вреда увеличена до 1 500 000 тенге.

Позиция судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда по данному делу выразилась в том, что определяя размер морального вреда, подлежащего компенсации, суд не учел субъективную оценку тяжести страданий самим истцом и объективные данные, характеризующие высокую значимость такого блага, как здоровье, а также права на охрану здоровья [108]. Исходя из обстоятельств дела, судебная коллегия пришла к выводу, что

вследствие несвоевременного и некачественного оказания поликлиникой медицинской помощи Ч. ослеп и: «...в настоящее время ...испытывает моральные страдания» [108]. Поэтому посчитала, что взысканная с поликлиники сумма явно недостаточна для компенсации морального вреда и, исходя из критериев разумности и справедливости, изменила состоявшиеся по делу судебные акты и увеличила взысканную с ответчика сумму морального вреда до 7 000 000 тенге [108].

Другое, показательное в этой части дело, было рассмотрено Межрайонным судом по гражданским делам города Астана, в 2024 году (№2-12646/23). Гражданка К. обратилась с иском о возмещении материального и морального вреда к соответчикам - Акимату города Астана, Государственному учреждению «Управление здравоохранения города Астаны», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №3», ГКП на ПХВ «Городская станция скорой медицинской помощи». Свои требования связывала с некачественно оказанными медицинскими услугами и с нарушением клинических протоколов, что привело к тяжким последствиям в виде инвалидности несовершеннолетнего ребенка, моральному вреду, и материально выраженному ущербу, ввиду несвоевременного получения социальных пособий и санитарнокурортного лечения с 2021 года. Полагала, что неправомерными действиями названных работников ей причинен материальный ущерб, в виде расходов на приобретение лекарств, и неполучения законных социальных выплат в общей сумме 4 500 000 тенге, а также моральный вред в размере 50 000 000 тенге [108].

Суд установил, что согласно результатам проверок, выявленные нарушения при оказании медицинской помощи в период 28 марта 2021 года по 15 мая 2021 года носят лечебно-тактический характер и в части оказания услуг и соблюдение протокола, сбор анализов, методике проведения лечения, которые детально отражены в акте проверки.

В мотивировочной части решения суд указал, что истец в результате случившегося перенесла нравственные и физические страдания, выразившиеся в том, что по вине врачей, испытала чувство гнева, обиды, беспомощности. Это выразилось в ее переживаниях по поводу неполноценного лечения, консультаций врачей, установления диагноза, при наличии показаний, приведших к ошибочной тактике ведения пациента, что, в конечном итоге, явилось причиной допущения ошибок со стороны медицинских учреждений (согласно выводам акта внеплановой проверки). В части определения размера вреда суд принял во внимание малолетний возраст пациента, ограничения после проведения операции (запрет на спорт, активный образ жизни, получения инвалидности), учел все конкретные обстоятельства дела, степень нравственных и физических страданий, пережитых истцом, его чувства отчаяния, физической боли, дискомфорта состояния, нервной обстановки, степень нарушения установленных уполномоченным органом. Иск удовлетворил частично и взыскал с МГДБ №2 в пользу истца компенсацию морального вреда в сумме 3 000 000 тенге, взыскать с МГДБ №3 в пользу истца

компенсацию морального вреда в сумме 4 000 000 тенге, взыскать с скорой помощи в пользу истца компенсацию морального вреда сумме 2 000 000 тенге, руководствуясь принципами справедливости и достаточности [108].

Анализ этих и других подобных решений позволяет сделать вывод о том, что сегодня в казахстанской судебной практике имеются неоправданные и весьма значительные расхождения в части присуждаемых пострадавшим заявителям сумм. Поэтому считаем целесообразным изменение концептуального подхода к оценке морального вреда, подлежащего возмещению, в случае причинения вреда жизни и здоровью (в том числе медицинскими услугами). По нашему мнению, видится возможным разработка расчетных критериев через нормативно установленную шкалу, основанную на суммах, кратных месячному расчетному показателю или минимальной заработной плате. Данная сумма должна выступать в качестве количественного минимума, от которого должен отталкиваться суд, при определении размера компенсации морального вреда, подлежащего возмещению. Такое решение позволит минимизировать дискреционный характер сравнительного измерения, что будет способствовать единообразию правоприменительной практики, реализации принципа справедливости и соразмерности ответственности, укреплению гарантий эффективной защиты нарушенных нематериальных благ.

В рамках предложений по модернизации законодательства, регулирующего порядок возмещения морального вреда, интересной и практически значимой представляется точка зрения Е.Ю. Тимчишена. Рассуждая о том, что статус пациента как «слабой» стороны правоотношения требует особого подхода к обеспечению и защите его прав в медицинских спорах, он предлагает возложить бремя доказывания факта отсутствия причинения ему морального вреда на исполнителя (ответчика) [169, с.15]. Полагаем, что данное предложение может быть реализовано и согласуется с практикой защиты неимущественных прав в Республике Казахстан (в спорах о защите чести, достоинства и деловой репутации).

В целях повышения уровня защиты прав лиц, пострадавших от правонарушения, гражданским законодательством установлено правило о возмещении вреда, причиненного по вине работников и при исполнении ими своих обязанностей организациями, с которыми такие работники связаны трудовыми отношениями (п.1 ст.921 ГК РК) [5]. Действия (бездействия) работника составляют элемент деятельности организации, поэтому на юридическое лицо наложена обязанность отвечать за них, как за свои собственные. Потерпевший может предъявить иск исключительно к медицинской организации, а не к медицинскому работнику, виновному в причинении вреда. При этом сумма, выплаченная потерпевшему, может быть взыскана с конкретного лица его работодателем в порядке регресса (п.4 ст.933 ГК РК) [5]. Бремя доказывания виновности конкретных работников возложено на медицинскую организацию. Но если установить конкретных причинителей вреда не удастся, то право регресса отпадает. Думается, что нормы об ответственности организации повышают ее заинтересованность в росте профессиональной квалификации и дисциплине персонала, влечет усиление

контроля за деятельностью ее работников и, следовательно, не вызовет подобных последствий.

Знаковым событием, кардинально изменившим подход к обеспечению права пациента на защиту, стало вступление в силу 23 октября 2024 года норм Закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения» в части введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников [170]. Страховым случаем согласно закону признается «факт причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате осуществления медицинской деятельности...», включая ошибки врачей и других медицинских работников «...за исключением медицинского инцидента» (п.1 ст.270-1 Кодекса «О здоровье народа») [5]. Для установления, оценки и подтверждения факта причинения вреда предусмотрена трехуровневая система: самой медицинской организацией, управлением здравоохранения, Комитетом медицинского и фармацевтического контроля. В случае разногласий пациента и его родственников с результатами экспертизы, закон предоставляет им право судебного обжалования.

Станет ли введение нового для Казахстана института страхования ответственности медицинских работников реальным и действенным средством защиты прав пациентов, покажет время. Более подробно условия эффективности подобного рода правовых механизмов рассмотрим в заключительном разделе нашего исследования, здесь же отметим следующее. Усиление риск-ориентированной модели гражданско-правовой ответственности исполнителей медицинских услуг через ее страхование не делает эти вопросы менее актуальными, а их научное и практическое осмысление излишним. Думается, что судебная процедура рассмотрения медицинских споров была и остается одной из главных и значимых в условиях укрепления механизма защиты права граждан на качественное медицинское обслуживание. На основе анализа содержания гражданско-правовой ответственности представляется обоснованным вывод о необходимости дальнейшего совершенствования правового регулирования и правоприменительной практики, опирающегося на системное обобщение теоретико-доктринальных подходов и учитывающего выявленные аспекты.

Проблемы ответственности исполнителя за ненадлежащее оказание медицинских услуг сегодня настолько актуальны, что требуют постоянного разрешения со стороны законодателя. Одной из них является неоднозначный подход к юридической сущности врачебной ошибки и последствиям ее совершения. Думается, следует остановиться на исследовании ее природы подробнее, учитывая, что относительная новизна норм действующего законодательства, может повлечь изменение подхода к ее значению, содержанию и результату.

2.3 Врачебная ошибка и иные неблагоприятные исходы оказания медицинских услуг: проблемы правового регулирования

Как мы отмечали выше, ответственность в медицинской сфере носит специальный характер. Эта специфика, а также определенное несовершенство действующего в сфере здравоохранения законодательства обуславливает своевременность исследования отдельных аспектов данного вопроса, особенно в части формирования понятийного аппарата, связанного с условиями ответственности исполнителя. Полагаем, что такая необходимость вызвана также разностью подходов к практике правоприменения, современным состоянием медицинской науки, появлением новых сложных болезней и способов их эффективного лечения. Формирование единых критериев и их нормативное обеспечение позволит более точно определять пределы ответственности медицинских работников при наступлении неблагоприятных исходов оказания медицинских услуг.

Анализ научных трудов по данной проблематике показал, что наиболее обсуждаемым применительно к ответственности медицинских работников является вопрос об определении содержания и последствий врачебных ошибок. Более того, по статистике недостатки медицинских услуг чаще всего связаны с их совершением. Согласно официальным статистическим данным 10% пациентов в развитых странах становятся жертвами врачебных ошибок [171]. Поэтому проблема их квалификации актуальна не только для Казахстана, но и для всего мирового сообщества.

Отметим, что казахстанский законодатель, разрабатывая действующий Кодекс «О здоровье народа», воздержался от введения понятия «врачебная ошибка», оставив ее содержание на усмотрение правоприменительной практики и экспертного сообщества. Сложность и многоаспектность этого явления всегда вызывает дискуссию, а правовые признаки и последствия становятся предметом спора ученых и практиков.

В теории медицинского права врачебные ошибки классифицируют на:

«1) ошибки диагностические – нераспознавание или ошибочное распознавание болезни;

2) ошибки тактические – неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, ее объема и т.п.;

3) ошибки технические – неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов и диагностических средств и т.д.» [172].

Отдельные авторы расширяют эту классификацию, выделяя также организационные, деонтологические и фармацевтические врачебные ошибки [173, с.145].

Первым ученым, который сформулировал правовое понятие «врачебная ошибка» считается И.В. Давыдовский, который еще в 1941 году определял ее как: «... добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача» [174, с.10]. Направление, заданное И.В. Давыдовским и основанное на добросовестном заблуждении, а не на правонарушении было развито в работах других авторов, заложено в

понятийный аппарат, установленный медицинскими энциклопедиями, а также часто встречается и в юридической литературе [175, с.442].

Правовые источники содержат разноаспектные определения врачебной ошибки. Так, С.Г. Стеценко, предполагает что это «... дефект оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления» [176, с.534].

М.Р. Рокицкий утверждает, что «... врачебная ошибка есть добросовестное заблуждение врача, которое повлекло или могло повлечь определенный ущерб здоровью больного [177, с.13]».

Ю.А. Звездина, исследуя врачебную ошибку, определяет ее как: «ошибочные действия врача по установлению диагноза или лечению больного, обусловленные состоянием медицинской науки на данном этапе ее развития ... такие ошибки совершаются при отсутствии осознания опасности, без предвидения возможности причинения вреда или при уверенности в его предотвращении» [143, с.15].

Старченко А.А., Фуркалюк М.Ю. полагают, что это «погрешность при выполнении медицинских манипуляций и, которая в зависимости от степени общественной опасности, наличия неосторожной формы вины медицинского работника и вреда, причиненного здоровью пациента, исключает или приводит к возникновению различных видов юридической ответственности» [178, с.358].

П.П. Глущенко понимает под врачебной ошибкой: «...действие или бездействие медицинского работника, которое привело к увеличению или снижению риска ухудшения заболевания, возникновению патологии, неэффективному использованию ресурсов, и, в конечном, итоге, к неудовлетворенности пациента» [179, с.26].

По определению Е. Хохловой, врачебная ошибка: «... профессиональная ошибка ... являющаяся добросовестным заблуждением врача, основанным на несовершенстве медицинской науки и ее методов, атипичном течении заболевания и т.д.» [180, с.11].

Авторское мнение А.А. Понкиной: «... ценностно-смысловое и юридико-семантическое ядро понятия «врачебной ошибки» («медицинской ошибки») – это наличие добросовестного заблуждения врача, которое при юридической квалификации действий врача трактуется как основание признания его невиновности (в гражданско-правовом, административно-правовом и уголовно-правовом аспектах)» [181, с.58].

Зарубежные ученые отмечают, что отсутствие легального определения и стандартного подхода к медицинской ошибке, затрудняет оценку, синтез и анализ данных при ее исследовании [182]. Л.Т. Кон, Дж.М. Корригэн и М.С. Дональдсон, анализируя позиция Комитета по качеству медицинской помощи Института медицины (ИОМ) в США, проводившего исследование медицинских ошибок, определяют медицинскую ошибку как: «невыполнение запланированного действия, направленного на достижение определенной цели терапии, или неверный выбор плана для достижения указанной цели» [183, с.170].

Леонард Майкл Мартин описывает врачебные ошибки, как «... неудачи, которые являются результатом человеческого бессилия перед лицом природных явлений в ситуациях, не зависящих от любых медицинских действий ...» [184].

Ж. Гомеш и Женивал де Франса определяют медицинскую ошибку как непреднамеренное действие или бездействие медицинского работника при исполнении профессиональных обязанностей, выраженное в отступлении от установленных стандартов и повлекшее причинение вреда жизни и здоровью пациента [185, с.22].

В Казахстане попытки разобраться с содержанием врачебных ошибок в разное время предпринимались А.С. Жаппаровой [186], Н. А Жуманазаровым [187], М.М. Махамбетчиным [188], М. Толеубаевым [189], Шиктыбаевым Т.Т. [190]. Суждения данных авторов отражают многоаспектность и разноплановость этого вопроса, лежащего, по их мнению, в плоскости соотношения юридического и клинического начал, влияния системных и поведенческих факторов. Отечественные ученые обращают внимание на отсутствие легального определения врачебной ошибки в казахстанском законодательстве, что существенно осложняет юридическое восприятие ее природы и предопределяет ее квалификацию в качестве неосторожного причинения вреда жизни и здоровью пациента, что не всегда корректно [190].

Аналитический подход к проблеме определения сущности врачебной ошибки, исходя из ее природы, позволяет критично отнестись к устоявшейся позиции отечественного правоприменителя и ее сторонников среди представителей ученого сообщества, и обосновать свой взгляд на содержание данного правового явления. Полагаем, что такой неблагоприятный исход должен быть связан с ответственностью исполнителя и это объясняется следующим.

Во-первых, представляется, что врачебная ошибка всегда является следствием ненадлежащих действий исполнителя. Считаем, что: «Даже в случае неоказания помощи больному, пассивности медицинского работника предшествует совершение им действий, выражающихся в наблюдении, сборе анамнеза и диагностики, в результате которых он приходит к выводу о ненужности медицинских мероприятий. То есть бездействие в этом случае, на наш взгляд, является последствием уже совершенной диагностической врачебной ошибки» [191, с.82].

Во-вторых, констатация факта совершения врачебной ошибки напрямую связана с наличием нежелательных последствий, вопреки встречающимся в правовой литературе мнениям о совершении ошибок, которые лишь создают угрозу причинения вреда жизни и здоровью пациента [117, с.277]. Считаем, что неблагоприятный исход является основным элементом правонарушения, связанного с врачебной ошибкой. По нашему мнению, она – результат ненадлежащего поведения, и фиксировать ее совершение можно только тогда и если вред в виде осложнений для пациента уже наступил, а, значит, есть основание говорить об ответственности.

В третьих, врачебной ошибкой должно признаваться противоправное и виновное поведение исполнителя медицинских услуг. Представляется, что признание за ней характера добросовестного заблуждения, нивелирует подход к медицинской деятельности, как к профессиональной. Статус медицинского работника должен исключать случаи его несоответствующего поведения, а ответственность за врачебную ошибку – мотивировать к осторожности и предусмотрительности при оказании медицинских услуг. Медицинский работник, исходя из характера своей деятельности, обязан предвидеть и предотвращать неблагоприятные исходы, и только такой подход может обеспечить право пациента на получение профессионально и качественно оказанных услуг.

По сути, суды, рассматривая дела, связанные с нарушениями, допущенными при оказании медицинской помощи исполнителями, чаще всего устанавливают их связь с допущенной неосторожностью, выражающейся в профессиональной невнимательности, легкомыслии, отсутствии должной осмотрительности. В качестве примера можно привести решение о возмещении причиненного имущественного и морального вреда по иску Л. к КГП «Областной перинатальный центр» (дело №3512-17-00-2/17974) в связи с дефектами в оказании услуг по родовспоможению, что привело к смерти ее новорожденного ребенка [108]. По данному факту истец Л. обратилась в Департамент Комитета медицинской и фармацевтической помощи по Карагандинской области, где ее жалоба была признана обоснованной. Суд посчитал, что вина ответчика в некачественном оказании медицинской помощи полностью подтверждается актом проверки уполномоченного органа, показаниями свидетелей, а также письменными доказательствами. Медицинский персонал ответчика недооценил угрожающее состояние плода при индуцировании родов и не провел своевременное оперативное родоразрешение, что возможно повлияло на смерть ребенка. Суд удовлетворил иск частично, снизив размер морального вреда, подлежащего возмещению [108]. По нашему мнению, поведение медицинского персонала в данном случае следует рассматривать как врачебную ошибку.

В пользу предлагаемого нами подхода можно привести мнения отдельных авторов, рассматривающих данную категорию в качестве акта неправомерного, виновного и наказуемого поведения. Следует отметить, что основной причиной разнополярности мнений по поводу ответственности за врачебную ошибку является ее субъективная составляющая. Но, несмотря на сложившуюся тенденцию, учеными зачастую подчеркивается что «... понятие добросовестности, используемое в конструкции «врачебная ошибка», неоднозначно...» [129, с.76], «... врач не имеет права на ошибки по субъективным причинам ...» [192]. «Использование термина в заключениях для ослабления степени вины недопустимо. Общество действительно допускает деятельность, не исключаящую риска, но в этой деятельности нельзя ориентироваться на допустимость ошибок [142, с.16]».

А.В. Тихомиров считает врачебной ошибкой нераспознавание или несоразмерность действий медицинского работника, которые влекут угрозу жизни или здоровью пациента либо становятся причиной ее реализации. При

этом ответственность является следствием выраженности неблагоприятных последствий, независимо от того, насколько полно были соблюдены инструкции и от того, что лежало в основании этого – недобросовестное заблуждение или профессиональное невежество [28, с.245].

А.В. Кудаков, анализируя природу врачебной ошибки, подразумевает под ней случаи, связанные с неправильным выбором опасных для пациента медицинских способов и средств, основанном на незнании либо самонадеянном игнорировании установленных профессиональных требований [193, с.89].

Я. Лейбович считает ошибкой повреждение здоровья или причинение смерти, затягивание болезни или ухудшение состояния больного, связанные с неправильными, недобросовестными, небрежными, невежественными, неосторожными действиями [194, с.84].

Точка зрения Р.К. Ригельмана: «... врачебные ошибки – вид нежелательных результатов, которых можно было бы избежать, а потому врач за ошибки отвечать должен» [195, с.13].

Я.А. Фролова, Л.В. Канунникова, Е.В. Фролова считают врачебной ошибкой как виновные противоправные деяния, так и невиновное причинение вреда пациенту [196, с.24].

Позиция С.В. Нагорной представляет интерес, в связи с тем, что она считает главным признаком врачебной ошибки – противоправность и указывает, что это явление нельзя рассматривать через субъективную сторону. Ее юридическое содержание должно определяться через нарушение требований действующего законодательства и медицинской науки, а не через отношение правонарушителя к своему поведению и его последствиям [14, с.148].

Значимым с нашей точки зрения является предложение российских ученых понимать под врачебной ошибкой: «факт отрицательного результата врачевания при невыполнении клинических протоколов, рекомендаций в условиях халатности, небрежности и неисполнения должностных инструкций, проявляющийся системой множественной острой дисфункции с опасными и тяжелыми последствиями для здоровья пациента» [197, с.47]. Такой подход к сущности данного явления основан на его восприятии медицинскими работниками, пациентами и правоведами и стремлении согласовать их позиции.

Разделяя подход авторов, которые придают врачебной ошибке характер деликта, акта виновного, ответственного поведения, отметим следующее. В контексте обеспечения должного уровня ответственности медицинского персонала под врачебной ошибкой следует понимать лишь деяния, совершенные виновно и нарушающие предписания действующего законодательства, клинические рекомендации, протоколы и должностные инструкции, а также общепринятые требования медицинской науки. С нашей точки зрения, основанием для юридического признания действия врачебной ошибкой является исключительно его субъективная природа, основанная на виновном поведении лица, совершающего неправомерные действия, ведущие к дефекту в связи с нарушением медицинских стандартов и правил медицинской практики. Подобное мнение разделяет С.М. Рахметов, который обосновывает свое отношение к ошибке медицинского работника как к уголовно-наказуемому

деянию тем, что она всегда является следствием халатности и небрежного выполнения профессиональных обязанностей [198].

Мы полагаем, что врачебная ошибка наиболее часто обусловлена либо неосторожностью – когда медицинский работник не предвидит возможных вредоносных последствий, хотя при должном внимании и предусмотрительности мог бы или должен был их предвидеть, либо легкомыслием – когда он предвидит эти последствия, но самонадеянно рассчитывает на их предотвращение. Эту точку зрения разделяют И.Я. Бычков, И.В. Марковин, Н.В. Попов и П.В. Усминов, акцентирующие связь врачебной ошибки с неосторожными действиями врача [199, с.9].

Таким образом, с позиций субъективного содержания причиной врачебных ошибок выступает халатность медицинского работника, обязанного на основании своих знаний и в соответствии с уровнем развития современной медицины правильно выбрать и выполнить комплекс необходимых медицинских манипуляций. На это же указывал и Ф.Ю. Бредичевский, считая отличительной чертой врачебной ошибки «нереализованную объективную возможность предвидеть неблагоприятные последствия действий медицинского работника» [129, с.121].

Анализ законодательного и правоприменительного подходов к сущности и правовым последствиям врачебной ошибки в зарубежных странах позволяет проследить определенные закономерности. В законодательных актах большинства стран (США, Великобритания, Франция, и др.) нет четкого юридического понятия «врачебная ошибка («medical error»), а в случае ее совершения чаще всего используется словосочетание «некачественное оказание медицинской помощи (defect of medical care) [200].

В немецком праве термин «Behandlungsfehler» (ошибка в оказании медицинской помощи) используется, когда лечение не соответствует признанным стандартам медицинской практики [201].

Большинство исследований зарубежных авторов основаны на придании характера врачебных ошибок явлениям, которые связаны с отступлением от стандарта (standart of care) и которые можно было бы предотвратить действиями исполнителя [183; 202; 203].

То есть зарубежная доктрина также связывает совершение врачебной ошибки с неправомерным поведением исполнителя медицинских услуг и не признает за ней акта безусловно безответственного поведения.

Различия в подходах к содержанию и сущности ошибок в медицине обусловлены тем, что это понятие находится на стыке медицины, права, управления, этики. Каждая их сфер рассматривает ее через собственные цели, критерии и инструменты оценки, что и порождает разнообразие дефиниций от «клинического просчета» до «противоправного виновного действия».

Не смотря на доктринальное многообразие взглядов на природу врачебной ошибки, полагаем, что признание за ней характера ненаказуемого деяния необоснованно расширяет пределы допустимого профессионального риска и фактически исключает необходимость юридической оценки виновного поведения исполнителя медицинских услуг. Такой подход размывает границу

между объективно предотвратимыми неблагоприятными исходами и нарушениями, обусловленными небрежностью и несоблюдением установленных стандартов, что снижает эффективность правовых механизмов контроля качества медицинской помощи. В конечном счете, это подрывает превентивную функцию ответственности, ослабляет правовую защищенность пациентов и способствует формированию толерантности к профессиональным нарушениям в медицинской практике.

Полагаем, что врачебная ошибка всегда связана с причинением вреда жизни или здоровью пациента в связи с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. Она обусловлена профессиональным незнанием или виновными просчетами, что свидетельствует о правонарушении и, следовательно, должна влечь гражданско-правовую ответственность.

Правда в литературе встречаются мнения, что для гражданского права понятие медицинской ошибки не представляется практически значимым [204, с.85], с чем нельзя согласиться. Даже в условиях реализации института страхования профессиональной ответственности медицинских работников, который охватывает случаи причинения вреда, причиненного врачебной ошибкой, формирование ее официального понятия и придание правовой определенности этому явлению представляются целесообразными.

При отсутствии четкого понятия ошибки, в гражданско-правовых спорах работает презумпция вины исполнителя и принцип полного возмещения причиненного ненадлежащими медицинскими услугами вреда. Основанием осуществления страховой выплаты является наличие вреда, вина не имеет значения, если страховой случай подтвержден. Однако страховая сумма может не покрыть причиненного пациенту ущерба, как и не охватывает компенсационных выплат за причинение морального вреда. Заключение экспертной комиссии, которая проводит расследование и осуществляет оценку возникшего неблагоприятного для пациента исхода, может лечь в основу отказа в осуществлении страховой выплаты. Также страхование профессиональной ответственности (гражданско-правовой) не исключает уголовной и административной ответственности медицинских работников, допустивших ненадлежащее оказание медицинских услуг. В связи с этим, вопрос о квалификации ошибки экспертами и судом актуализирует необходимость нормативной фиксации ее правовых признаков и последствий.

Для административного и уголовного права требуется четкое разграничение вины и невиновности, и, существование легального определения врачебной ошибки существенно снижает риски необоснованного криминального преследования врачей, смешения объективных клинических рисков с виновными действиями, неправильной оценки степени нарушения стандарта. Поэтому для этих отраслей легальная дефиниция особенно важна. К тому же она обеспечивает правовую предсказуемость для всех субъектов – пациентов, врачей, судов, страховщиков.

На основе обобщения правовых признаков и их значения для содержания врачебной ошибки, мы предлагаем понимать под ней: «противоправные действия медицинского работника, совершаемые в связи с субъективно-

виновным поведением и влекущие для жизни и (или) здоровья пациента вред, который мог быть предвиден и предотвращен при соблюдении установленных стандартов» и дополнить п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» данным определением.

С целью согласования положений законодательства о здравоохранении с гражданским и страховым законодательством в статье 270-1 Кодексе «О здоровье народа» необходимо прямо закрепить, что «Причинение вреда, жизни и (или) здоровью пациента вследствие врачебной ошибки влечет ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан».

Правильность такого подхода к врачебной ошибке с точки зрения нормативного обоснования заключается в том, что он соответствует базовым принципам гражданско-правовой ответственности, закрепленным в действующем законодательстве. Предлагаемое определение основано на критерии противоправности, выраженном в бесосновательном нарушении стандартов и клинических протоколов, а также виновности лица, совершившего ошибку, при возможности ее предвидеть и предотвратить. Это позволяет связать ответственность не с фактом неблагоприятного исхода, а с возможностью его предупредить при должном уровне профессиональной осмотрительности. Такая правовая позиция позволяет разграничить врачебную ошибку и несчастный случай и обеспечить реализацию принципа ответственности за вину.

Доктринальное обоснование авторской позиции основано на том, что с концептуальной точки зрения врачебная ошибка рассматривается как форма виновного профессионального поведения, а не как любой неудачный исход медицинского вмешательства, что соответствует современным представлениям о медицине как о сфере повышенного риска, а не деятельности с гарантированным результатом. Такой подход отражает принцип, в соответствии с которым работник отвечает за причиненный вред, возникший вследствие отступления от надлежащей модели профессионального поведения, что согласуется с концепцией «разумного врача», признанной в сравнительном праве и медицинско-правовой доктрине.

Формирование данной правовой категории упрощает практику правоприменения, обеспечивает ее единообразие и позволяет согласовывать положения об ответственности на случай ненадлежащего оказания медицинских услуг, предусмотренную нормами гражданского, уголовного, административного и трудового законодательства. Отсутствие единства ведет к дублированию понятий, их произвольному расширению или неоправданному сужению, что препятствует формированию объективных критериев оценки качества медицинской помощи и уровня профессиональной добросовестности. Правовая определенность облегчает юридическую квалификацию и проведение экспертиз, особенно в страховых и дисциплинарных процедурах.

Следует также обратить внимание на допустимость замены термина «врачебная ошибка» на термин «медицинская ошибка». Использование последней формулировки представляется предпочтительным, поскольку она отражает системный характер таких ошибок, охватывает действия всех лиц,

относящихся к медицинским работникам (а не только врачей) и являющихся субъектами ответственности за нее, а также обеспечивает правовую и терминологическую согласованность (в частности, с понятием «тайна медицинского работника»).

Итак, врачебная ошибка, по нашему мнению, является следствием субъективного профессионального просчета, обусловленного несоблюдением должной степени осмотрительности и внимательности и отклонением от правил, установленных медицинскими стандартами и клиническими протоколами. Однако следует учитывать, что профессиональные упущения исполнителей, могут быть обусловлены не только субъективными факторами, но и объективными обстоятельствами. К последним относятся ситуации, когда отсутствуют технические средства или ресурсы для проведения диагностических процедур или лечебных вмешательств. Кроме того, к объективным причинам неверных медицинских решений можно отнести неокончателность и несовершенство как теоретической, так и практической составляющей медицины, а также индивидуальные особенности организма пациента.

Интересны мнения отдельных авторов по данному вопросу. М.Н. Малеина, например, относит к врачебным ошибкам, исключаяющим ответственность, деяния, влекущие вред вследствие недостаточной обеспеченности учреждений специалистами, оборудованием, лекарственными средствами [69, с.97]. Полагаем, что такой подход может негативно повлиять на качество оказания медицинских услуг, поскольку обеспечивает условия для профессиональной пассивности исполнителя, который вместо поиска возможных надлежащих альтернатив, отвечающих интересам пациента, сможет бездействовать, ссылаясь на внешние обстоятельства, за которые он не отвечает [191, с.84]. В тоже время, такое отношение к врачебной ошибке может способствовать стихийным, необдуманым медицинским решениям, что существенно увеличивает риски для пациента

«Другое дело – объективные причины, вызванные относительностью и несовершенством медицинской науки и практики, появлением новых, ранее неизвестных заболеваний, а также проявлением уникальных и редко встречающихся, аномальной симптоматикой, атипичным течением болезни, аномальными анатомическими особенностями пациента, редкой повышенной чувствительностью к отдельным процедурам и лекарствам, развитием сопутствующих заболеваний, которые не могут быть предвидены и предупреждены медиками даже при должной доле внимательности и предусмотрительности» [191, с.84].

Действующее законодательство признает за такими случаями характер «медицинского инцидента». «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» (п.п.5 ст.2 Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников) [205].

Законодатель признал за медицинским инцидентом характер события, не являющегося страховым случаем. Анализ действующих норм, позволяет сделать вывод о том, что при происшествии, подпадающем под «медицинский инцидент», неблагоприятный исход для пациента является следствием правомерных действий исполнителя, связанных не с нарушением стандартов, а с наличием объективных причин. Инцидент может происходить как осознанная исполнителем неизбежность, когда медицинская услуга оказывается в соответствии со стандартами, он действует правильно, но повлиять на неблагоприятный исход не может, в силу особенностей физиологии пациента или (и) ограниченных возможностей доказательной медицины. Такой случай может являться также следствием добросовестного заблуждения исполнителя, когда он полагает, что его поведение является надлежащим и стандартно допустимым, однако, объективно ошибается при оценке клинической ситуации под влиянием внешних факторов, связанных с атипичными реакциями организма пациента.

Законодатель четко прописал, что под медицинский инцидент при оказании медицинской помощи подпадают случаи:

- анафилактического шока, обусловленного патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство;
- аллергической реакции на адекватно назначенное и правильно введенное лекарственное средство;
- неблагоприятной реакции, вызванной хирургическим и терапевтическим вмешательством;
- обращений за медицинской помощью по поводу неосложненных послеоперационных состояний;
- осложнений хирургических процедур во время беременности, родов и в послеродовом периоде;
- осложнений, связанных с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией;
- осложнений, обусловленных ортопедическими устройствами, имплантатами и трансплантатами;
- дерматита, обусловленного лекарственными средствами и медикаментами;
- отказа и отторжений пересаженных органов и тканей;
- отравления и токсического действия лекарственных средств и химических веществ;
- осложнений, связанных с сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами;
- осложнений, связанных с мочеполовыми протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами;
- отмирания и отторжения пересаженных органов и тканей;
- осложнений, связанных с внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами;

- переломов кости, связанные с введением ортопедического имплантата, суставного протеза или костной пластины;
- несовместимости между пациентом и лекарственным средством;
- несовместимости между пациентом и медицинским изделием;
- без идентифицированного медицинского изделия или проблем с его использованием;
- проблем подачи или забора жидкости или газа при использовании медицинского изделия;
- непредвиденного механического воздействия медицинского изделия на пациента [206].

Итак, квалификация случаев, перечисленных выше, в качестве медицинских инцидентов, основана на отсутствии противоправного субъективно-ошибочного поведения медицинских работников и проявлении нестандартных индивидуальных реакций, могущих вызвать и вызывающих неблагоприятные последствия медицинского вмешательства. Оценка данных условий осуществляется в рамках внутренней экспертизы оказания медицинских услуг.

Согласно смыслу действующего законодательства медицинские инциденты не подпадают под понятие наказуемых нарушений, не считаются виновными врачебными ошибками, фиксируются и анализируются медицинским учреждением в целях самооценки и создания механизмов для их предупреждения. Последствия медицинских инцидентов не подпадают под страховой риск и не позволяют пациенту получить страховую выплату. Основная цель констатации и обобщения медицинских инцидентов – подготовка и реализация мер по их предупреждению, а также совершенствование законодательства о здравоохранении [206].

По данным Комитета медицинского и фармацевтического контроля министерства здравоохранения РК за период с октября 2024 года по октябрь 2025 года в рамках реализации механизма страхования профессиональной ответственности медицинских работников рассмотрено 195 обращений граждан. При этом 155 случаев признаны медицинским инцидентом, и в 13 случаях произведены страховые выплаты на общую сумму 128,1 млн. тенге [207]. Анализ предоставленных данных еще раз подтверждает, что большинство пострадавших пациентов не получают страховых выплат, а неблагоприятные последствия, связанные с медицинским вмешательством, согласно выводам независимых экспертных комиссий, подводятся под «медицинский инцидент», и рассматривается ими как несчастный случай, исходя из его природы и содержания. Такой подход нивелирует главную цель предложенного государством механизма защиты прав пациента – обеспечить выплату компенсации, которая позволит восстановить причиненный ущерб без суда. Считаю, что в связи с реализацией риск-ориентированного подхода к деятельности исполнителя медицинских услуг не целесообразно так расширять случаи, подпадающие под медицинский инцидент.

В большинстве литературных источников отмечается, что «несчастные случаи в медицине» основаны на случайном непрогнозируемом и непредотвратимом стечении обстоятельств, вызывающем неблагоприятный для

пациента исход [172]. Представителем классического подхода считается И.Ф. Огарков, относящий к ним: «неудачные исходы, при которых врач не предвидел и не мог предотвратить существенное неблагоприятное событие для пациента» [199, с.112].

А.П. Громов определял несчастный случай в медицине как «неблагоприятный исход заболевания, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть или предотвратить» [208, с.65].

К несчастным случаям в медицинской деятельности В. Грегори относит непредотвратимые летальные исходы [199, с.113].

И.В. Марковин расширял перечень несчастных случаев в медицине за счет причисления к ним технических погрешностей, сделанных во время хирургических вмешательств, которые привели к летальному исходу: «перегрузку мочеточников при выделении большой опухоли органов малого таза, вскрытие сосудистой аневризмы, принятой за абсцесс», объясняя подобные случаи несовершенством врачебной науки и практики, а также невозможностью поставить правильный диагноз в связи с этим [199, с.17].

По мнению Ю.П. Эдель «... к «несчастью в медицине» следует относить случаи смертельных исходов от травм, несовместимых с жизнью, заболеваний, которые еще недостаточно изучены медицинской наукой, случаи неблагоприятных исходов по вине самого больного и его родственников» [209, с.8].

Отдельные авторы рассматривают как несчастные случаи смерть от воздушной эмболии сердца, перитонита, кровотечений, тромбозов, разрывов операционных рубцов, развившихся после хирургического вмешательства [210, с.98]. Другие описывают несчастный случай в медицине как неблагоприятный непредвиденный врачом исход, наступивший при оказании медицинской помощи добросовестно и в строгом соответствии со стандартами [211, с.117].

Случайные летальные исходы, не обусловленные поведением исполнителя, могут иметь место, в частности, при проведении гемотрансфузий, в процессе хирургического вмешательства, при применении общей анестезии, а также в ходе назначения и приема лекарственных средств, если последние вызывают индивидуально непредсказуемую реакцию организма, обладающего повышенной чувствительностью к их компонентам.

Анализ подобных и иных доктринальных положений позволяет сделать вывод о том, что в научной литературе преобладает подход, в рамках которого обстоятельства, дающие основания для квалификации произошедшего как «несчастливого случая», преимущественно связываются с наступлением необратимых последствий, выражающихся в смерти пациента. Казахстанский законодатель признает за медицинским инцидентом все случаи причинения вреда пациенту, включая его смерть [206].

В научных работах обосновывается мнение, что несчастный случай следует прямо относить к: «специальным основаниям полного освобождения медицинской организации от ответственности перед пациентом», ввиду отсутствия прямой причинной связи между причиненным здоровьем вредом и

медицинским вмешательством [212, с.16].

Считаем, что риск наступления случайных неблагоприятных последствий в медицине всегда обусловлен воздействием медицинского работника на специфический объект – организм пациента, обладающий совокупностью индивидуальных анатомических и физиологических особенностей. Это связано с прогрессирующим заболеванием, влиянием внешних факторов, которые, зачастую, медицинский работник не может заблаговременно предвидеть и, следовательно, предотвратить. Если непредвиденное происшествие, вызывает неблагоприятный исход – на лицо – несчастный случай или, согласно трактовке законодателя – медицинский инцидент.

Анализируя правовую природу медицинского инцидента, влекущего вред жизни и (или) здоровью пациента, можно утверждать, что он соответствует всем юридическим свойствам «несчастного случая». Правовые признаки, по которым эти категории совпадают, заключаются в следующем:

1) отсутствие противоправности в поведении исполнителя медицинских услуг, вред, наступает в результате объективных факторов, не зависящих от исполнителя (индивидуальная реакция, побочные эффекты, осложнения, которые невозможно предусмотреть и предупредить). Концептуальное совпадение данных категорий проявляется в их юридической функции, поскольку они обе используются для фиксации неблагоприятного исхода медицинского вмешательства, при соблюдении стандартов и клинических протоколов, исключают правонарушение и связаны с реализацией медицинского риска, обусловленного природой медицинской деятельности и индивидуальными особенностями пациента;

2) вред возникает на фоне полной добросовестности исполнителя (вина отсутствует). Медицинский инцидент в законодательстве о здравоохранении характеризуется как событие, наступившее в процессе оказания медицинской помощи и повлекшее либо способное повлечь неблагоприятные последствия для пациента и не обусловленные виновным поведением медицинского работника. Аналогичным образом несчастный случай в медицине в научной доктрине определяется как причинение вреда жизни или здоровью пациента вследствие обстоятельств, объективно не зависящих от действий или бездействия субъектов медицинской деятельности [212, с.101];

3) отсутствие причинной связи между поведением исполнителя и наступившим вредом. Оба понятия выполняют идентичную роль и исключают возможность вменения гражданско-правовой ответственности.

Все сказанное позволяет рассматривать медицинский инцидент, связанный с причинением вреда, и несчастный случай как различные терминологические выражения одного и того же правового явления. Аналогичный подход просматривается в научном мнении по поводу регламентации медицинского инцидента и его последствий, в работах М.М. Махамбетчина [213, с.8]. Тем не менее, он полагает, что относительная новизна данной категории обуславливает необходимость уточнения ее содержательных признаков. Указывает, на отсутствие правовых критериев, позволяющих соотносить такие понятия как «медицинский инцидент», «врачебная ошибка», «ятрогения», «страховой

случай», обращает внимание на их некорректную подмену, что предопределяет их неправильную оценку, создает существенные проблемы и порождает излишнюю криминализацию и неразрешимые коллизии [213, с.12].

Нам представляется, что законодатель, вынося за пределы страхового риска медицинские инциденты, тем самым, как бы упорядочил неблагоприятные исходы в медицинской деятельности и поделил их на: нарушения, влекущие ответственность (врачебные ошибки) и случайные непредотвратимые события, не являющиеся следствием неправомерных действий (медицинские инциденты). И это служит дополнительным подтверждением нашей позиции о природе и наказуемости врачебных ошибок.

В свете все чаще встречающегося подхода к медицине как к сфере повышенного риска, особенно актуальными представляются мнения отдельных представителей научного и медицинского сообщества, по поводу важности имущественной поддержки пострадавшего пациента, ставшего потерпевшим участником медицинского инцидента. Они основываются на необходимости прямого подпадания таких случаев под страхование профессиональной ответственности медицинских работников, со ссылкой на зарубежный опыт [214].

Подобная риск-ориентированная модель профессиональной ответственности представляется совершенной с точки зрения обеспечения права пациента на компенсационную поддержку вследствие причинения ему вреда, связанного с оказанием медицинских услуг. Однако на данный момент она является слишком радикальной, поскольку предполагает полное перераспределение профессионального риска через механизм страхования с компенсацией вреда пациенту независимо от вины исполнителя во всех случаях причинения вреда пациенту. Реализация такого подхода связана с возникновением непреодолимых правовых, финансовых и организационных рисков, минимизации которых будет способствовать осуществление переходной модели.

Модель возможного перехода к частично риск-ориентированной системе гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, по нашему мнению, предполагает поэтапную трансформацию с сохранением принципа вины как базового основания деликтной ответственности и постепенным расширением страхового покрытия для вмешательств, характеризующихся повышенной опасностью. Наше видение частично риск-ориентированной модели следующее.

Ее цель – сформулировать внутренне согласованную систему, в которой принцип вины сохраняет дисциплинирующее значение, страхование выполняет функцию компенсации объективно присущего медицинской деятельности риска, а пациент получает гарантированную защиту при причинении вреда вследствие вмешательства, характеризующегося повышенной опасностью. Нормативную согласованность определяет сохранение базовых элементов гражданско-правовой ответственности: наличие вреда, противоправности (дефекта в оказании медицинских услуг), причинной связи, вины. Такая традиционная деликтная модель продолжит действовать для медицинских

вмешательств, не обладающих повышенной опасностью для пациента.

Одновременно меняется подход к существенным правовым категориям.

Во-первых, в данный механизм довольно обоснованно вписывается предлагаемая нами дефиниция - «медицинское вмешательство, характеризующееся повышенной опасностью», под которым предлагается понимать медицинское вмешательство, осуществляемое с применением инвазивных и хирургических методов, лекарственных средств и медицинских изделий, требующих соблюдения специальных правил безопасности в связи с наличием обусловленного повышенного риска причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента. Закрепление данной категории формирует основание для особого страхового режима.

Во-вторых, медицинский инцидент сохраняет свое значение в качестве инструмента контроля качества и безопасности медицинской помощи. Он применяется как индикатор и учитывается медицинскими организациями с целью предупреждения таких инцидентов в будущем (применяется к случаям без вреда).

В-третьих, несчастный случай рассматривается как событие, связанное с неблагоприятным исходом медицинского вмешательства, ставшего последствием внезапных и непредотвратимых событий, произошедших при соблюдении правил оказания медицинской помощи. Данная категория исключает гражданско-правовую ответственность исполнителя, но не лишает пациента права на получение страховой выплаты при вмешательствах с повышенной опасностью (то есть страхование должно покрывать случаи реализации профессионального риска на этот случай). Тем самым достигается согласованность деликтной и страховой модели: принцип вины сохраняется для оценки персональной ответственности, тогда как страхование обеспечивает частичное перераспределение объективно профессионального риска и гарантирует защиту прав пациента.

В предлагаемой модели медицинский инцидент рассматривается как категория внутреннего контроля и также остается вне страховой конструкции. Освобождение от гражданско-правовой ответственности возможно при отсутствии противоправности, причинной связи, вины, допустимого риска либо несчастного случая. Страховой случай определяется фактом причинения вреда и характером вмешательства, квалифицирующегося через степень его опасности. При обычных медицинских вмешательствах перечисленные основания полностью освобождают исполнителя от гражданско-правовой ответственности, тогда как при вмешательствах с повышенной опасностью они освобождают от личной деликтной ответственности, но не исключают страховую выплату, поскольку вред рассматривается как реализация объективного профессионального риска.

Страховой случай в данной концепции формулируется расширительно и охватывает причинение вреда жизни и (или) здоровью пациента медицинским вмешательством, осуществляемым в лечебных целях, в том числе характеризующимся повышенной опасностью. Он не распространяется на научно-экспериментальную деятельность.

С целью демонстрации практической применимости предлагаемой модели приведем пример, раскрывающий логику ее содержания и выявляющий ее защитные преимущества для пациента. Ситуация: во время резекции желудка по поводу злокачественного образования хирург повредил ветвь желудочной артерии, что привело к обильной кровопотере, переливанию крови, частичной потере функций пищеварительной системы и длительной госпитализации с последующей реабилитацией. Действующая модель страхования:

1) Экспертиза устанавливает, что врач действовал не в соответствии со стандартом:

есть нарушение – есть последствия – есть ответственность – есть страховая выплата – есть право возместить ущерб в непокрываемой его части в судебном порядке.

2) Экспертиза устанавливает, что врач действовал в пределах стандарта, соблюдая способы и технику медицинского вмешательства:

нет нарушения – есть последствия, обусловленные медицинским вмешательством с повышенным риском осложнений – нет ответственности – есть медицинский инцидент (несчастный случай) – нет страховой выплаты.

В риск-ориентированной модели:

нет нарушения – есть последствия, обусловленные медицинским вмешательством с повышенным риском опасности – есть медицинский инцидент (несчастный случай) – нет ответственности – есть страховая выплата – нет права получить ущерб в непокрываемой его части в судебном порядке.

Такой подход позволяет обеспечить баланс интересов пациента, медицинского работника и государства, не разрушает существующую традиционную деликтную конструкцию, но дополняет ее элементами риск-ориентированного перераспределения ответственности.

Вместе с тем следует отметить, что существуют разные системы защиты пациента от последствий медицинской деятельности, в том числе компенсация «без вины». Она функционирует в ряде стран, где пострадавший пациент получает возмещение независимо от судебной оценки поведения медицинского работника. Для получения компенсации, как правило, основанием является наличие травмы, осложнений, связанных с медицинскими манипуляциями или факт того, что они могли бы быть предотвратимы [215, с.231].

Примером подобного регулирования отношений, возникающих в случае причинения вреда пациенту, связанному с медицинским вмешательством, является американская практика. Создание компенсационных фондов стало попыткой снизить затраты медицинских организаций на страхование, поскольку в 70-е годы американские страховые компании, злоупотребляя и предлагая им невыгодные условия, существенно раздували страховые взносы до неразумных размеров. Такой альтернативный вариант был предложен как эффективный и доступный способ ограничения риска гражданско-правовой ответственности на случай врачебных ошибок [216].

Фонды компенсации пациентам (PCF) действуют в Индиане, Луизиане, Небраске и Нью-Мексико, Канзасе, Пенсильвании и Висконсине [217]. Они различаются по основаниям создания и функционирования (добровольные и

обязательные), предусматривают разные основания и лимиты для компенсации, но общей целью имеют финансовую поддержку пострадавшего пациента за пределами медицинского страхования.

Во Флориде, Нью-Йорке и Вирджинии действует компенсационный фонд для пациентов, получивших родовые неврологические травмы. Так, Флоридская ассоциация по компенсации неврологических травм (NICA) представляет собой альтернативу судебному разбирательству по делам о врачебной халатности без вины [217]. Медицинские организации – участники ассоциации защищены от деликтных исков в случаях, которые принимаются в программу NICA.

Фонд пострадавших пациентов в Луизиане защищает имущественные интересы частных поставщиков медицинских услуг. Медицинская организация, практикующая в Луизиане, может ограничить свою ответственность суммой в 100 000 долларов США по иску о возмещении причиненного вреда пациенту, через страхование или гарантийный депозит, а остальную сумму снять с себя через полис дополнительной ответственности, оформленный в фонде в целях ограничения ущерба [218].

Согласно программе компенсации за неврологические травмы, связанные с рождением, штата Вирджиния, пособия, покрывающие все виды расходов на восстановление и дальнейшую жизнедеятельность из фонда, получают дети. При этом исключается осуществление права на подачу иска из деликта к медицинской организации (врачу/акушеру), которая (-ый) оказывала услуги по родовспоможению, следствием которых стала родовая травма.

Отметим, что существующая ныне система страхования гражданско-правовой ответственности медицинских работников в Республике Казахстан, хоть и направлена на защиту прав пациента, не покрывает случаев возникновения у него последствий, связанных с медицинским инцидентом (поскольку он связан с непредвиденными и непредотвратимыми обстоятельствами, за которые медицинский работник не отвечает). К тому же даже институт страхования ограничивает пациенту возможность полной компенсации причиненного вреда при оказании медицинской помощи, устанавливая страховые суммы, показывающие предел обязательств страхователя. Поэтому возможность создания подобных фондов можно было рассмотреть в качестве альтернативы перехода к риск-ориентированной модели гражданско-правовой ответственности исполнителей в сфере медицинского обслуживания. Выплата компенсации пострадавшему пациенту в результате случайного и незапланированного для него стечения обстоятельств позволило бы обеспечить его имущественный интерес в покрытии убытков, связанных с дальнейшим восстановлением здоровья. Государство в данном случае не несет ответственность за медицинских работников, а помогает гражданину осуществить право на социальную поддержку с его стороны, выполняя свою социальную функцию.

К обстоятельствам, исключаяющим противоправность, а значит гражданско-правовую ответственность в медицинской сфере, по нашему мнению, следует относить «обоснованный медицинский риск».

Выше мы акцентировали внимание на рисковом характере медицинской деятельности в рамках оказания услуг пациенту и его правовом значении. Следует отметить, что попытки определить понятие «медицинский риск» предпринимаются учеными постоянно.

Так, В.А. Глушков определяет врачебный риск как «...правомерное использование для спасения жизни, сохранения здоровья больного лечебных или диагностических методов, не применяемых в обычных условиях ввиду определенной опасности, если положительный результат недостижим общепринятыми, проверенными средствами» [219, с.73].

По мнению В.И. Саморокова, медицинский риск следует определять как: «обоснованное создание опасности, гарантирующее сохранение и восстановление здоровья и безопасности жизни в связи с хирургическим вмешательством, терапевтическим лечением или медицинским экспериментом, когда достижение положительного результата консервативными методами невозможно» [220, с.65].

По мнению А.В. Каленых, профессиональным риском медицинских работников является «сознательное отступление от существующих правил и методик в самом различном направлении врачебной деятельности, выразившееся во вмешательстве в функционирование человеческого организма, с учетом вероятности положительных результатов или негативных осложнений, в целях спасения жизни или радикального улучшения здоровья больного либо во имя науки и излечения будущих больных» [221, с.71]

В данные определения, по нашему мнению, заложены лишь некоторые существенные характеристики медицинского риска, исходя из его правового значения. Медицинский риск является разновидностью обоснованного риска, осуществляемого в рамках выполнения врачами профессиональных функций.

Правомерными, на наш взгляд, следует считать действия медицинского работника, при которых он рассчитывает предотвратить предвиденную им возможность неблагоприятного исхода, а в действительности такой исход оказывается непредотвратимым. При этом исполнитель не может предотвратить вред не потому, что это выходит за рамки его возможностей, а в силу того, что в пределах возможностей медицины не существует иных способов и средств для этого.

Интересным представляется мнение авторов, которые рассматривают в качестве правомерного вред, являющийся последствием законных, не противоречащих нравственности действий причинителя, основанных на просьбе или добровольном согласии пациента (при пересадке органов и тканей, например), который разрешает воздействие на благо, принадлежащее ему полностью и целиком (при прерывании беременности) [222, с.44]. При исследовании этого вопроса мы не раз отмечали, что с подобным утверждением сложно согласиться. Медицинская помощь изначально характеризуется правомерной направленностью по отношению к конкретному пациенту и причинение вреда как последствий для пациента не подразумевает [223, с.2338]. В описанных выше случаях речь идет скорее не о правомерном причинении вреда, а о медицинском вмешательстве, связанном с повышенным

риском неблагоприятных последствий. Пациент, в рамках законодательно установленной процедуры, дает согласие на применение медицинских мероприятий, осознавая при этом повышенный риск осложнений.

Экстренность и чрезвычайность условий, в которых зачастую осуществляется медицинская помощь, продиктована риском, сопровождающимся угрозой опасности наступления необратимых для пациента последствий. Однако даже в случаях внезапности и безотлагательности, ее цель должна определяться наличием положительного эффекта от фактически осуществимого и основанного на медицинских правилах вмешательства.

Риск признается обоснованным, если он: «1) имеет место для достижения общественно-полезной цели, 2) если указанная цель не могла быть достигнута другими, средствами, не связанными с риском, 3) при этом были предприняты всевозможные меры для предотвращения вреда» [224].

В ст. 34 Уголовного Кодекса Республики Казахстан прямо указано, что «не является уголовным правонарушением причинение вреда в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами» [97].

Гражданское законодательство определяет крайнюю необходимость как причинение вреда «в связи с устранением опасности, угрожавшей самому причинителю или другим лицам, если эта опасность при данных обстоятельствах не могла быть устранена иными средствами» (ст. 912 ГК РК) [5].

Н.А. Кузнецов пишет: «Небесполезно узнать, как юристы трактуют действия медицинского персонала в условиях крайней необходимости. Ведь при реально существующей опасности для здоровья или жизни пациента невозможно ее устранить иными средствами, кроме примененных. Поэтому действия врача, не воспользовавшегося этим крайним средством спасения больного, нельзя считать правомерными» [225, с.41].

Учитывая, что причинение вреда в состоянии крайней необходимости не является основанием освобождения от гражданско-правовой ответственности, правовые последствия риска при таких условиях должны применяться в каждом отдельном случае с учетом правил, установленных ст.920 ГК РК [5]. Согласно им, суд может распределить ответственность между причинителем и третьим лицом, в интересах которого он действовал, переложить обязанность по возмещению только на это лицо, а также освободить от вреда полностью или частично их обоих [5].

Полагаем, что необходимость в риске предопределяется целью медицинской деятельности – предупредить и предотвратить необратимый вред. И, вне медицинского эксперимента, риск следует связывать с крайней необходимостью и под нее подводить.

А.В. Серова, признает риск обоснованным, если медицинский работник использовал всевозможные меры, исключая летальный исход человека, для предотвращения вреда при проведении медицинского эксперимента. А также указывает на необходимость соблюдения правила об информированном

согласии пациента и ознакомлением его с возможностью наступления неблагоприятных последствий [226, с.14-15].

Для врачей, как совершенно правильно отмечает М.Ю. Федорова, описывая обоснованный медицинский риск, «к таким ситуациям следует относить, прежде всего, клинические испытания новых лекарственных средств и методов лечения» [118, с.270]. Разделяя данную точку зрения, считаем правильным ограничить сферу применения этого института. Наша позиция по данному вопросу обусловлена тем, что оценка данного явления отличается сложностью, а процесс доказывания его обоснованности – многозадачным. Основания освобождения от гражданско-правовой ответственности в такой специфической сфере, как медицина, должны быть максимально определенными, требующими точной правовой интерпретации и исключающими ошибочную квалификацию обстоятельств, в которых медицинский работник может профессионально рисковать [191, с.86].

Обоснованный медицинский риск по своей правовой природе должен быть ограничен рамками медицинского эксперимента и клинических исследований, поскольку именно эти виды деятельности допускают осознанное отступление от стандартных медицинских методов при наличии научной цели, специального правового режима и усиленных гарантий для пациента. Такое ограничение соответствует принципу правовой определенности и исключает подмену экспериментальной деятельности повседневной лечебной практикой, которая должна базироваться на апробированных и клинически обоснованных методах доказательной медицины.

Юридическое закрепление данного подхода позволяет исключить расширительное толкование допустимого риска и создать дополнительные гарантии для безопасности пациента, четко разграничить стандартное медицинское вмешательство и эксперимент, а также установить повышенные требования к информированному согласию и контролю со стороны государства с целью обеспечения конституционного права на охрану жизни и здоровья.

Ограничение ответственности за риск проведения медицинских экспериментов в Республике Казахстан опирается на принцип допустимого и научно-обоснованного риска. Кодекс «О здоровье народа» предусматривает, что проведение исследований допускается только при наличии научного обоснования, одобрения специальной комиссией, соблюдения протокола безопасности и получения добровольного информированного согласия участника [7]. Такое согласие формирует юридическую презумпцию осведомленности лица о возможных неблагоприятных последствиях, что исключает абсолютную имущественную ответственность исследователя и медицинской организации при отсутствии вины, нарушений методики и превышения допустимого риска. Деятельность врачей даже в условиях профессионального медицинского риска должна сопровождаться соблюдением права пациента на информированное согласие, в противном случае расценивать риск как правомерное явление недопустимо.

На наш взгляд, основанием освобождения от гражданско-правовой ответственности должен являться «обоснованный медицинский риск», под

которым следует понимать «вероятность наступления неблагоприятного исхода при законном биомедицинском или клиническом исследовании, проводимом ради общественной пользы, с применением мер по предотвращению вреда и при информированном согласии пациента».

В соответствии с этим необходимо дополнить законодательство о здравоохранении положением о том, что «Причинение вреда жизни и (или) здоровью лица при проведении биомедицинских и (или) клинических исследований в пределах обоснованного медицинского риска не влечет гражданско-правовой ответственности».

В связи с этим требует дополнения понятийный аппарат (ст.1), а также ст. 227 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» соответственно [7].

Предложенная формулировка на наш взгляд не вступает в коллизию с положениями Гражданского Кодекса, поскольку носит характер специальной нормы, исключаяющей противоправность причинения вреда в условиях правомерного обоснованного медицинского риска. Она соответствует принципу ответственности за вину, не нарушает договорных обязательств и обеспечивает баланс публичных и частных интересов.

Реализация данного предложения позволит обеспечить гарантии прав участников экспериментального исследования и поддержку научного прогресса, поскольку отсутствие законодательных решений, дифференцирующих ответственность за обоснованный медицинский риск, может создавать препятствия для развития клинической науки и внедрения инновационных методов лечения.

В ходе исследования, а также в своих публикациях, посвященных проблемам правового регулирования отношений, возникающих по поводу оказания медицинских услуг, мы указывали, что рисковый характер медицинской деятельности признает большинство ученых, занимающихся проблемами медицинского права, [191, с.80]. Уникальность человеческого организма является тем фактором, который лежит в основе непредсказуемости последствий, которые вызывают медицинские вмешательства. На каждом этапе эволюции медицинской науки и клинической практики специалисты вынуждены признавать объективную ограниченность достигнутого уровня их развития. Возникновение новых, ранее не диагностируемых заболеваний во многом обусловлено воздействием техногенных факторов и ухудшением экологической обстановки. Существенное влияние оказывают мутационные изменения вирусов, высокая скорость распространения социально значимых и опасных инфекций в условиях глобализации, вероятность проявления наследственных патологий, а также появление ранее неизвестных форм аллергических реакций организма человека на внешние раздражители. Совокупность указанных обстоятельств, наряду с наличием значительного числа тяжелых и до настоящего времени полностью неизлечимых заболеваний, формирует устойчивые риски для качества и продолжительности жизни современного человека.

В этой связи ключевой задачей медицинской практики выступает минимизация наступления неблагоприятных последствий, связанных с медицинским вмешательством, а также предупреждение их возникновения. Поскольку сама медицинская деятельность по своей природе объективно сопряжена с допустимым риском, правовое содержание категории медицинского риска должно быть сформулировано четко и однозначно, а основания освобождения от ответственности в связи с его реализацией – носить строго ограниченный и исключительный характер.

В предлагаемой нами частично риск-ориентированной модели гражданско-правовой ответственности допустимый в сфере медицинских экспериментов и клинических испытаний медицинский риск служит основанием освобождения медицинского работника от ответственности и не охватывается страховым покрытием. В связи с этим при реализации указанной системы для исследований следует устанавливать специальный автономный компенсационный режим, связанный с созданием отдельных фондов или страхованием научных исследований. Это сохранит стимулирующий эффект правомерного риска научной деятельности.

Анализ развития законодательства о здравоохранении показывает, как меняется отношение государства к правовому регулированию отношений, возникающих в связи с оказанием медицинских услуг. Новый для Казахстана институт страхования профессиональной ответственности медицинских работников, внедрение новых систем контроля качества направлены на снижение конфликтности в данной сфере, укрепление доверия к системе здравоохранения и создание баланса интересов пациента, медицинского работника и государства посредством сочетания страховой и контрольной модели регулирования. Однако проблемы обеспечения качества медицинских услуг все еще продолжают оставаться актуальными. Часть из них разрешимы путем последовательной работы по совершенствованию действующего законодательства, в том числе, регулирующего ответственность их исполнителей. Представляется, что прямое определение правовых последствий «врачебной ошибки» и «обоснованного медицинского риска» позволит устранить неопределенность и упорядочить практику применения норм об ответственности в медицинской сфере, а также избежать ошибок в юридической оценке наказуемых и ненаказуемых деяний. Модель, которая основана на четком понятийном аппарате обеспечивает внутреннюю согласованность правовых институтов и предсказуемость правоприменительной практики.

Все вышеизложенное позволяет нам сделать вывод о своевременности исследуемых нами вопросов. Анализ иных мер, предпринимаемых государством для формирования комплексной системы, направленной на правовое обеспечение качества и эффективности медицинских услуг, содержится в заключительном разделе нашей работы.

2.4 Современные тенденции развития и совершенствования законодательства, направленного на обеспечение качества медицинских услуг и регламентирующего ответственность их исполнителей

Продолжая анализировать проблемы ответственности медицинских работников при осуществлении ими своей профессиональной деятельности, отметим, что сегодня они стоят особо остро. Огромный массив жалоб на некачественное медицинское обслуживание, претензий, исков, рассматриваемых судами, отражает вечный конфликт медицинских работников и пациентов, попытки разрешить который государство предпринимает путем совершенствования действующего законодательства на основе обобщения практики применения норм о защите прав пациентов. Несмотря на то, что основным принципом государственной политики в сфере здравоохранения является принцип обеспечения качества медицинского обслуживания на всех уровнях, пациенты не всегда удовлетворены им, что подрывает их доверие к институту медицины в целом и государству как гаранту качества медицинских услуг.

Согласно данным социологического опроса Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, отмечается рост удовлетворённости населения качеством медицинских услуг - с 41,9% в 2024 году до 43,2% в 2025 году, что свидетельствует о практической эффективности реализуемых реформ и их восприятии гражданами [227].

Последние пять лет были ознаменованы попытками государства экстренно осуществлять реформы в сфере здравоохранения, чему послужило появление и молниеносное распространение коронавируса, который стал роковым для мирового сообщества. Ситуация, сложившаяся в большинстве стран мира, включая Казахстан, вскрыла проблемы медицины в целом и неготовность обеспечивать качество оказания экстренной медицинской помощи в условиях массовой пандемии. В этих непростых условиях происходила модернизация современной системы здравоохранения на национальном уровне, в том числе путем сохранения курса на поддержание качества оказания медицинских услуг и защиту прав пациента на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Однако, если обратиться к неофициальной статистике, и проанализировать ее результаты, можно утверждать, что поведение пострадавших пациентов, желающих добиться справедливости, не редко становятся объектом возмущения медицинских работников и в силу ведомственных интересов, сталкиваются с огромным количеством правовых и процессуальных препятствий в доказывании неблагоприятных последствий ненадлежаще оказанных медицинских услуг. В связи с этим, государство предприняло ряд серьезных реформ по совершенствованию механизмов защиты прав пациента и действенного контроля в системе здравоохранения.

На сегодняшний день, в республике действует уполномоченный орган, задачи которого направлены на организацию контроля медицинской и фармацевтической деятельности – Комитет контроля медицинской и

фармацевтической деятельности, его департаменты функционируют во всех областных центрах Казахстана.

В рамках своей компетенции данный орган осуществляет контрольные мероприятия, результатом которых становится пресечение незаконной медицинской деятельности, выявление нарушений правил хранения лекарственных средств, санитарных правил при оказании медицинских услуг, квалификационных требований к персоналу и др. Выявляемые нарушения объективно повышают риск причинения вреда жизни и здоровью пациентов.

В рамках профессиональных функций уполномоченного органа, осуществляющего государственный контроль и надзор, Комитет ежегодно подводит итоги мониторинга, выявляя и обобщая тенденции и отслеживая динамику процессов, происходящих в сфере оказания медицинских услуг [228]. Такой подход позволяет обеспечить контроль их качества.

В литературных источниках, отмечается, что качество медицинских услуг оценивается по следующим направлениям:

- пространственное (месторасположение, транспорт);
- информационное (коммуникации, связь и сервис);
- профессионально-сервисное (лечение и качество обслуживания);
- финансовое (стоимость лечения, оплата) [230, с.110].

ВОЗ выделяет четыре индикатора качества осуществляемой медицинской помощи:

- 1) высокая степень профессионализма;
- 2) эффективное использование ресурсов;
- 3) минимальный риск для пациента;
- 4) удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием [231].

Измерение качества медицинских услуг традиционно состоит из двух составных частей: объективной и субъективной. Объективную часть обычно оценивают с помощью количественных показателей, включая медицинскую статистику. Что касается субъективной составляющей, то это в большей степени касается ожиданий самого пациента, связанных не только с результативностью лечения, но и уровнем предоставляемого сервиса. Оценка удовлетворенности и доступности медицинской помощи, на наш взгляд, является определяющей, и отражает как эффективность управления деятельностью лечебно-профилактического учреждения, в котором она оказывается, так и эффективность системы здравоохранения в целом.

Стоит отметить, что иногда в силу различных обстоятельств объективная и субъективная оценки качества медицинских услуг могут дать противоположные результаты. Это связано с тем, что, несмотря на их качественное предоставление и положительный исход, пациент все равно может остаться неудовлетворенным (например, уровнем сервиса, отношением к нему и пр.), в то время как при отсутствии или слабом эффекте, но на фоне общей удовлетворенности возникает положительное восприятие и, как следствие, высокая оценка. Кроме того, на формирование субъективной оценки также могут влиять другие объективные факторы, такие как

месторасположения медицинского центра, стоимость услуг, время ожидания приема, удовлетворенность сервисом и пр.

В рамках субъективной составляющей оценки качества медицинского обслуживания Казахстан проводит опрос граждан. При оценке большинства характеристик медицинских услуг используется ориентация на потребителя и его субъективное восприятие. В целях максимально удобного формата пациентам предлагается подтвердить или опровергнуть утверждения, характеризующие качество предоставления медицинских услуг. Прослеживается достаточно высокий удельный вес тех, кто затруднился ответить. Для анализа полученных данных ответы структурируются в соответствии с их направлением, конкретным индикатором и коэффициентом соотношения положительных и отрицательных оценок (чем выше коэффициент, тем выше оценка конкретного индикатора). На этой основе и формируется характеристика восприятия качества медицинских услуг. Сбор и систематизация такой информации способствует выявлению проблемных областей и формированию объективной картины потребительской удовлетворенности качеством, что позволяет совершенствовать гражданско-правовые механизмы контроля, ответственности и повышения безопасности и эффективности медицинских услуг.

Не смотря на системную работу со стороны государства, официальная статистика показывает ежегодное увеличение количества административных дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг [232]. Представляется, что проблема современного здравоохранения заключается в том, что в случае выявления дефектов медицинских услуг, диагностических и лечебных ошибок традиционным является подход, согласно которому, они рассматриваются не как организационный недостаток и просчет системы, а как индивидуальное упущение исполнителя или изделия медицинского назначения, а для пресечения и профилактики зачастую используются порицание и дисциплинарное наказание нарушителя.

Используя опыт развитых зарубежных государств, Казахстан реформирует современную систему здравоохранения в целях улучшения качества медицинской помощи. Поскольку основным показателем качества в сфере здравоохранения является безопасность пациентов, ее гарантии достигаются осуществлением принципа гласности и признания врачебных ошибок, как составной части ее многоуровневой системы. Мерами, необходимыми для обеспечения качества медицинских услуг и позволяющими занять достойное место в ряду стран с высоким уровнем медицины, являются признание и профилактика медицинских ошибок, единый подход к их разрешению и предупреждению, подготовка и реализация мероприятий, направленных на устранение их причин, повышение квалификации медицинских работников и уровня их профессиональной ответственности.

Процесс демократизации общества, переход медицинских услуг из разряда социальных в разряд коммерческих, решение проблем пандемии в международных масштабах, лежат в основе формирования кардинальных изменений и развития. В этих условиях особенно актуальными становятся не

только проблемы ответственности медицинских работников, но и оптимизация механизма контроля за качеством оказания медицинской помощи. Отметим, что государство предпринимало попытки разработать эффективный механизм контроля дефектов медицинских услуг еще в 2013 году, утвердив систему «СУКМУ», которая действовала в Республике Казахстан до 2015 года, однако, показала слабую эффективность [233]. Ее работа, в основном, была направлена на фиксацию дефектов медицинской помощи стационарных больных, однако, акцент делался на точное соответствие установленным стандартам, без учета отдельных обстоятельств, без внимания к конкретным случаям и без выяснения причин возникших недостатков.

Современная организация оценки качества оказания медицинской помощи представляет собой двухуровневую систему, целью которой является не только обобщение поступающей и подлежащей фиксации информации, но и использование результатов, полученных при ее детальном анализе для дальнейшего реформирования системы здравоохранения, а также законодательства, регламентирующего ее работу (п.4 ст.35 Кодекса «О здоровье народа») [7].

В своих статьях мы обращали внимание на то, что внедрение специальных механизмов экспертизы качества медицинских услуг осуществляется в Казахстане еще с 2009 года. Первый из них был связан с деятельностью службы внутреннего аудита. В настоящее время это подразделение во всех медицинских учреждениях согласно Кодексу «О здоровье народа» создается как Служба поддержки пациента и внутренней экспертизы. Целью его создания является обеспечение прав пациентов на получение своевременной, качественной и безопасной медицинской помощи в необходимом объеме.

В соответствии со ст.35 Кодекса «О здоровье народа» «Представители службы поддержки пациента занимаются решением проблем (обращений) пациентов на месте по мере их появления и в оптимальные сроки (5 дней)» [7].

Механизм внешней экспертизы качества медицинских услуг согласно действующему Кодексу «О здоровье народа» претерпел ряд значительных изменений. Связаны они с реформированием института независимой экспертизы для объективной оценки качества медицинской помощи, оказываемой пациентам в Республике Казахстан. Сегодня внешняя экспертиза качества медицинских услуг (помощи) проводится:

«1) государственным органом в сфере оказания медицинских услуг (помощи), в том числе с привлечением независимых экспертов и (или) профильных специалистов в области здравоохранения;

2) фондом социального медицинского страхования в рамках мониторинга исполнения договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг;

2-1) органами местного государственного управления здравоохранением в отношении медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы;

3) независимыми экспертами и (или) профильными специалистами в области здравоохранения при привлечении их физическими или юридическими лицами на договорной основе;

4) ведомством Управления делами Президента Республики Казахстан в отношении подведомственных организаций (п.4 ст.35 Кодекса «О здоровье народа»)» [7].

В настоящее время споры о ненадлежащем качестве медицинских услуг, как и раньше, разрешаются исключительно с привлечением медицинских экспертов. При этом выявляются следующие системные недостатки: эксперты вынуждены применять правовую терминологию, точное содержание которой им неизвестно, либо дают оценки за пределами своей профессиональной квалификации (в том числе в аспекте установленной прямой или опосредованной причинно-следственной связи); при этом используемый специалистами понятийный аппарат нередко отличается недостаточной определенностью и оказывается малопонятным для иных участников судебного разбирательства. Дополнительная сложность рассмотрения данной категории дел обусловлена тем, что в подобных ситуациях суду приходится давать правовую оценку специфическим медицинским правоотношениям, в которых судьи, как правило, не обладают необходимым уровнем профессиональных знаний. Учитывая это, заключение судебно-медицинской экспертизы официально определяет исход спора, что предъявляет чрезвычайно высокие требования к качеству экспертных действий.

Пациенты, защищающие нарушенное право на качественное медицинское обслуживание, замечают проявления корпоративной замкнутости среди медицинских специалистов, а также нечеткость и противоречивость экспертных заключений. Это, в свою очередь, обуславливает необходимость проведения дополнительных экспертиз по одному и тому же делу и приводит к многолетнему затягиванию судебного разбирательства по «медицинским делам».

Объективной оценке способствует обращение граждан за независимой экспертизой. Институционализация независимых экспертов в системе здравоохранения Казахстана требует обеспечения гарантий прав пациентов и медицинских работников. На сегодняшний день существуют специализированные объединения – ассоциации независимых экспертов, защищающие права пациентов, а также потребительские союзы пациентов по различным группам заболеваний (диабетологические, онкологические, кардиологические и другие) и профессиональные неправительственные организации, которые оперативно реагируют на возникающие проблемы. Министерством здравоохранения РК создан официальный реестр независимых экспертов, прошедших аккредитацию в порядке, установленном нормативными правовыми актами. Независимые эксперты привлекаются как к выездным экспертным процедурам, так и к внешнему аудиту в рамках служб внутреннего контроля медицинских организаций. Они включаются в состав комиссий по рассмотрению жалоб пациентов на качество медицинской помощи и, руководствуясь принципами открытости, объективности и прозрачности,

участвуют в экспертизе летальных исходов для дачи оценки и обоснования. Независимые эксперты привлекаются для обоснования объемов страховых выплат, а также включаются в состав аттестационных комиссий.

Новым значительным этапом в сфере обеспечения права пациента на качественную медицинскую помощь стало появление в Казахстане долго обсуждаемого и давно ожидаемого института страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Как мы отмечали выше, Концепция его внедрения была разработана как продолжение поручения Президента Республики Казахстан о внедрении в Республике Казахстан «обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника». Преимущества и недостатки такого подхода долгое время исследовались и обсуждались представителями медицинского и юридического научного сообщества [234].

Первоначально концепция предусматривала возмещение пациенту в случаях невинного причинения вреда его здоровью за счет средств саморегулируемых организаций в рамках гарантирования профессиональной ответственности медицинских работников. Она содержала предложения по изменению законодательства о здравоохранении с учетом «обязательного гарантирования профессиональной ответственности медицинских работников субъектами здравоохранения» [235]. Наряду с этим, программа предусматривала постепенный пересмотр норм административного и уголовного законодательства с целью декриминализации и гуманизации действующего законодательства. Для конкретизации действующих норм и совершенствования практики их применения в Уголовный Кодекс Республики Казахстан предполагалось ввести понятия «медицинская ошибка» и «добросовестное заблуждение», а также возможность принятия альтернативных форм наказания за них.

Следует отметить, что разработчики концепции опирались на опыт развитых стран с медициной высокого уровня, где институт страхования ответственности медицинских работников уже подлежал реализации. История его возникновения уходит к первой половине 20 века. Основателем этой системы считается Франция, где в 1825 году был принят соответствующий закон (в сочетании со страхованием конного транспорта от аварий), затем Германия в 1871 году, а Англия в 1880 году вводят в действие закон о гражданской ответственности отдельных категорий предпринимателей на случай несчастия на производствах [236]. Позже страховые компании по всей Европе начали внедрять систему страхования ответственности. В настоящее время система страхования ответственности медицинских работников – неотъемлемая часть системы здравоохранения во всех развитых зарубежных странах, а в большинстве из них это условие является обязательным для выдачи медицинской лицензии. Даже в тех юрисдикциях, где такой порядок не установлен законом, такие требования устанавливают медицинские учреждения в целях подтверждения платежеспособности их работника на случай ответственности за возможные медицинские ошибки [237, с.143].

В Швеции действует Ассоциация страхования интересов пациентов. Потребительские медицинские жалобы поступают в Ассоциацию страхования пациентов, которая проводит свою экспертную оценку и, при подтверждении требований законности и отсутствии риска для субъектов здравоохранения, обеспечивает предоставление компенсационных возмещений. Другим примером является Канадская ассоциация медицинской защиты. На немецком рынке также действует около 10 частных страховых компаний, предлагающих страхование медицинской ответственности [238, с.155].

Имея достаточную историю становления и общие цели, институт страхования профессиональной ответственности медицинских работников в зарубежных правовых системах устроен по-разному. Общее для них одно – сведение к минимуму рисков в медицине.

В разрезе страхования профессиональной ответственности к таким (страховым) рискам можно отнести:

«- риск оказания некачественных услуг, приведших к проблемам со здоровьем клиента;

- риск нанесения урона здоровью и жизни пациента источником повышенной опасности (лечение ионизирующей радиацией, побочный эффект от приема лекарств);

- риск ошибочной постановки диагноза; неподходящего курса лечения;

- риск упущения при выписке рецепта на медикаменты;

- риск несвоевременных выписки из больницы, закрытия больничного листа и др.» [239, с.81].

Критерием для разграничения моделей страхования ответственности медицинских работников является практика обвинения медицинского работника и наложения на него штрафов. Согласно этому критерию, система «вины» и система «нет вины» различаются. Система «вины» («система деликтной ответственности») предполагает, что виновный медицинский работник имеет определенные последствия от своего проступка, если жалоба пациента обоснована: наказания, выговор, обучение – дополнительное образование, отзыв лицензии и многое другое. Эта система требует судебного решения в силу специфики применения санкций к медицинскому работнику. Данная модель успешно внедрена в Австралии, Австрии, Канаде, Ирландии, Италии, Японии, Мексике, Нидерландах, Польше, ЮАР, Великобритании и США [240].

Альтернативой системе «вины» является система «без вины» («система страхования ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя»). Данная модель базируется на безошибочной системе возмещений. В тех странах, где она действует, судебной оценки ответственности врачей для выплаты компенсации пострадавшим пациентам не требуется [241]. Отправной точкой для компенсации обычно является сама травма или тот факт, что травму можно было предотвратить. Система наделяет пациента правом получить компенсацию, без доказывания вины или халатности медицинской организации. Возмещение пациентам, чьи права нарушаются ненадлежащими медицинскими услугами, финансируется за счет частных средств коммерческих

и некоммерческих страховых компаний (в Дании, Финляндии) или государством (Швеция и Новая Зеландия) [242]. На добровольной основе страхуют профессиональную ответственность только в Бельгии, Бразилии и в Индии.

И система деликтной ответственности, и система выплаты за вред «без вины» своей целью имеют защиту пострадавших пациентов путем выплаты им компенсации и предупреждение оказания некачественных медицинских услуг. Однако, они достигают этой цели разными способами, «...в том числе и при контроле прямых и косвенных затрат на систему охраны здоровья в системе страхования ответственности» [242].

Следует отметить, что первым вопросом, разрешаемым авторами концепции в процессе изучения международного опыта развитых государств, был вопрос финансирования. В связи с этим, основными моделями, предложенными для обсуждения изначально, стали рыночная и социальная, а путями реализации – страхование ответственности или гарантирование. Отметим, что позиция законодателя, представленная в первоначально разработанной и широко обсуждаемой программе, шла по пути предоставления функций по обеспечению прав пациентов в связи с рисками в медицине страховым компаниям или специально созданному для этих целей Фонду [241]. При этом в концепции были представлены плюсы и минусы обеих систем, среди которых указывались: вопросы финансирования, возможной коррупционной составляющей, конфликта интересов.

Анализ дискуссии, развернутой в средствах массовой информации юристами, медицинскими работниками и общественными деятелями показал, что наиболее предпочтительным для большинства вариантов виделось создание Фонда гарантирования профессиональной ответственности медицинских работников, существование которого должно было существенно снизить количество судебных исков, и повысить качество риск-менеджмента медицинских организаций. Отмечалось, что такая схема потребовала бы от государства определенных капитализационных вложений на первоначальном этапе и продуманной системы дальнейшего финансирования, однако именно она смогла бы эффективно обеспечить защиту прав пострадавших пациентов, не возлагая на них дополнительных процессуальных обременений, связанных с доказыванием вины медицинских работников. Такое положение существенно облегчало бы процесс осуществления компенсаций и позволяло реализовывать действие основополагающего принципа в современном здравоохранении Казахстана – повышение ответственности за вред, причиненный здоровью пациента. При рассматриваемом подходе государство как гарант становилось основным участником совершенно новых правоотношений, осуществляя социальную функцию, по формированию и обеспечению стандарта качества жизни населения.

Однако, дальнейшее рассмотрение системы гарантирования, заложенной в исследуемой концепции, вызывало ряд принципиальных правовых вопросов, ответ на которые ее разработчики не давали. Первый и основной момент, который обращал на себя внимание – компенсация за причиненный ущерб

здоровью пациента должна была выплачиваться при отсутствии виновных действий со стороны медицинского работника. Существование гарантированного обеспечения профессиональной ответственности означало, что пациенту будет компенсироваться вред в случае допущения профессиональной ошибки, под которой понималось «добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла, направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента» [235]. Кроме того, следует отметить, что согласно законопроекту, компенсации подлежали лишь «случаи причинения вреда здоровью пациента, которые относились к категории предотвратимых» [235].

Система гарантирования, предлагаемая ранее для внедрения по опыту некоторых государств, существенно ограничивала права пациентов, пострадавших от умышленных действий медицинских работников, и не могла способствовать безусловному обеспечению права пациента на возмещение вреда, причиненного его здоровью. После детального анализа и многолетних обсуждений, законодатель остановился на институте страхования профессиональной ответственности медицинских работников, внося соответствующие нормы в Кодекс «О здоровье народа», который основан на системе «без вины» и придает юридическое значения факту причинения вреда, возникшего в результате медицинской деятельности, а не вине осуществляемого ее лица. Ее преимуществами являются оперативное и доступное получение компенсации пациентом, сокращение времени и расходов для исполнителей, снижение конфронтации между взаимодействующими субъектами. В качестве недостатков выступает размер возмещения, сниженный по сравнению с компенсациями в деликтной системе и сложности финансирования.

На сегодняшний день все медицинские работники и медицинские учреждения, которые оказывают медицинские услуги гражданам, обязаны заключить договор страхования профессиональной ответственности до начала своей деятельности (п.2 ст.270-1 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Минимальный размер страховой премии (взноса) устанавливается действующим законодательством, исходя из специализации медицинского работника, чья ответственность подлежит страхованию [205] (Приложение 1 Правил страхования).

В качестве страховщика по договору выступает единый страховой (перестраховочный) пул как объединение страховых организаций, без образования юридического лица, созданное для целей страхования профессиональной ответственности медицинских работников Республики Казахстан (п.п.1 п.2 Правил страхования) [205].

Страхование покрывает вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате медицинской деятельности, включая врачебные ошибки. Страховым случаем законодатель признает факт причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате осуществления медицинской деятельности (п.5. ст.270-1 Кодекса «О здоровье народа») [7]. Он подтверждается предоставлением страховщику соответствующих документов и устанавливается заключением

независимой экспертной комиссии. Согласие пациента с решением комиссии оформляется соглашением о разрешении спора с медицинской организацией и свидетельствует об отсутствии дальнейших претензий к ней. Несогласие с результатами комиссии оставляют за пациентом (его супругом (-ой), близким родственником, законным представителем) право обратиться в государственный орган в сфере оказания медицинских услуг (помощи) – Комитет медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан или в суд (п.2 ст.270-2), а далее – в суд [7].

Следует отметить, что позиция законодателя, который установил в качестве процедуры факта причинения вреда внесудебный порядок, отвечает интересам пациента, обеспечивает его право на защиту и видится нам цивилизованной и верной. Разумеется, это вовсе не означает, что медицинские учреждения с легкостью начнут признавать свои ошибки, облегчая процедуру получения страховых выплат пациентами. Такой подход не отвечает их интересам, что позволяет делать предположения о частичной неэффективности порядка установления факта причинения вреда, предусмотренного законом.

Представляется, что модель страхования, реализуемая в Казахстане, приближена к модели «без вины» («no-fault»), однако не является ее полной версией, поскольку экспертная оценка и административная процедура разрешения сохраняют элементы квалификации вреда и ответственности. Риски, связанные с повышено-опасными медицинскими вмешательствами, нашей системой не учитываются, а случаи причинения вреда в связи с ними подводятся под медицинский инцидент и не признаются страховыми. Поэтому видится целесообразным постепенный переход к частично риск-ориентированной модели гражданско-правовой ответственности медицинских работников, предусматривающей ее страхование, которое охватывает случаи причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента, включая несчастные случаи, связанные с применением вмешательства, обладающего повышенной опасностью.

Помимо нормативной несогласованности, пути преодоления которой мы обозначили в предыдущем разделе нашего исследования, такая система, безусловно, предполагает предсказуемые экономические и организационные риски для страховых компаний и страховой сферы в целом. Они связаны с недостаточностью финансовых резервов для покрытия убытков и экономической конъюнктуры и могут снижать финансовую устойчивость страховщиков, усложнять выполнение ими своих страховых обязательств, а также формировать нестабильность на рынке страховых услуг. Поэтому возможная реализация данной модели связана с систематической оценкой и системным управлением такими рисками.

Ныне действующее законодательство, обеспечивающее реализацию страхования ответственности медицинских работников, устанавливает минимальные суммы страховых выплат, которые варьируются в пределах 300 МРП для пострадавших пациентов без установления инвалидности, до 800 МРП – с инвалидностью (соответственно группе) (п.3 ст.270-4 Кодекса «О

здоровье народа») [7]. Такой подход, на наш взгляд, несколько не отвечает полноте защиты прав пациента. Если максимальная разовая выплата не удовлетворяет его требований и не покрывает возникшего ущерба, он вправе обратиться в суд с целью получения дополнительного возмещения, а это делает рассматриваемую систему ненадежной и недоработанной в тех целях, для которых она создавалась. Здесь, по нашему мнению, следует согласиться с авторами, которые предлагают заменить единовременную выплату аннуитетными платежами, покрывающими утраченный заработок или средний доход на основе норм, предусматривающих подобный порядок в случае причинения вреда жизни и здоровью работника на производстве [243, с.23].

Система обязательного страхования ответственности медицинских работников характеризуется существенными правовыми преимуществами, как для исполнителя медицинских услуг, так и для пострадавшего в результате медицинского обслуживания пациента.

Во-первых, страхование профессиональной ответственности, согласно гражданскому законодательству направлено на компенсацию выгодоприобретателю в случае любых (в том числе виновных) действий страхователя. Так, согласно п.1 ст.839 ГК РК страховщик не освобождается от осуществления страховой выплаты по договорам страхования гражданско-правовой ответственности, если страховой случай произошел по вине лица, чья ответственность является объектом страхования. Думается, что ответственность медицинских работников, в результате совершения ими виновных действий также охватывается страхованием, а иной подход делает эту систему обеспечения права пациента на защиту неполной и существенно его ограничивает.

Во-вторых, учитывая, что система страхования ответственности, отталкиваясь от нормативов, предусмотренных в законе, и допускает дифференциацию в расчетах страховых премий и предоставление дополнительных условий, учитывая страховые риски отдельных исполнителей, следует ожидать повышения качества медицинских услуг, поскольку такая система будет стимулировать последних к найму профессионального медицинского персонала, повышению его квалификации с целью предупреждения профессиональных ошибок, затратам на качественное оборудование и лекарственные средства.

В-третьих, реализуемая система страхования направлена на защиту не только пациента, но и имущественных интересов медицинского работника, в случае неблагоприятного исхода его профессиональной деятельности.

И наконец, изменение действующего законодательства в части его дополнения определением «медицинский инцидент», свидетельствует о намерениях законодателя конкретизировать нормы об ответственности исполнителя в медицинской сфере, и определить ее границы. Вместе с тем, следует отметить, что в предложенных новеллах так и не появилось определение врачебной ошибки, что значительно затрудняет практику правоприменения в части оценки профессиональных упущений, допущенных медицинскими работниками, с точки зрения медицины и права.

С целью конкретизации правовых последствий неблагоприятных исходов медицинского вмешательства считаем необходимым предложить следующее.

Согласно сформулированной нами точки зрения относительно, понятия «врачебная ошибка» (см. раздел 2.3), она должна влечь все виды ответственности для исполнителей, их допустивших (включая гражданско-правовую), а значит, предусматривать страховые выплаты в рамках института страхования ответственности медицинских работников. Тогда как «медицинские инциденты», на наш взгляд, могут влечь компенсацию пострадавшим пациентам из специального Фонда, организацию которого может взять на себя государство. Создание фонда пострадавших пациентов – это важный элемент системы защиты прав пациентов, направленный на компенсацию ущерба, полученного в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Как отмечалось нами выше, подобная компенсационная схема работает в Новой Зеландии. Ее концептуальной основой является то, что риск наступления неблагоприятных последствий при осуществлении медицинской деятельности связывается не только с ошибочным поведением медицинского работника, но и с рядом факторов, которые от них не зависят (предовратимость вреда, восприимчивость пациента)[215, с.231]. При получении в связи с медицинским обслуживанием вреда пациент может обратиться в Новозеландскую корпорацию по компенсации при несчастных случаях. С установленной в процессе рассмотрения жалобы виной медицинского учреждения связано право пациента обратиться с иском в суд. Поэтому система компенсации выступает дополнением к страхованию профессиональной ответственности медицинских работников. Таким образом, система компенсации лишь дополняет страхование профессиональной ответственности.

Государственно финансируемые фонды пострадавших пациентов существуют в странах Северной и Западной Европы – в первую очередь, во Франции, Швеции, Дании и Норвегии. Они обеспечивают внесудебную защиту прав пациентов, уменьшают конфликтность и нагрузку на суды, финансируются через налоги и бюджеты системы здравоохранения.

Во Франции действует ONIAM (Национальное управление по компенсации медицинских несчастных случаев) – государственный орган, созданный в 2002 году для организации компенсации пострадавшим от медицинских ошибок [244]. Этот фонд финансируется за счет государственного бюджета и обеспечивает компенсацию пациентам без судебного разбирательства на случаи неблагоприятного исхода для пациента, возникшего без вины медицинского учреждения, случайного инфицирования в больницах, осложнений после вакцинации и др. [245]. В случае, если медицинская ошибка не является следствием вины, компенсация выплачивается напрямую из ONIAM. Если ошибка произошла по вине медицинского учреждения, компенсация может быть покрыта его страховкой, а в случае ее отсутствия – за счет ONIAM.

В Швеции функции по осуществлению выплат пострадавшим пациентам выполняет LÖF. Ее финансирование осуществляется через обязательные страховые взносы от всех регионов (финансируемых из государственного

бюджета), которые рассчитываются на основе числа пациентов, затрат на здравоохранение, статистики ущерба. Частично пополнение фонда обеспечивается доходом от инвестирования резервных страховых фондов для покрытия крупных выплат. Механизм полностью управляется в рамках государственной системы здравоохранения и обеспечивает пациентам возмещение ущерба, возникшего как последствия от медицинских услуг, при отсутствии вины их исполнителя [246].

Фонд компенсации пациентов в Норвегии – NPE (государственное учреждение, созданное в 1988 году (и реформированное в 2003 г.), которое принимает заявления от пострадавших пациентов, выносит решения о компенсации и обеспечивает выплату на случаи причинения вреда здоровью, моральный вред, утрату трудоспособности и т.д. Фонд формируется через централизованные обязательные взносы, поступающие от всех медицинских учреждений страны – как государственных, так и частных. Государственные учреждения, в свою очередь, финансируются из государственного бюджета, что делает модель, по сути, государственной и социальной [247].

В Дании модель фонда компенсации пострадавшим пациентам Patienterstatningen (Служба компенсации пациентам) считается одной из самых эффективных в Европе. Он формируется за счет обязательных взносов от всех медицинских учреждений, включая частные и государственные. Эти учреждения финансируются преимущественно из государственного бюджета, поэтому система, по сути, является публичной и солидарной. Фонд подчиняется Министерству здравоохранения Дании, но при этом обладает операционной автономией [248]. Все внесудебные выплаты в пользу пострадавших пациентов обеспечиваются публичными средствами, и система полностью интегрирована в государственную модель здравоохранения.

Сознавая, что для Казахстана создание подобного фонда может вызвать определенные трудности, связанные с его дотированием, отметим, что согласно ст.1 Конституции Республика Казахстан утверждает себя: «демократическим, светским, правовым и социальным государством, высшими ценностями которого являются человек, его жизнь, права и свободы» [101]. Для выполнения социальной функции государство и создает фонды, расходуемые на выплату пенсий, пособий, здравоохранение, образование. В этом смысле функционирование фонда выплаты пострадавшим пациентам необходимо рассматривать как реализацию государством социальной политики.

Однако необходимо отметить, что и при таком подходе существуют минусы, которые очевидны, и преодоление которых невозможно без продуманной работы над дальнейшим внедрением рассматриваемой нами системы. Среди них не только значительные государственные расходы, но и, возможно, слишком административный подход к управлению, отсутствие конкуренции, обновление законодательной базы.

Вместе с тем, как отмечают зарубежные исследователи страхового рынка профессиональной ответственности медицинских работников, даже при богатом накопленном опыте иностранных государств в этом вопросе, выработанные системы не позволяют обеспечить полный баланс между

судебными издержками и иными факторами и добиться эффективного предупреждения наступления страховых случаев, конкуренции на страховом рынке, справедливой компенсации, покрывающей убытки пострадавшей стороны [240]. Поэтому, при становлении института страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане, необходимо руководствоваться не только мировой практикой, но и реалиями современного здравоохранения. А они таковы, что, к сожалению, на национальном уровне отсутствует система полной защиты медицинских работников при возникновении судебных споров по медицинским делам, нет единого подхода к врачебным ошибкам, как и статистики по ним, до сих пор не разработаны специальные гражданско-правовые нормы, посвященные защите прав пациентов, а эффективность оказания медицинской помощи зачастую оценивается по количеству жалоб пациентов.

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в Казахстане для нашего государства стало революционным прорывом в системе обеспечения прав пациента. Со дня его введения прошло не так много времени. С какими сложностями столкнутся медицинские работники и пациенты, покажет только время. Однако анализ действующих положений о страховании ответственности медицинских работников уже сейчас вызывает ряд принципиальных и неуточненных нормативно вопросов, а также проблем, связанных с:

- бюрократией (для подтверждения страхового случая следует собрать порядка 13 документов);
- значительными затратами на оплату страховых премий для медицинских организаций, что неизбежно повлечет рост цен на оказание платных медицинских услуг для пациентов;
- отсутствием пула экспертов, которым отводится основная роль в определении страхового случая, поиском дополнительных возможностей для финансирования их обучения и привлечения к расследованию;
- увеличением претензий со стороны пациентов (в том числе необоснованных), что повлечет дополнительную организационную нагрузку не только для администрации, но и лечащих врачей, выступающих в качестве экспертов, а, значит, скажется на качестве оказания медицинских услуг в целом;
- злоупотреблениями со стороны страховых компаний и медицинских организаций, которые путем сговора могут неправильно интерпретировать страховые события, одни – с целью отказа от осуществления страховой выплаты, а другие – в целях стабильно положительной статистики. В этом случае пациенту все равно необходимо будет обращаться в суд, и досудебный порядок разрешения возникшей ситуации окажется неэффективным;
- обеспечением объективности независимой экспертизы, в условиях кастовости, «корпоративной поручи» профильных специалистов, которые привлекаются в качестве экспертов к оценке медицинского происшествия;
- необходимостью правильного и точного определения неблагоприятного исхода как «медицинского инцидента», при том, что их перечень,

установленный законодательством, достаточно широк, а границы, исходя из содержания, подвижны. Риск решения вопроса не в пользу пациента достаточно высок, учитывая заинтересованность медицинского учреждения в высоких показателях;

- и, наконец, страховые суммы, установленные действующим законодательством и договором, могут не покрывать всех расходов пострадавшего пациента, что создает дополнительную необходимость для обращения в суд с иском к медицинскому работнику или организации.

Реформы, проводимые государством в сфере оказания медицинских услуг, направлены на обеспечение качества медицинских услуг, усиление ответственности исполнителей за их ненадлежащее оказание, внедрение единой базы медицинских данных, разрешение медицинских споров во внесудебном порядке. За последнее время законодатель предпринял заметные шаги в усилении правового механизма контроля за случаями, подпадающими под медицинский инцидент – особенно в части экспертизы, расследования и участия страховых структур в ней. Это свидетельствует о стремлении придать институту страхования большую юридическую определенность и системность.

Определенные тенденции, формирующиеся на фоне этих и других мероприятий, осуществляемых государством, можно проследить через показатели статистических данных. Проведенный ниже системный анализ динамики контрольно-надзорной и судебной деятельности направлен на оценку их эффективности. Это позволяет выявить системные проблемы, связанные с вопросами обеспечения качества медицинских услуг, организацией здравоохранения и определить направления для дальнейшего реформирования нормативно-правовых механизмов защиты прав участников гражданско-правовых отношений в данной сфере.

В пределах республики. Снижение количества зарегистрированных уголовных медицинских правонарушений характеризуется устойчивой положительной динамикой, что позволяет сделать вывод об эффективности превентивных и контрольных мер, а также об отсутствии роста общественно-опасных форм противоправного поведения в данной сфере (Приложение Д, Е) [249].

Наблюдается последовательный рост количества зарегистрированных жалоб граждан, связанных с неудовлетворенностью оказываемых медицинских услуг: с 5685 в 2022 году до 13 714 в 2025 году, что свидетельствует об увеличении данного показателя более чем в 2,4 раза или на 141% (из них 73%) за последние два года. Данную динамику нельзя рассматривать исключительно в качестве показателя ухудшения качества медицинской помощи. Она может быть обусловлена расширением доступности соединений и цифровых каналов подачи, развитием институциональных механизмов досудебной защиты прав пациента, а главное - повышением гражданской активности и требовательности населения к качеству поднадзорной среды (Приложение Ж) [250].

Количество внеплановых проверок в период с 2022-2025 годы (2444; 2635; 2214; 2598 соответственно) колеблется, не демонстрируя линейного роста, несмотря на увеличение жалоб. Это позволяет сделать выводы о переходе на

риск-ориентированную модель контроля, предварительной фильтрации жалоб, акценте на системных и повторяющихся нарушениях. Увеличивается абсолютное количество обоснованных и частично обоснованных проверок в пределах республики (с 1152 в 2022 году до 1619 в 2025), к 2025 году наблюдается прирост обоснованных проверок на 21% и частично обоснованных на 68%. Динамика носит устойчиво восходящий характер и демонстрирует улучшение анализа рисков, предшествующего проверкам (Приложение Ж) [250].

Очевиден существенный рост числа протоколов о выявлении нарушений в сфере оказания медицинских услуг (в 2025 году их общее количество превысило количество проверок), что свидетельствует об ужесточении контрольно-надзорной практики и смещении акцента с профилактических мер на санкционные. Объем предписаний по устранению последствий остается практически неизменным на протяжении 2023-2025 годов. Такая стабильность показывает повторяемость типовых нарушений, которые происходят на фоне роста применяемых государством мер и их ограниченной превентивной эффективности (Приложение Ж) [250].

Анализ структуры жалоб пациентов демонстрирует, что наибольшая их доля приходится на случаи ненадлежащей организации медицинской помощи и отказа в госпитализации, что отражает сохранение системных проблем в данном секторе. Отмечается снижение доли претензий, связанных с качеством оказываемых медицинских услуг (в два раза за три года, к 2025 году эта цифра составила всего 13% от общего количества жалоб), что можно рассматривать как положительный индикатор, свидетельствующий об эффективности стандартизации, клинических протоколов и внутреннего контроля. Снижение данного показателя может быть обусловлено внедрением удаленного обслуживания, интеграцией искусственного интеллекта в здравоохранение, следствием чего является улучшение качества и эффективности медицинских услуг за счет оперативности обмена информацией, дистанционного мониторинга пациентов, повышения доступности специализированной помощи и снижения вероятности врачебных ошибок (Приложение 3) [250].

Однако уменьшение количества жалоб на качество не приводит к общему снижению негатива, который перетекает в претензии к процессам (маршрутизация, очереди, бюрократия). Более половины всех обращений (54%) касаются административных барьеров, что требует особого внимания и открытой детализации с целью реализации мер, позволяющих изменить данный показатель в лучшую сторону (Приложение 3) [250].

Отмечается увеличение показателя гражданских дел, связанных с нарушением прав пациентов как потребителей медицинских услуг растет и количество удовлетворенных требований, а также количество дел, прекращенных медиацией, что свидетельствует о популяризации и эффективном применении альтернативных способов разрешения споров. Данные показатели отражают тенденцию перехода от публично-правового подхода к оценке деятельности и ответственности медицинских организаций к гражданско-правовой модели разрешения медицинских споров, отвечающей

интересам пациентов. Это подтверждает актуальность роли частноправовых инструментов при регулировании отношений, возникающих по поводу оказания медицинских услуг, а также необходимость дальнейшего осмысления и модернизации законодательных решений применительно к гражданско-правовой ответственности в данной сфере (Приложение И) [108].

По Карагандинскому региону (области). Прослеживается положительная динамика при ежегодном росте обращений граждан по вопросам медицинского обслуживания в уполномоченные органы: наблюдается снижение доли обоснованных и частично обоснованных проверок, связанных с жалобами (с 76,6% в 2022 году до 65,2% в 2025), а также значительное снижение показателя в части удовлетворенных исков, что может быть обусловлено как ростом качества оказываемых медицинских услуг по области, так и популяризацией досудебного урегулирования медицинских споров и внедрением института страхования гражданско-правовой ответственности медицинских работников (Приложение К) [250].

Анализ статистики удовлетворенных исков, по делам, связанным с ненадлежащим качеством медицинских услуг демонстрирует их резкий рост в 2023 году, а также увеличение общей суммы выплат до 19 528 750 тенге. Это отражает тенденцию к увеличению тяжести последствий и роста финансовых рисков для медицинских организаций, что подчеркивает актуализацию внедрения риск-ориентированных подходов и развития гражданско-правового механизма защиты прав пациентов. В 2024 году их количество пошло на спад, что могло быть обусловлено внедрением института страхования профессиональной ответственности медицинских работников [108] (Приложение Л)

Обобщение данных, связанных с обращением граждан в Департамент медицинского и фармацевтического контроля по Карагандинской области за отчетные периоды (в течение года) после введения института страхования ответственности медицинских работников показывает постепенное увеличение их количества с 11 в октябре 2024 года до 10 в декабре 2025 года (с января 2025 года по июнь 2025 года - 35). При этом число случаев, признанных страховыми, растет, а число отказов остается минимальным. Данные могут свидетельствовать об эффективном покрытии части рисков, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг, защищенности населения. Одновременно низкое количество обжалованных в суд отказов может указывать на согласованность страховой системы, а также постепенную адаптацию медицинских организаций и пациентов к новому инструменту гражданско-правовой защиты (Приложение М) [250].

Аналитическая оценка данных показателей позволяет сделать вывод о достаточной эффективности мер, реализуемых государством с целью обеспечения качества оказания медицинской помощи и предупреждению нарушений в данной сфере. Однако система сталкивается с рядом проблем, разрешение которых до конца невозможно, в связи с многоаспектностью и взаимной обусловленностью отдельных факторов. Так, рост социальной активности пациентов создает пиковую нагрузку на надзорную систему,

нисходящая динамика уголовных медицинских правонарушений происходит на фоне увеличения административных протоколов, а реализация страхования профессиональной ответственности медицинских работников не предупреждает возникновение судебных споров.

Думается, что планомерная работа по реализации Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года, которая направлена на долгосрочное, постепенное внедрение международных правовых стандартов в Казахстане [1] будет успешно продолжаться. Это обусловлено особенностями исторического развития и его оторванностью в течение долгого периода времени от основных европейских принципов и традиций, в том числе, в сфере защиты прав пациента. И даже несмотря на довольно бурное развитие новых медицинских технологий сегодня, очевидным фактом является то, что казахстанская система здравоохранения нуждается в дальнейшей модернизации и реализации новых государственных программ.

Современные реформы в сфере здравоохранения осуществляются на основании одного из долгосрочных приоритетов, заложенных в Стратегию развития Республики Казахстан до 2050 года – «... новые принципы социальной политики» [251], ориентированного на реализацию социальных гарантий в контексте обеспечения доступности и качества медицинской помощи. В качестве первоочередных правовых направлений, в связи с этим, обозначены: реализация и дальнейшее совершенствование института страхования профессиональной ответственности медицинских работников, имплементация международных стандартов в сфере здравоохранения и ее цифровая трансформация, обеспечение баланса между доступностью и качеством медицинских услуг, надлежащее осуществление государством функции, связанной с установлением гарантий для реализации права граждан на охрану здоровья, ужесточение ответственности медицинских работников за морально-этические нарушения в целях предупреждения и профилактики правонарушений. В рамках современных научных исследований актуализацию получают и заслуживают особого внимания идеи о развитии правового регулирования отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг в условиях ее цифровизации [252].

Следует отметить, что действующие нормы, регулирующие отношения в сфере оказания медицинских услуг, далеки от совершенства. Однако их стихийное, не до конца продуманное обновление чревато последствиями. Так, Ж.У. Тлембаева, анализируя законодательство о здравоохранении по состоянию на 2025 год, обращает внимание на его нестабильность, наличие в нем противоречий и коллизий, бланкетных норм, что существенно затрудняет правоприменительную практику. Она считает, что этому способствовало ускоренное принятие подзаконных актов, вынужденно дополняющих принятый в 2020 году Кодекс «О здоровье народа и здравоохранении», который подвергся изменениям и дополнением за 5 лет около 50 раз. [253]. Отчасти с ее позицией следует согласиться. И результаты анализа вопросов, исследованных нами, доказывают необходимость детализации и уточнения действующих норм с целью устранения коллизий и пробелов, установления

надежных, устойчивых и работающих правовых средств защиты прав пациентов и медицинских работников.

Вместе с тем представляется, что современное законодательное регулирование отношений, возникающих в связи с оказанием медицинских услуг, отличается относительной определенностью, при сохранении потребности в дальнейшей систематизации и уточнении. Сформированные правовые механизмы реализуются через содержание действующих норм, обеспечивающих их эффективность. Тем не менее, ряд проблем в рассматриваемой нами сфере все же сохраняется, и их оперативному решению будет способствовать дальнейшая продуманная и качественная работа по эффективному реформированию и оптимизации действующего законодательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволяет констатировать высокую значимость дальнейшего развития правового регулирования гражданских отношений, возникающих в связи с оказанием медицинских услуг. В условиях модернизации системы здравоохранения особенно актуальными становятся вопросы исследования эффективности законодательных механизмов, действующих в данной сфере, осмысление теоретических основ правового регулирования отношений, возникающих между пациентом и исполнителем, использование научных концепций при разрешении существующих проблем.

Задачи обеспечения качества медицинской помощи становятся первоочередными в свете ежегодных Посланий Президента Республики Казахстан народу, в соответствии с которыми приобретают особую значимость внедрение в сферу оказания медицинских услуг искусственного интеллекта, развитие телемедицины через цифровизацию клинических процессов, интеграция технологий в диагностику и мониторинг, стандартизация протоколов и нормативное сопровождение их применения [3]. Современные реалии требуют разработки новых доктринальных подходов к осмыслению происходящих изменений, а также инициирования и подготовки предложений, направленных на совершенствование практики правоприменения.

Подробно рассмотрев вопросы правового регулирования гражданских правоотношений в сфере оказания медицинских услуг в соответствии с обозначенными нами задачами, мы столкнулись с целым рядом проблем, решение которых позволило бы в значительной мере оптимизировать действующее законодательство в целях более действенной защиты прав и законных интересов их субъектов. Проведенный на основе диссертационного исследования комплексный анализ позволяет нам утверждать следующее.

Большинство отношений, складывающихся по поводу оказания медицинской помощи, подлежат частно-правовому регулированию, учитывая основания возникновения, а также особенности прав и обязанностей сторон. В их содержании четко проявляются свобода выбора, независимость, равенство, что позволяет применять к ним нормы гражданского законодательства.

Аналитико-теоретическое исследование объектных признаков медицинских услуг позволило нам выполнить одну из поставленных в нашем исследовании задач, решение которой имеет методологическое, доктринальное и практическое значение. По нашему мнению, в имеющемся определении медицинских услуг, согласно законодательству о здравоохранении, не подчеркнута их отраслевая принадлежность. Следствием такого подхода может являться нормативная неполнота регулирования возникающих по поводу их оказания гражданских отношений, что, в свою очередь, может вызвать затруднения при определении соответствующих способов защиты в случае их ненадлежащего оказания. Выделение объектных признаков медицинских услуг способствует надлежащей правовой квалификации и применимого правового режима, позволяет обеспечить корректное формирование содержания

правоотношений в сфере медицинского обслуживания, а также создает условия для эффективной охраны прав их субъектов.

Применение доктринального подхода позволило структурировать и выделить такие признаки медицинских услуг, как профессиональный, имущественный, личный и нематериальный характер, направленность на конкретного субъекта с целью получения полезного эффекта для него, ограниченная оборотоспособность, алеаторность. Некоторые из них, являющиеся, на наш взгляд, определяющими с точки зрения их прикладного характера, мы включили в сформулированное авторское определение.

На основе проведенного исследования мы пришли к выводу о том, что качество медицинских услуг для пациента связано с получением положительного эффекта, который выражается в улучшении психофизиологического состояния, поэтому результату, в виде «полезного эффекта» следует придавать правовое значение. Одна из возможностей свести к минимуму имущественные потери пациента в рассматриваемых нами гражданских отношениях – использовать при формировании условий договора прием, при котором обязанность по дополнительной оплате откладывается до получения полезного эффекта от медицинских услуг. Представляется обоснованным вывод о том, что повышенная степень риска, присущая оказанию медицинских услуг, должна обуславливать применение практики заключения соответствующих договоров с отлагательным условием даже в тех случаях, когда процесс их оказания не предполагает создания какого-либо материального результата.

Анализ содержания и правовой природы медицинской деятельности позволяет утверждать, что профилактические меры немедицинского характера, ориентированные на предупреждение развития заболеваний (в понимании п.п. 207 п.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа»), не могут относиться к категории медицинских услуг. Отнесение комплекса «немедицинских мероприятий» к «медицинским услугам» создает терминологическую несогласованность, что может приводить к смысловой неопределенности, способствовать неоднозначному толкованию правовых норм, усложнять систематизацию и затруднять практику правоприменения, создавая коллизии.

В то же время косметологическое вмешательство, предполагающее воздействие на организм человека либо его части и осуществляющееся с применением медицинских методов и технологий в целях улучшения и коррекции внешности, подлежит прямому отнесению к медицинским услугам и требует достаточной юридической четкости и прямой конкретизации.

Итогом попытки разрешения еще одной из обозначенных в исследовании актуальных задач, стало обоснование необходимости выделения договора об оказании медицинских услуг в качестве самостоятельного вида договора и установления его специального правового регулирования. Это обуславливается:

- спецификой его предмета, определение которого может содействовать реализации стратегически значимой функции государства, заключающейся в обеспечении надлежащей охраны жизни и здоровья населения;

- особыми характеристиками медицинской деятельности, включающими требования к профессиональной квалификации медицинского персонала, наличие медицинских стандартов, а также особый режим гражданско-правовой и профессиональной ответственности исполнителя медицинских услуг;

- объективной необходимостью четкого разграничения договора возмездного оказания медицинских услуг от иных договорных конструкций в сфере обслуживания с учетом его отраслевой специфики, что направлено на нормативную согласованность гражданского и медицинского законодательства.

Актуальным и своевременным является установление существенных условий договора об оказании медицинских услуг нормами Кодекса «О здоровье народа». На наш взгляд, характер существенности, ввиду социальной значимости договора, следует придать таким условиям, как: предмет договора, сроки оказания медицинской помощи, цена и порядок оплаты, а также права и обязанности сторон и условия ответственности.

Анализ природы, содержания и законодательного регулирования договора об оказании медицинских услуг нормами главы 33 ГК РК, позволил обратить внимание на существенную проблему, связанную с правом исполнителя на односторонний отказ от договора с возмещением причиненных заказчику убытков. Представляется, что это входит в противоречие с одним из важнейших конституционных прав граждан – правом на охрану здоровья. Безусловная законодательная возможность исполнителя медицинских услуг, обладающего профессиональными и материальными ресурсами для их оказания, по своему усмотрению отказаться от исполнения договора на любом этапе, недопустимо. Это может не только неблагоприятно повлиять на качество медицинского обслуживания, но и делает юридически безразличной цель договора, без которой невозможно существование самого обязательства по оказанию медицинских услуг. Исходя из этого, очевидным является то, что распространение общих положений гражданского законодательства о возмездном оказании услуг (гл.33 ГК РК) к такому специфичному виду отношений, как рассматриваемые нами, невозможно. Таким образом, не вызывает сомнений необходимость отдельного регулирования договора об оказании медицинских услуг. В связи с этим считаем, что на сегодняшний день возникла острая необходимость разработки и включения прямых норм, регулирующих договорные отношения в сфере оказания медицинских услуг, в действующее законодательство.

В рамках решения исследовательской задачи проанализировать статус потребителя медицинских услуг, определив проблемы осуществления и защиты его прав, мы пришли к следующим выводам.

Регламентация гражданско-правовых отношений, связанных с оказанием медицинских услуг потребителям, основана на обеспечении их качества и безопасности. Данные критерии являются определяющими для оценки надлежащего исполнения обязательств исполнителем по договору. Имплементация международных стандартов в сфере установления гарантий безопасности медицинской деятельности требует новых решений, направленных на повышение качества медицинских услуг и эффективность

функционирования всей системы здравоохранения в целом. Считаем, что этому будет способствовать формирование дефиниции «безопасность медицинских услуг» на законодательном уровне. Учитывая рекомендательный характер медицинских протоколов, подобный подход сможет обеспечить минимизацию рисков для пациента, включая случаи обоснованного отступления от установленного ими регламента.

По нашему мнению, положения законодательства об охране здоровья граждан, требующие изменений, связаны с обеспечением сохранения тайны медицинского работника, как составляющей личной тайны. Это объясняется следующим. Оценка норм, действующих в сфере защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг, позволяет сделать вывод об их системности, полноте, определенности и юридической обеспеченности. Права потребителей достаточно четко проработаны, установлены гарантии их осуществления, предусмотрены механизмы защиты. Вместе с тем их реализация не может выходить за установленные пределы и должна соотноситься с обеспечением прав и законных интересов третьих лиц, опираясь на принцип добросовестности, а также соблюдение предусмотренных законодательством ограничений, направленных на охрану общественной безопасности. Поэтому необходимым видится расширение оснований для санкционированного раскрытия тайны медицинского работника в случае, когда ее сохранение может повлечь чрезвычайные последствия для общества.

Представляется целесообразным придать легитимную определенность понятийному аппарату Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части тайны медицинского работника, исходя из круга лиц, к которым она применяется и их обязанностей ее соблюдать. Согласно содержанию п.2 ст.273 данного нормативного акта, он не ограничивается лицами, осуществляющими медицинскую деятельность.

Дальнейшему предупреждению и решению правовых проблем в сфере защиты прав пациента будут способствовать меры по: реализации его права на информированное согласие при медицинском вмешательстве; обеспечению законности и прозрачности экспертизы качества медицинских услуг; закреплению нормативных положений, прямо определяющих гражданско-правовой характер отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг; приданию существенности договорным условиям.

Анализ поставленных в диссертационном исследовании задач позволил прийти к выводу, что в сфере гражданско-правовой ответственности при оказании медицинских услуг сохраняется ряд вопросов, требующих прямого нормативного разрешения, включая уточнение и дифференциацию ее пределов по отдельным основаниям, в частности:

- законодательное отнесение к источникам повышенной опасности медицинских услуг, характеризующихся неконтролируемой опасностью возникновения осложнений у пациента. При этом наличие в гражданском законодательстве самостоятельного основания для возмещения вреда, причиненного недостатками медицинских услуг, независимо от вины (на основании ст. 947 ГК РК) не входит в противоречие с обозначенной нами

проблемой и не устраняет необходимость ее решения. В отличие от данной конструкции, ориентированной на установление дефекта в услугах, модель источника повышенной опасности исходит из самой природы деятельности, создающей такие риски, и перераспределяет их в пользу пациента как более слабой стороны. Такой подход не требует доказывания недостатков в оказанных медицинских услугах, что существенно облегчает его процессуальное положение и приводит механизм гражданско-правовой защиты в соответствие с реальным уровнем риска, присущего медицинской деятельности;

- нормативное установление количественных критериев для определения размера морального вреда в рамках реализации одного из направлений Концепции правовой политики Республики Казахстан до 2030 года [254]. Это позволит минимизировать дискреционный характер сравнительного измерения, и будет способствовать единообразию правоприменительной практики и укреплению гарантий эффективной защиты нарушенных нематериальных благ.

С целью конкретизации и упорядочения правоприменительной практики в сфере ответственности исполнителя медицинских услуг целесообразным видится:

- признание медицинского инцидента, связанного с причинением вреда жизни и (или) здоровью пациента, несчастным случаем, исключаящим гражданско-правовую ответственность исполнителя. Возможный переход к риск-ориентированной модели гражданско-правовой ответственности исполнителя медицинских услуг связан с последующим изменением подхода к медицинскому инциденту и его природе. Это создаст дополнительные гарантии для участников гражданских правоотношений, возникающих в связи с их оказанием;

- введение понятия «обоснованный медицинский риск», являющегося основанием освобождения от гражданско-правовой ответственности. Сведение категории обоснованного медицинского риска к сфере биомедицинских и (или) клинических исследований позволяет предотвратить чрезмерное расширение оснований для признания вреда, нанесенного медицинским вмешательством, правомерным, а также обеспечивает возможность распределения его неблагоприятных последствий через механизм гражданско-правовой ответственности, основанный на соблюдении профессиональных стандартов и объективном риске, характеризующем медицинскую деятельность;

- определение на законодательном уровне понятия «врачебная ошибка», в качестве основания гражданско-правовой ответственности для лиц, ее допустивших. Прикладное значение данного предложения заключается в том, что нормативное закрепление данной категории создает предпосылки для унификации практики правоприменения, а также согласованности положений гражданского, уголовного, административного законодательства, предусматривающих ответственность за ненадлежащее оказание медицинских услуг.

Анализ специфики состава гражданского правонарушения в медицинской сфере позволяет сделать вывод о том, что придание юридического значения

исключительно прямой причинно-следственной связи является не совсем обоснованным. Думается, что, если причинение вреда жизни или здоровью пациента обусловлено совокупностью факторов, при которых действия исполнителей медицинских услуг не являлись решающими, но способствовали наступлению такого неблагоприятного исхода, они должны получать правовую оценку. Поэтому, в случае отсутствия очевидной связи между противоправным поведением исполнителя и наступившим для пациента вредом, в рамках экспертного исследования следует устанавливать, насколько соблюдение стандарта могло бы снизить риск наступивших последствий. Если ненадлежащие действия медицинских работников существенно увеличили риски для пациента, ответственность должна наступать. Как и в тех случаях, когда они не являлись основной причиной последствий, но их существенно усугубили. Степень существенности, на наш взгляд, должны определять судебно-медицинские эксперты. Поэтому не менее важным представляется формирование точных критериев, от которых они должны отталкиваться при установлении причинной связи по делам о ненадлежащем оказании медицинских услуг.

И, наконец, повышение качества медицинских услуг, по нашему мнению, должно быть обусловлено:

- установлением правил о том, что если их объем в договоре подробно не определен, то медицинская услуга должна признаваться качественно оказанной, если укладывается в определенные в законе стандарты с применением утвержденных технологий;

- разрешением указанных в нашем исследовании проблем, связанных с эффективной реализацией института страхования профессиональной ответственности медицинских работников и установлением дополнительных гарантий для пациентов, пострадавших в результате медицинского инцидента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945> (Дата обращения: 11.10.2025)

2 Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана «Справедливый Казахстан: закон и порядок, экономический рост, общественный оптимизм» от 2 сентября 2024 года // Официальный Сайт Президента Республики Казахстан. – Режим доступа: <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-spravedlivyyu-kazahstan-zakon-i-poryadok-ekonomicheskij-rost-obshchestvennyu-optimizm-285014>

3 Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана «Казахстан в эпоху искусственного интеллекта: актуальные задачи и их решения через цифровую трансформацию» от 8 сентября 2025 года // Официальный Сайт Президента Республики Казахстан. – Режим доступа: <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-kazahstan-v-epohu-iskusstvennogo-intellekta-aktualnye-zadachi-i-ih-resheniya-cherez-cifrovuyu-transformaciyu-885145>

4 Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 июня 2024 года № 454 «Об утверждении Концепции развития инфраструктуры здравоохранения на 2024-2030 годы» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2400000454> (Дата обращения: 09.11.2025)

5 Кодекс Республики Казахстан от 1 июля 1999 года №409-І «Гражданский Кодекс Республики Казахстан (Особенная часть)» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K990000409_ (Дата обращения: 10.11.2025)

6 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-ІV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Утратил силу) // ИПС НПА РК. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193_

7 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» // ИПС НПА РК. – <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> (Дата обращения: 07.09.2025)

8 Сагиндыкова А.Н. Проблемы реализации конституционного права граждан на охрану здоровья в Республике Казахстан: дис. на соиск. доктор юрид. наук: 12.00.02 / А.Н. Сагиндыкова. – Москва, 1999. – 382 с.

9 Берик К.Б. Гражданско-правовые проблемы трансплантации органов и тканей человека: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / К.Б. Берик. – Алма-Ата, 1999. – 160 с.

10 Шалхаров Е.С. Вопросы правового регулирования деятельности медицинских работников: дис. ... PhD док. юрид. наук / Е.С. Шалхаров. – Туркестан: Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, 2018. – 150 с.

- 11 Даутбаева-Мухтарова А.Е. Жизнь и здоровье как объекты гражданского права РК: дис. ... PhD док. юрид. наук / А.Е. Даутбаева-Мухтарова. – Семей: Государственный медицинский университет города Семей, 2013. – 128 с.
- 12 Зайцева Н.В. Договор по оказанию медицинских услуг: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / Н.В. Зайцева. – Волгоград, 2004. – 189 с.
- 13 Сироткина А.А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / А.А. Сироткина. – Москва, 2004. – 173 с.
- 14 Нагорная С.В. Договор об оказании медицинских услуг: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / С.В. Нагорная. – Белгород, 2004. – 180 с.
- 15 Васильева Е.Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: дис. канд. юрид. наук: 12.00.03 / Е.Е. Васильева. – Томск, 2004. – 192 с.
- 16 Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / И.Г. Ломакина. – Москва, 2006. – 184 с.
- 17 Галь И.Г. Обязательство по оказанию медицинской услуги: дисс. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / И.Г. Галь. – Москва, 2014. – 192 с.
- 18 Коробко К.И. Концепция правового регулирования отношений по оказанию платных медицинских услуг: дис. на соиск. доктор юрид. наук: 05.01.03 / К.И. Коробко. – Казань, 2024. – 518 с.
- 19 Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием / А.Н. Савицкая. – Львов: Наука, 1982. – 232 с.
- 20 Ойгензихт В.А. Нетипичные договорные отношения в гражданском праве / В.А. Ойгензихт. – Душанбе: Ирфон, 1984. – 154 с.
- 21 Кабалкин А. Ю., Ляшенко К.Б. Имущественная ответственность лечебных учреждений за вред, причиненный их работниками / А.Ю. Кабалкин, К.Б. Ляшенко // Вопросы государства и права. – 1970. – № 2. – С. 72-75.
- 22 Степанов Д. И. Услуги как объект гражданских прав / Д. И. Степанов // Российская юстиция. – 2000. – №2. – С.23-29.
- 23 Литовка А.Б. Литовка П.И. Медицинское право – комплексная отрасль национального права России / А.Б. Литовка П.И. Литовка // Известия Вузов. Правоведение. – 2000. – №1. – С.80-89.
- 24 Путило Н.В. К вопросу о природе социальных услуг / Н.В. Путило // Журнал российского права. – 2006. – №4. – С. 16-24.
- 25 Малеина М.Н. Гражданско-правовой договор на оказание медицинской помощи / М.Н. Малеина // Правоведение. – 1989. – №2. – С. 30-38.
- 26 Крюкова Е.С. Особенности правового режима медицинской услуги // Юридический вестник Самарского университета. – 2022. – №2. – С. 18-24.
- 27 Суховерхий В.Л. Гражданско-правовое регулирование отношений по здравоохранению / В.Л. Суховерхий // Советское государство и право. – 1975. – № 6. – С.105-128.
- 28 Тихомиров А.В. Медицинское право: Практик. Пособие / А.В. Тихомиров. – Москва: Статут, 1998. – 428 с.

29 Климкин С.И. Некоторые гражданско-правовые аспекты Кодекса о здоровье Республики Казахстан // ИС «Юрист». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34921795&pos=6;-108#pos=6;-108

30 Прудникова М.Ю. Медицинская услуга как гражданско-правовая категория / М.Ю. Прудникова // Вестник Карагандинского университета. – Серия Право. – 2023. – №2 (110). – С.107-115.

31 Кодекс Республики Казахстан от 27 декабря 1994 года № 268-ХІІІ «Гражданский Кодекс Республики Казахстан (Общая часть)» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K940001000_ (Дата обращения: 07.12.2025)

32 Римское частное право: Учебник. / Под ред. Проф. И.Б. Новицкого и проф. И.С. Перетерского. – Москва: Юристъ, 1996. – 555 с.

33 Гуляев А.М. Наем услуг/ А.М. Гуляев. – Москва: Правда, 1983. – 234 с.

34 Калмыков Ю.Х. К понятию обязательства по оказанию услуг в гражданском праве / Ю.Х. Калмыков // Советское государство и право. – 1996. – №5. – С. 32-44.

35 Кротов М.В. Обязательство по оказанию услуг в советском гражданском праве: Учебное пособие / М.В Кротов. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1990. – 132 с.

36 Шешенин Е.Д. Общие проблемы обязательства по оказанию услуг / Е.Д. Шешенин // Антология уральской цивилистики. 1925-1989: Сборник статей. – М.: Статут, 2001. – С. 353-359.

37 Шаблова Е.Г. Перспективы развития правового института возмездного оказания услуг / Шаблова Е.Г. // Журнал Российского права. – 2002. – №1. – С.19-25.

38 Сулейменов М.К. Структура договорно-хозяйственных связей / М.К. Сулейменов. – Алма-Ата: Наука, 1980. – 215 с.

39 Гражданский кодекс Республики Казахстан (Особенная часть). Комментарий (постатейный). Кн. 1. / Отв. ред. М.К. Сулейменов, Ю.Г. Басин. Ю.Г. – Алматы: Жеті Жарғы, 2006. – 712 с.

40 Диденко А.Г. Гражданское право. Общая часть. Курс лекций / А.Г Диденко. – А.: Нурпресс, 2006. – 725 с.

41 Закон Республики Казахстан от 04.06.2003 г. № 430-ІІ «О системе здравоохранения» (Утратил силу) // ИПС НПА РК. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z030000430_

42 Понкин И.В., Синельникова В.Н., Понкина А.А., Блинов Д.В. Понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга»: гражданско-правовой анализ / И.В. Понкин, В.Н. Синельникова, А.А. Понкина, Д.В. Блинов // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2022. –16(1). – С. 29-37.

43 Закон Республики Казахстан от 16 мая 2014 года № 202-V «О разрешениях и уведомлениях» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1400000202> (Дата обращения: 01.10.2025)

44 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 июля 2022 года № ҚР ДСМ-67 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-

эпидемиологические требования к объектам коммунального назначения». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 июля 2022 года № 2892 // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200028925> (Дата обращения: 09.09.2025)

45 Шаяхметова А.Р. Правовая природа возмездного оказания медицинских услуг / А.Р. Шаяхметова // Молодой ученый. – 2016. – №22(126). – С. 91-97. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/126/34921>

46 Борисов Б.А. Услуги. Правовой режим реализации / Борисов Б.А. – М., 1997. – 45 с.

47 Романец Ю.В. Договор возмездного оказания услуг / Романец Ю.В. // Закон. – 1999. – №10. – С. 121-132.

48 Синельникова В.Н. Услуги как объекты гражданского оборота / В. Н. Синельникова // Журнал Суда по интеллектуальным правам. – 2025. – N3 (49). С. – 152-160.

49 Габай П.Г. Договор на лечение или излечение пациента? / П.Г. Габай // Медицинское право. – 2015. – №1. – С. 16-23.

50 Coggiola N. Medical Liability in Italy / N. Coggiola // Journal de Droit de la Sante et de l'Assurance Maladie. – 2019. – Vol. 3. – Pp. 45-53.

51 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-294/2020 «Об утверждении правил этики продвижения лекарственных средств и медицинских изделий». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21870 // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021870> (Дата обращения: 01.12.2025)

52 Хронологическое собрание законов, Указов Президиума Верховного Совета и Постановлений Правительства РСФСР. Том первый: 1917-1928 г.г. – М.: Атлант. – 1959. – 232 с.

53 Девятко В.Н., Аканова А.А. Охрана здоровья граждан в Республике Казахстан / В.Н. Девятко, А.А. Аканова // Сборник законодательных и нормативных правовых актов Республике Казахстан по вопросам охраны здоровья граждан. – Алматы: Жеты Жаргы, 1997. – 440 с.

54 Таль Л.С. Положительное право и неурегулированные договоры / Таль Л.С. – Я.: Лад, 1912. – 89 с.

55 Гамбаров Ю.С. Гражданское право. Общая часть / Ю.С. Гамбаров. – М.: Зерцало, 2003. – 734 с.

56 Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право. Общие положения / М.И. Брагинский, В.В. Витрянский. – М.: Статут, 2001. – 842 с.

57 Данилочкина Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03/ Данилочкина Ю.В. – Самара, 2003. – 180 с.

58 Горбунова О. В. Общая характеристика договора оказания медицинских услуг / О. В. Горбунова // Вестник ВУиТ. – 2017. – №4. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschaya-harakteristika-dogovora-okazaniya-meditsinskih-uslug>

59 Постановление Правительства Республики Казахстан от 9 октября 2025 года № 840 «Об утверждении Программы гарантий оказания медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования на 2026-2028 годы» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2500000840> (Дата обращения: 16.12.2025)

60 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 418 «Об утверждении типового договора по предоставлению медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, заключаемого между пациентом и медицинской организацией» (Утратил силу) // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011520>

61 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)» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021559#z9> (Дата обращения: 20.11.2025)

62 Закон Республики Казахстан от 4 мая 2010 года №274-IV «О защите прав потребителей» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z100000274_ (Дата обращения: 01.09.2025)

63 Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. – 1994. – №3. – С. 25-34.

64 Телюкина М.В. Понятие сделки: теоретический и практический аспекты / М.В. Телюкина // Адвокат. – 2002. – №8. – С.32-38.

65 Медицинское право: Учебник для вузов / Под ред. А.А. Мохова, Ю.А. Свирина, Л.Б. Ситдиковой. – Москва: Прометей, 2025. – 654 с.

66 Меркулов В.В. Гражданско-правовой договор в механизме регулирования товарно-денежных отношений. Монография / В.В. Меркулов. – Рязань: РВШ МВД РФ, 1994. – 210 с.

67 Холт В. Оценка качества здравоохранения в США // Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы: Сборник научн. трудов / Под ред. М.В. Удальцовой, М. Ричардсон.– Н.: Спарк, 1997. – 178 с.

68 Жаркович А., Затцингер В., Милк Л., Джон К., Гришин В.В., Семенов В.Ю. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах / А. Жаркович, В. Затцингер, Л. Милк, К. Джон, В.В. Гришин., В.Ю. Семенов. – М.: РОСТ, 1998. – 143 с.

69 Малеина М. Н. Личные неимущественные права граждан / М. Н. Малеина. – М.: Статут, 2001. – 110 с.

70 Егоров К.В. Правомерное и неправомерное причинение вреда в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / К.В. Егоров. – Казань, 2006. – 62 с.

71 Приказ Министра здравоохранения от 15 декабря 2020 года № 21818 «Об утверждении правил проведения сертификации специалиста в области здравоохранения, подтверждения действия сертификата специалиста в области

здравоохранения, включая иностранных специалистов, а также условия допуска к сертификации специалиста в области здравоохранения лица, получившего медицинское и (или) фармацевтическое образование в области здравоохранения за пределами Республики Казахстан» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021818> (Дата обращения: 30.08.2025)

72 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 № ҚР ДСМ-282/2020 «Об утверждении правил проведения оценки качества лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в Республике Казахстан». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21836 // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021836> (Дата обращения: 22.09.2025)

73 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-15 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 9 февраля 2021 года № 22167 // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022167> (Дата обращения: 19.11.2025)

74 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032160> (Дата обращения: 30.11.2025)

75 Мирсяффов Д.С. Стандарты качества медицинской помощи – что это такое? / Д.С. Мирсяффов // Вестник Росздравнадзора. – 2022. – №1. – С. 29-30.

76 Дуйсебаев Е.И., Мирзакулова У.Р., Оспанова Д.А., Кожекенова Ж.А., Аимбетова Г.Е., Рамазанова М.А., Турсынбекова А.Е. Оценка качества и безопасности стоматологической помощи на примере европейских стран: литературный обзор // Национальный центр Экспертизы. – Режим доступа: <https://pharmkaz.kz/2023/04/30/ocenka-kachestva-i-bezopasnosti-stomatologicheskoy-pomoshhi-na-primere-evropejskix-stran-literaturnyj-obzor/>

77 Постановление Правительства Республики Казахстан от 23 октября 2018 года № 669 «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000669> (Дата обращения: 04.12.2025)

78 Белозеров А.В. Понятие и содержание обязательства по возмездному оказанию образовательных услуг: дис. на соиск. канд. юрид. наук: / А.В. Белозеров. – М., 2000. – 220 с.

79 Бажанов Н.О., Иваненко Н.С. Медико-правовые аспекты информированного добровольного согласия / Н.О. Бажанов, Н.С. Иваненко // Здравоохранение РФ. – 2012. – №6. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-pravovye-aspekty-informirovannogo-dobrovolnogo-soglasiya>

80 Gillick competence // Wikipedia. – Режим доступа: https://en.wikipedia.org/wiki/Gillick_competence

81 Рожкалнс Р. Реализация принципа добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство / Р. Рожкалнс // Добровольное информированное согласие как основополагающий принцип защиты прав человека в сфере биомедицины. Программа Конференции и тексты докладов. – Минск, 2017. – С. 28-35.

82 Редько К.Г. Критерии качества в договоре возмездного оказания медицинских услуг // *Zakon*. – Режим доступа: https://zakon.ru/blog/2017/04/24/kriterii_kachestva_v_dogovore_vozmezdno_ozakaniya_medicinskih_uslug

83 Шаблова Е.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений возмездного оказания услуг: автореф. дис ... докт. юрид. наук / Е.Г. Шаблова. – Екатеринбург, 2002. – 29 с.

84 Кодекс Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года № 518-IV «О браке (супружестве) и семье» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1100000518> (Дата обращения: 30.09.2025)

85 Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения / С.Г. Стеценко. – М.: Фемида, 2002. – 223 с.

86 Health Law. Cases, materials and problems. Forth Edition. American casebook series. St.Paul., Minn. – 2001. – 362 p.

87 Cross v. Trapp, 170 W.Va. 459, 294 SE.2d 446, 455. – 1982. – 432 с.

88 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364 «Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011386> (Дата обращения: 13.11.2025)

89 Сергеев В. В., Горлова Е. В. Информирование о риске, связанном с методами оказания медицинской помощи / В. В. Сергеев, Е. В. Горлова // Юридический вестник Самарского университета. – 2019. – №1. – С. 65-70.

90 Акопов В. И. Медицинское право: учебник и практикум для вузов / В. И. Акопов. – Москва: Издательство Юрайт, 2019. – 287 с.

91 Яскевич Я.С., Денисов С.Д. Основы биоэтики / Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов. – Минск: Вышэйшая школа, 2022. – 26 с.

92 Menon S., Entwistle V., Campbell A.V., van Delden JJM. How should the ‘privilege’ in therapeutic privilege be conceived when considering the decision-making process for patients with borderline capacity / S. Menon, V. Entwistle, A.V. Campbell, JJM. van Delden // *J Med Ethics*. – 2021. – 47 (1) – Pp. 47-50. – DOI: 10.1136/medethics-2019-105792.

93 Cox C.L, Fritz Z. Should non-disclosures be considered as morally equivalent to lies within the doctor- patient relationship / C.L. Cox, Z. Fritz // *J Med Ethics*. – 2016. – 42 (10). – Pp. 632-635. – DOI: 10.1136/medethics-2015-103014

94 Shalak M., Shariff M.A., Doddapaneni V., Suleman N. The truth, the whole truth, and nothing but the truth: Therapeutic privilege / M. Shalak, M.A. Shariff, V. Doddapaneni, N. Suleman // *J Postgrad Med*. – 2022. – Jul-Sep. – 68(3). Pp. – 152-155. – DOI: 10.4103/jpgm.jpgm_1146_21.

95 Richard C., Lajeunesse Y., Lussier M.T. Therapeutic privilege: between the ethics of lying and the practice of truth / C. Richard, Y. Lajeunesse, M.T. Lussier // J Med Ethics. – 2010. – Jun. – 36(6). – 353-7. – DOI: 10.1136/jme.2009.033340.

96 Кущенко В.В. Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство / В.В. Кущенко // Региональная фармакотерапия в кардиологии. – 2005. – №2. – С. 96-98.

97 Кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V «Уголовный кодекс» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226> (Дата обращения: 28.12.2025)

98 Рубанова М.Е., Портенко Н.Н., Масляков В.В. Правовые аспекты врачебной тайны / М.Е. Рубанова, Н.Н. Портенко, В.В. Масляков // Журнал прикладных исследований. – 2021. – №2. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovye-aspekty-vrachebnoy-tayny>

99 Крюкова Е.С. Врачебная тайна в аспекте охраны генетической информации / Е.С. Крюкова // Правовое государство: теория и практика. – 2021. – №2 (64). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnaaya-tayna-v-aspekte-ohrany-geneticheskoy-informatsii>

100 Синцов Г.В., Феоктистов Д.Е. Институт посмертной врачебной тайны в правовых позициях конституционного суда Российской Федерации / Г.В. Синцов, Д.Е. Феоктистов // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Общественные науки. – 2020. – №2 (54). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/institut-posmertnoy-vrachebnoy-tayny-v-pravovyh-pozitsiyah-konstitutsionnogo-suda-rossiyskoj-federatsii>

101 Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) // ИПС НПА РК. – Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000_ (Дата обращения: 30.09.2025)

102 Duty of medical confidentiality: the cornerstone of a trust-based doctor-patient relationship // gesund.bund.de. – Режим доступа: https://gesund.bund.de/en/duty-of-confidentiality?utm_source=chatgpt.com

103 Consent to using and sharing patient information // NHS England. – Режим доступа: https://www.england.nhs.uk/long-read/consent-to-using-and-sharing-patient-information/?utm_source=chatgpt.com

104 Personal Health Information Privacy and Access Act // Legislative Assembly of New Brunswick. – Режим доступа: https://legnb.ca/content/house_business/56/3/bills/Bill-88-e.htm?utm_source=chatgpt.com

105 Doctor-patient privilege // Cornell Law School. – Режим доступа: https://www.law.cornell.edu/wex/doctor-patient_privilege?utm_source=chatgpt.com

106 Вересаев В. Собр. соч. в 5-ти томах. Том 1 / В. Вересаев. – М.: Правда, 1962. – 353 с.

107 Мамедова В.Э. Риск-ориентированный подход как методологическая основа публично-правового регулирования гарантий защиты персонифицированной медицинской информации / В.Э. Мамедова // Юридический аналитический журнал. – 2024. – №19(1). – С. 39-46. – Режим доступа: DOI: <https://doi.org/10.18287/1810-4088-2024-19-1-39-46>

108 Судебный кабинет // Верховный суд Республики Казахстан. – Режим доступа: <https://office.sud.kz/>

109 WHO launches first ever Patient Safety Rights Charter // World Health Organization. – Режим доступа: https://www.who.int/news/item/18-04-2024-who-launches-first-ever-patient-safety-rights-charter?utm_source=chatgpt.com

110 Всемирный день безопасности пациентов // Российский центр рентгенодиагностики. – Режим доступа: <https://www.rncrr.ru/about/advert/355138/>

111 Омеляновский В.В., Гилязетдинова Н.С., Шимановская Д.О., Рыжов А.О., Семенов А.В., Телешева А.Н., Матоморова А.А., Убайдуллаева С.А. Клинические рекомендации или схожие по смыслу документы в государствах-участниках Содружества Независимых Государств: статус и опыт разработки / В.В.Омеляновский, Н.С. Гилязетдинова, Д.О. Шимановская, А.О. Рыжов, А.В. Семенов, А.Н. Телешева, А.А. Матоморова, С.А. Убайдуллаева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – 46(3). – С. 11-22. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/medtech20244603111>

112 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-188/2020 «Об утверждении правил разработки и пересмотра клинических протоколов» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021637> (Дата обращения: 01.11.2025)

113 Федяева В.К., Дмитриева У.Н., Журавлева Н.И., Журавлев Н.И., Ковалева М.Ю., Коробкина А.С., и др. Нормативно-правовой статус клинических рекомендаций и их роль в системе контроля качества медицинской помощи в странах Европейского Союза, Северной Америки и Азии. Фармакоэкономика / В.К. Федяева, У.Н. Дмитриева, Н.И. Журавлева, Н.И. Журавлев, М.Ю. Ковалева, А.С. Коробкина и др. // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – №12(3). – С. 239-245.

114 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021727> (Дата обращения: 12.12.2025)

115 Баринов С.А. Споры о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим врачеванием: необходимость дополнительной законодательной регламентации / С.А. Баринов // Современное право. – 2013. – №6. – С.125-128.

116 Басова А.В. Медицинское право: учебник для вузов / А.В. Басова; отв. ред. Г.Н. Комкова. – Москва: Юрайт, 2023. – 310 с.

117 Слепенко Ю.Н., Станкевич Г.В., Степанова Л.П. Особенности ответственности медицинской организации за причинение вреда здоровью пациента / Ю.Н. Слепенко, Г.В. Станкевич, Л.П. Степанова // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2021. – №2. – С.73-79. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-otvetstvennosti-meditsinskoj-organizatsii-za-prichinenie-vreda-zdorovyu-patsienta>.

118 Федорова М.Ю. Медицинское право: учебное пособие для вузов / М.Ю. Федорова. – М.: Гумант.изд.центр ВЛАДОС, 2003. – 320 с.

119 Басин Ю.Г. Принципы гражданского законодательства РК / Ю.Г. Басин // Гражданский кодекс РК – толкование и комментирование. Общая часть. Выпуск 1. – Алматы, Баспа. – 1997 – С. 9-19.

120. Шевчук С.С. Правовое регулирование оказания медицинских услуг: проблемы совершенствования / С.С. Шевчук // Журнал российского права. – 2001. – №2. – С. 34-40.

121. Седова Н. П., Еремцова И. А Деликтная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью пациентов / Н. П. Седова, И. А Еремцова. // Вестник магистратуры. – 2022. –№12-6 (135). – С.92-95.

122. Суховерхий В.Л. Гражданско-правовое регулирование отношений по здравоохранению / В.Л. Суховерхий // Советское государство и право. – 1975. – №6. – С. 105-109.

123. Смирнов В.Т., Собчак А.А. Общее учение о деликтных обязательствах в советском гражданском праве / В.Т. Смирнов, А.А. Собчак. – Л.: Изд-во Ленин. унив-та, 1983. –152 с.

124 Шершеневич Г.Ф. Избранное: В 6 т. Т. 2 включая Курс гражданского права / Вступ. слово, сост.: П.В. Крашенинников. / Г.Ф. Шершеневич – М.: Статут, 2017. – 556 с.

125 Иоффе О.С. Обязательственное право / О.С. Иоффе. – М.: Юрид. лит., 1975. – 880 с.

126 Гражданское право Учебник / Под ред. Ю.К. Толстого, А.П. Сергеева. – М.: ТЕИС, 1996. – 896 с.

127 Гражданское право. Том 1. Общая часть. Учебник для вузов (академический курс) / Отв. ред. М.К. Сулейменов. – Алматы, 2013. – 776 с.

128 Мохов А.А. Некачественное медицинское обслуживание как источник повышенной опасности для окружающих / А.А. Мохов // Современное право. – 2006. – № 10. – С. 2-6.

129 Бредичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей / Ф.Ю. Бредичевский. – М.: Наука, 1970. – 345 с.

130 Dimond V. Standard setting and litigation / V. Dimond // British Journal of Nurse. –1994 Mar. – P.3-8.

131 Brewi C. Liability for medical malpractice on the grounds of insufficient information// Mondaq.com- Режим доступа: https://www.mondaq.com/austria/healthcare/659498/liability-for-medical-malpractice-on-the-grounds-of-insufficient-information?utm_source=chatgpt.com

132 Bolam v Friern Hospital Management Committee // Wikipedia. – Режим доступа: https://en.wikipedia.org/wiki/Bolam_v_Friern_Hospital_Management_Committee

133 Maynard v West Midlands Regional HA // Wikipedia. – Режим доступа: https://en.wikipedia.org/wiki/Maynard_v_West_Midlands_Regional_HA

134 Померанцев В.П., Копалова С.М. Ошибочный диагноз: причины, последствия, пути предупреждения / В.П. Померанцев, С.М. Копалова // Клиническая медицина. – 1993. – №1. – С.43-47.

135 Вильгоненко И.М., Гагиева Н.Р. Элементы обязательства из причинения вреда (в сфере оказания медицинской помощи или медицинских услуг) / И.М., Вильгоненко Н.Р. Гагиева // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2020. – №3. – С.78-81. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/elementy-obyazatelstva-iz-prichineniya-vreda-v-sfere-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-ili-meditsinskih-uslug>

136 Шабунина И.С. Понятие и особенности возникновения обязательства вследствие причинения вреда: автореф. дис. на соиск. канд. юрид. наук / И.С. Шабунина. – Казань, 2004. – 34 с.

137 Басин Ю.Г. Ответственность за нарушение гражданско-правового обязательства. Учебное пособие / Ю.Г. Басин. – Алматы, 1997. – 210 с.

138 Prudnikova M.Yu. Problems of the guiltless civil liability of medical workers / M.Yu. Prudnikova // Вестник Карагандинского университета. Серия Право. – 2024. – №3(115). – С.113-121. – Режим доступа: <https://law-vestnik.ksu.kz/index.php/law/article/view/593>

139 Матвеев Г.К. Основания гражданской ответственности / Г.К. Матвеев. – М., 1971. – 336 с.

140 Мелихов А.В. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный здоровью или жизни пациента (вопросы теории и практики): дис. на соиск. канд. юрид. наук / А.В. Мелихов. – Волгоград, 2006. – 203 с.

141 Постановление Верховного Суда от 9.07.1999 года №9 «О некоторых вопросах применения судами Республики Казахстан законодательства по возмещению вреда, причиненного здоровью» // ИС «Юрист». – Режим доступа: http://adilet.zan.kz/rus/docs/P99000009S_/history (Дата обращения: 10.11.2025)

142 Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. – М.:БЕК, 1995. – 260 с.

143 Звездина Ю.А. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда при оказании медицинских услуг: автореф. дис. на соиск. канд. юрид. наук / Ю.А. Звездина. – СПб., 2001. – 154 с.

144 Шакурова Н.К. Обязательства по возмещению вреда, причинённого деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих: дисс. ... канд. юрид. наук : 5.3.1 / Н.К. Шакурова – Казань, 2023. – 192 с.

145 Рарог А.И., Понятовская Т.Г. Медицинский риск в уголовном праве / А.И. Рарог, Т.Г. Понятовская // Всероссийский криминологический журнал. – 2021. – №3. – С.321-330.- Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-risk-v-ugolovnom-prave>

146 Муравьева Е.В. Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности: дисс. ... канд. юрид. наук / Е.В. Муравьева. – Ростов-на-Дону, 2004. – 189 с.

147 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 № 21808 «Об утверждении правил классификации медицинских изделий в зависимости от степени потенциального риска применения». // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021808> (Дата обращения: 09.10.2025)

148 Антипов В.В., Антипова С.И. Ятрогения как неизбежное явление в медицине XXI века. Часть I. От врачебных ошибок к ятрогении / В.В. Антипов, С.И. Антипова // Медицинские новости. – 2017. – №4. – С. 25-32.

149 Бабаджанов Д.Б. Источники повышенной опасности в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект / Д.Б. Бабаджанов // Ученые записки Худжандского государственного университета им. академика Б. Гафурова. – Гуманитарные науки. – 2014. – №4 (41). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/istochniki-povyshennoy-opasnosti-v-sfere-meditsinskoj-deyatelnosti-grazhdansko-pravovoy-aspekt>

150 Егоров Н.Д. Причинная связь как условие юридической ответственности / Н.Д. Егоров // Сов. государство и право. – 1981. – № 9. – С. 126-131.

151 Кусаинова Ж. Преступления в медицинской сфере: расследованию мешает корпоративная солидарность // Zakon.kz. – Режим доступа: <https://www.zakon.kz/4774700-prestuplenija-v-medicinskoj-sfere.html>

152 Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам» / Л.А. Шмаров // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – №64 (1). – С. 8-9.

153 Саляхудинов Ю. Косвенная причинно-следственная связь, как основание для привлечения медицинской организации к гражданской ответственности // Sallah.ru. – Режим доступа: <http://sallah.ru/sud-akt-medical-errors/2018/11/kosvennaya-prichinno-sledstvennaya-svyaz-kak-osnovanie-dlya-privlecheniya-medicinskoj-organizacii-k>

154 Фомина В.Г. Причинно-следственная связь в делах, связанных с возмещением вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинских услуг / В.Г. Фомина // Актуальные проблемы российского права. – 2022. – №12 (145). – С.140-149.- Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichinno-sledstvennaya-svyaz-v-delah-svyazannyh-s-vozmesceniem-vreda-prichinennogo-nenadlezhaschim-okazaniem-meditsinskih-uslug>

155 Балло А.М., Балло А.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред / А.М. Балло, А.А. Балло. – СПб: БиС, 2001. – 374 с.

156 Сурков А.Н., Агарков Б.В. Ответственность медицинских организаций за причинение вреда здоровью (на основе принципа судебной практики) / А.Н. Сурков, Б.В. Агарков // Вестник СГЮА. – 2023. – №5(154). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otvetstvennost-meditsinskih-organizatsiy-za-prichinenie-vreda-zdorovyu-na-osnove-sudebnoy-praktiki>

157 Кофман В.И. Границы юридически значимого причинения / В.И. Кофман // Правоведение. – 1960. – №3. – С.45-58.

158 Шиманская С.В. Причинно-следственная связь как условие гражданско-правовой ответственности при осуществлении медицинской деятельности / С.В. Шиманская // Медицинское право. – 2010. – №4(32). – С. 32-37.

159 Афанасьева Е.Г. Правовое регулирование оказания коммерческих медицинских услуг в США: дис. на соиск канд. юрид. наук / Е.Г. Афанасьева. – М., 1995. – 130 с.

160 Кратенко М.В., Мороз В.П. Проблемы доказывания в медицинских спорах: сравнительный анализ права России, Беларуси и стран Евросоюза / М.В. Кратенко, В.П. Мороз // Вестник Пермского университета. – Юридические науки. – 2021. – Вып. 54. – С. 766-789.

161 Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) / Ю.Д. Сергеев, И.Г. Ломакина, Л.В. Канунникова // Медицинское право. – 2005. – №4. – Режим доступа: <https://www.lawmix.ru/medlaw/19434>

162 Баринаова И.В. Проблемы рассмотрения гражданских дел о причинении вреда здоровью и жизни граждан вследствие применения лекарственных средств / И.В. Баринаова // Юридическая наука. – 2024. – №8. – С. 96-101.

163 Кратенко М.В. Проблема неопределенности причинной связи во «врачебных делах» и способы ее решения (К вопросу о доказательственном значении экспертного мнения) / М.В. Кратенко // Судебно-медицинская экспертиза. – 2022. – №1. – С. 62-66

164 Медицинское право: учебник / Тлембаева Ж.У., Караев А.А., Базарова Г.С. [и др.]; под. ред. Ж.У. Тлембаевой. – Астана: Medet Group, 2022. – 218 с.

165 Ken Oliphant, Richard W. Wright (eds.) Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective / Ken Oliphant, Richard W. – Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, 2013. – 562 p.

166 Beran Roy G., Rapozo Vera Lucia & Yang Manman. Loss of chance across different jurisdictions (the why and wherefore) / Beran Roy G., Rapozo Vera Lucia, Yang Manman // Peking University Law Journal. – Vol. 8/2 (2020). – Pp. 143-157.

167 Козлов И.А. Доктрина утраты шанса: плюсы и минусы признания теории / И.А. Козлов // Юридическая наука. – 2021. – №10. – С.13-17.

168 Нормативное постановление Верховного Суда Республики Казахстан от 27 ноября 2015 года № 7 «О применении судами законодательства о возмещении морального вреда» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P150000007S> (Дата обращения: 01.11.2025)

169 Тимчишен Е.Ю. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный исполнителем медицинских услуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Ю.Е. Тимчишен – Минск: БГУ, 2019. – 24 с.

170 Закон Республики Казахстан от 19 апреля 2024 года №74-VIII ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения» в части введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z2400000074> (Дата обращения: 25.10.2025)

171 Ответ Министра здравоохранения на депутатский запрос «О контроле по оказанию медицинской помощи». Исх. № 19-5-18/92-Д от 04.10.2018. // Мажилис Парламента Республики Казахстан. – Режим доступа: <https://www.parlam.kz/ru/mazhilis/deputy-questions> (Дата обращения: 22.07.2025)

172 Енцов Д.В. Врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике // ИС «Юрист». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31001643&pos=5;-90#pos=5;-90

173 Талалаев В.Н. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи в оториноларингологии (медико-правовой аспект проблемы) дисс. на соиск. док. мед. наук:14.00.04 / В.Н. Талалаев. – Москва, 2005. – 255 с.

174 Давыдовский И.В. Врачебные ошибки / И.В. Давыдовский // Советская медицина. – 1941. – №3. – С. 3-18.

175 Большая медицинская энциклопедия: в 30-ти томах / глав. ред. Б. В. Петровский. – 3-е изд. – Москва: Советская энциклопедия, 1974-1989. – Т.4. – 986 с.

176 Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник / С.Г. Стеценко; Ассоц. «Юрид. центр». – СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. – 570 с.

177 Рокицкий М.Р. Этика и дентология в хирургии / М.Р. Рокицкий. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 31 с.

178 Старченко А.А., Фуркалюк М.Ю. К вопросу о методологии понятия медицинской профессиональной ошибки в практике медицинского страхования / А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк // В кн. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. – М.:Нортон, 2004. – С. 353-364.

179 Медицинское страхование. Экспертиза качества медицинской помощи в системе МС (проблемы задачи и подходы к их решению). Методическое пособие / Под.ред. В.Ф. Чавпецова, В.В. Гришина, В.Ю. Семенова, П.П. Глущенко. – М. – 1995. – 56 с.

180 Хохлова Е. Ятрогения – это не врачебная ошибка / Е. Хохлова // Медицинская газета. – 2011. – №49. – С.10-18. – Режим доступа: <http://sovetrektorov.ru/files/sr/050711/1.pdf>.

181 Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / А.А. Понкина // Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – М.:Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 200 с.

182 Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, et al. Medical Error Reduction and Prevention. [Updated 2024 Feb 12]. In: StatPearls [Internet]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025, Jan. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>

183 Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. To Err Is Human: Building a safer health system / L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson // Committee on Quality of Health Care in America. – Washington (DC, USA): National Academy-Press, 2000. – 312 p. – Режим доступа: http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=9728#toc

184 Martin L.M. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos Brasileiros de Ética Médica / L.M. Martin // Revista Bioética. – 1994. – Vol. 2. – No2. – Режим доступа: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/462/345

185 Meirelles Gomes J.C., de França G.V. Error médico J.C. Meirelles Gomes, G.V. de França // Bioética Clínica. – 22 p. – Режим доступа: <http://www.saip.org.uy/ejprof/errormed.pdf>

186 Жаппарова А.С. Правовые аспекты врачебной ошибки / А.С. Жаппарова // Право и государство. – 2013. – №4(61). – С. 82-85.

187 Жуманазаров Н.А., Баймуратова Г., Ильясов М., Ахыншаев Е., Алтыбаев К., Убайдаева А.Б. Анализ ошибок и осложнений во врачебной практике / Н.А. Жуманазаров, Г. Баймуратова, М. Ильясов, Е. Ахыншаев, К. Алтыбаев, А.Б. Убайдаева // Фундаментальные исследования. – 2010. – №1. – С. 41-43. – Режим доступа: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=1606>

188 Махамбетчин М.М. Врачебные ошибки: анализ, причины, предупреждение / М.М. Махамбетчин // Вестник КазНМУ. – 2021. – №3. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnye-oshibki-analiz-prichiny-preduprezhdenie>

189 Толеубаев М. Отношение к врачебным ошибкам в Казахстане и мире / М. Толеубаев // J Clin Med Kaz. – 2016. – №4(42). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-vrachebnym-oshibkam-v-kazahstane-i-mire>

190 Шыктыбаев Т. Врачебная ошибка: о противоречии понятия // Zakon.kz. – Режим доступа: <https://www.zakon.kz/4902901-vrachebnaya-oshibka-o-protivorechii.html>

191 Prudnikova M.Yu. Some problems of health care worker's civil liability for medical malpractice / M.Yu. Prudnikova // Вестник Карагандинского университета. Серия Право. – 2019. – №4(96). – С.79-87.

192 Серов В.В. О современном нозологическом диагнозе (по поводу дискуссионной статьи Д.С. Саркисова) / В.В. Серов // Архив патологии. – 1990. – №9. – С.69-71.

193 Кудаков А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / А.В. Кудаков. – Саратов, 2011. – 185 с.

194 Лейбович Я. Врачебные ошибки и незаконное врачевание / Я. Лейбович // Судебная ответственность врачей. Сборник статей. – Л.: Рабочий Суд, 1926. – С. 84-87.

195 Ригельман Р.К. Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующего врача: Пер. с англ. / Р.К. Ригельман. – М.: Практика, 1994. – 208 с.

196 Фролов Я.А., Канунникова Л.В., Фролова Е.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки / Я.А. Фролов, Л.В. Канунникова, Е.В. Фролова // Медицинское право. – 2003. – №2. – С. 22-23.

197 Садчиков Д.В., Клоктунова Н.А., Касимов О.В., Зеулина Е.Е., Садчиков Д.Д. Методология понятия и определения врачебной ошибки / Д.В. Садчиков, Н.А.Клоктунова, О.В. Касимов, Е.Е. Зеулина, Д.Д. Садчиков // Медицинский алфавит. – №38. – 2018. – С. 45-48.

198 Рахметов С. М. Уголовная ответственность медицинских работников за небрежное отношение к своим обязанностям, за врачебные ошибки // ИС «Юрист». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36955850&pos=118;-47#pos=118

199 Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – 197 с.

200 Материалы Европейского форума // Режим доступа: https://www.europeanproceedings.com/article/10.15405/epsbs.2020.10.05.126?utm_source=chatgpt.com

201 Новикова М.С. Врачебные ошибки в хирургии: Россия и Германия / М.С. Новикова // БМИК. – 2013. – №11. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnye-oshibki-v-hirurgii-rossiya-i-germaniya>

202 Brennan T.A., Leape L.L., Laird N.M., Hebert L., Localio A.R., Lawthers A.G., Newhouse J.P., Weiler P.C., Hiatt H.H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I / T.A. Brennan, L.L. Leape, N.M. Laird, L. Hebert, A.R. Localio, A.G. Lawthers, J.P. Newhouse, P.C. Weiler, H.H. Hiatt // N Engl J Med. – 1991. – Feb 7. – 324(6). – Pp. 370-376. – DOI: 10.1056/NEJM199102073240604.

203 Leape L.L. Error in medicine / L.L. Leape // JAMA. – 1994. – Dec 21. – 272(23). – Pp. 1851-1857.

204 Нургазинов Б.К. Предложение о введении понятия медицинской ошибки в административное законодательство Республики Казахстан / Б.К. Нургазинов // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. – 2017. – №3(48). – С.80-88. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/predlozhenie-o-vvedenii-ponyatiya-meditsinskoj-oshibki-v-administrativnoe-zakonodatelstvo-respubliki-kazahstan>

205 Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 24 июля 2024 года № 58 «Об утверждении Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 июля 2024 года № 34803 // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2400034803> (Дата обращения: 27.11.2025)

206 Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-147/2020 «Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511> (Дата обращения: 10.09.2025)

207 Сколько миллионов выплатили казахстанцам за врачебные ошибки// In-business. – Режим доступа: <https://inbusiness.kz/ru/news/skolko-millionov-vyplatili-kazahstancam-za-vrachebnye-oshibki>

208 Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников / А.П. Громов. – М.: Медицина, 1976. – 168 с.

209 Эдель Ю.П. Врачебные ошибки и ответственность врача: автореф. дис...канд.мед.наук / Ю.П. Эдель. – Харьков, 1957. –19 с.

210 Судебная медицина Учеб. пособие для вузов / Под ред. проф. А. Ф. Волынского. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право. – 2000. – 639 с.

211 Судебно-медицинская экспертиза: справочник для юристов. Справочник для юристов / Сост. И.В. Виноградов и др. – М.: Юридическая литература, 1985. – 320 с.

212 Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. на соиск. канд. юрид. наук: 12.00.03 / М.С. Берилло. – Томск, 2014. – 207 с.

213 Махамбетчин М.М., Те Д.В. Врачебная ошибка и медицинский инцидент: общее и различие / М.М. Махамбетчин, Д.В. Те // *Здравоохранение стран СНГ*. – 2025. – №1. – С.5-13. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnaya-oshibka-i-meditsinskiy-intsident-obschee-i-razlichie>

214 Какую ответственность должны нести медики за врачебные ошибки? // *Казахстанская правда*. – Режим доступа: <https://kazpravda.kz/n/kakuyu-otvetstvennost-dolzhen-vesti-mediki-za-vrachebnye-oshibki-ob-etom-my-pogovorili-s-ekspertami/>

215 Кратенко М. В. Возмещение вреда пациенту: деликтное право vs компенсационные (страховые) схемы / М.В. Кратенко // *Вестник Томского государственного университета*. – 2022. – №477. – С. 230-238. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmeshchenie-vreda-patsientu-deliktnoe-pravo-vs-kompensatsionnye-strahovye-shemy>

216 Schrero E.D. Patient Compensation Funds: Legislative Responses to the Medical Malpractice Crisis / E.D. Schrero // *American Journal of Law & Medicine*. – 1979. – Summer. – 5(2). – Pp. 175-195.

217 State Patient Compensation Funds: What You Need to Know.-Режим доступа // ProAssurance. – Режим доступа: <https://www.norcal-group.com/library/state-patient-compensation-funds-what-you-need-to-know>

218 Louisiana Patient's Compensation Fund // Louisiana Division of Administration. – Режим доступа: <https://www.doa.la.gov/doa/mmc/pcf/>

219 Глушков В.А. Ответственность за преступления в сфере здравоохранения / В.А. Глушков. – Киев: Вища школа, 1987. –198 с.

220 Самороков В.И. Уголовно-правовая оценка медицинского риска. Современные тенденции развития уголовной политики и уголовного законодательства / В.И. Самороков. – М. – 1994. – 92 с.

221 Каленых А.В. Профессиональный риск медицинских работников как вид обоснованного риска // Auditorum. – Режим доступа: <http://www.auditorium.ru/aud/pres/presview.php>

222 Кириченко Д.Ф. Правовое регулирование защиты прав потребителей медицинских услуг: дис. на соиск. канд. юрид. наук / Д.Ф. Кириченко. – Москва, 2010. –166 с.

223 Kizdarbekova A.S., Prudnikova M.Y., Nurzhanova A.S. On the issue of civil liability for inadequate provision of medical services / A.S. Kizdarbekova, M.Y. Prudnikova, A.S. Nurzhanova // *Journal of Advanced Research in Law and Economics*. – 2018. – Vol. 9. – Pp. 2336-2346.

224 Михайлов В.И. Обоснованный риск в уголовном праве // ИС «Юрист». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1025542#pos=2;-50

225 Кузнецов Н.А. Проблема операционного риска в плановой хирургии: дис... доктора мед. наук / Н.А. Кузнецов. – Москва, 2018. – 324 с.

226 Серова А.В. Профессиональный риск медицинских работников как вид обоснованного риска: дис. ... канд. юрид наук: 12.00.08 / А.В. Серова. – Екатеринбург, 1999. – 159 с.

227 В рейтинге стран по уровню систем здравоохранения Казахстан оказался лишь на 78-м месте из 110 // Finprom. – Режим доступа: <https://finprom.kz/ru/article/v-rejtinge-stran-po-urovnyu-sistem-zdravooxraneniya-kazahstan-okazalsya-lish-na-78-m-meste-iz-110>

228 Минздрав Казахстана представил итоги деятельности в сфере здравоохранения// Pharmreview.- Режим доступа: <https://pharmreview.kz/novosti/novosti-kazahstana/minzdrav-kazahstana-predstavil-itogi-deyatelnosti-v-sfere-zdravookhraneniya>

229 Направления деятельности Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан // Gov.kz – Режим доступа: <https://www.gov.kz/memleket/entities/kmfk/activities/directions?lang=ru>

230 Самарин Н.А. Оценка качества медицинской услуги на основе анализа ожиданий пациента / Н.А. Самарин // Terra economicus. – 2013. – №11(1-2). – С. 108-112.

231 Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality / A. Naidu // Int J Health Care Qual Assur. PubMed. – 2009. – 22(4). – 366-81.

232 Казахстанцы стали чаще жаловаться на медицину // Zakon.kz. – Режим доступа: <https://www.zakon.kz/obshestvo/6425258-kazahstantsy-stali-chashche-zhalovatsya-na-meditsinu.html>

233 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 февраля 2013 года № 96 «О системе учета дефектов оказания медицинских услуг» (Утратил силу) // ИС «Юрист». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31352022&pos=5;-108#pos=5;-108&sel_link=1004767445

234 Даутбаева-Мухтарова А.Е. Гражданско-правовая ответственность при причинении вреда жизни и здоровью пациента / А.Е. Даутбаева-Мухтарова // Право и государство. – 2016. – №1(70). – С. 69-73.

235 Досье на проект закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам гарантирования профессиональной ответственности медицинских работников» (июль 2017 года) // ИС «Юрист». – Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=35603473

236 В РК разработан проект закона по юридической и финансовой защите медработников// Pharmacy of Kazakhstan.– Режим доступа: <https://pharmkaz.kz/en/2021/12/08/v-rk-razrabotan-proekt-zakona-po-yuridicheskoy-i-finansovoj-zashhite-medrabortnikov/>

237 Фили Ф.Г. Основы законодательного и нормативного регулирования ответственности врача за нанесение вреда здоровью пациента вследствие халатности: США, Великобритания и Канада / Ф.Г. Фили // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2006. – № 8. – С. 136-151.

238 Kulzhanov M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review / M. Kulzhanov, B. Rechel // Health Systems in Transition. – 2007. – 9(7). – Pp.1-158.

239 Гзогян С.А., Саргсян Н.М., Сусякова О.Н. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников / С.А. Гзогян, Н.М. Саргсян, О.Н. Сусякова // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. – 2018. – №8(34). – С.78-83.

240 Ергалиев Т., Макина С. Страхование профответственности: что и как? // Ұлағатты Медицина.– Режим доступа: <https://ulagat-m.kz/special-projects/strakhovanie-profotvetstvennosti-что-и-как.html>

241 Концепция проекта закона Республики Казахстан «О гарантировании профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан»//Cardiomedical.– Режим доступа: https://cardiomedical.kz/upload/Концепция_проекта_закона_RK_О%20гарантировании_ответственности_медицинских_работников_v_Республике_Kazahstan.doc

242 Профессиональная ответственность медицинских работников // Allinsurance.kz. – Режим доступа: <https://allinsurance.kz/articles/insurance-technologies/4208-professionalnaya-otvetstvennost-meditsinskikh-rabotnikov-garantirovanie-ili-strakhovanie>

243 Шиповалова М. Профессиональная ответственность медицинских работников: гарантировать или страховать? / М. Шиповалова // Рынок страхования. – 2014. – №1(12). – С. 18-25.

244 Ancelot L., Oros C. Physician-patient relationship and medical accident victim compensation: some insights into the French regulatory system / L. Ancelot, C. Oros // Eur J Health Econ. – 2015. – Jun. – 16(5). – Pp. 529-542. – DOI: 10.1007/s10198-014-0606-4.

245 Office National d'Indemnisation des Accidents Medicaux // Oniam. – Режим доступа: <https://www.oniam.fr>

246 Lof regionernas ömsesidiga försäkringsbolag // Löf. – Режим доступа: <https://lof.se>

247 Norwegian System of Patient Injury Compensation // NPE. – Режим доступа: <https://www.npe.no/en/About-NPE>

248 Danish Patient Compensation // Patienterstatningen. – Режим доступа: <https://eng.patienterstatningen.dk>

249 Правовая статистика // Qamqor. – Режим доступа: <https://qamqor.gov.kz/crimestat/indicators>

250 Комитет медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Результаты проверок // Gov.kz/.-Режим доступа: <https://www.gov.kz/memleket/entities/kmfk/activities/directions?lang=ru>

251 Послание Президента Республики Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия развития Республики Казахстан до 2050 года: новый политический курс состоявшегося государства» // ИПС НПА РК. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1200002050>

252 Гришин С.М. Правовое регулирование оказания медицинских услуг с применением цифровых технологий: дисс. на соиск. канд. юрид. наук: 5.1.3 / С.М. Гришин. – Москва. – 2024. – 204 с.

253 Тлембаева Ж.У. Медицинское право – актуальная потребность казахстанского здравоохранения // Казахстанский фармацевтический вестник. – Режим доступа: https://pharmnewskz.com/ru/article/medicinskoe-pravo---aktualnaya-potrebnost-kazahstanskogozdravoohraneniya_24394

254 Указ Президента Республики Казахстан от 15 октября 2021 года № 674 «Об утверждении Концепции правовой политики Республики Казахстан до 2030 года»// ИПС НПА РК.- Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2100000674#z133>

ПРИЛОЖЕНИЕ А

«УТВЕРЖДАЮ»
декан Школы стоматологии
НАО «Карагандинский медицинский университет»
Калина А.С.





2025г.

**Акт
о внедрении результатов НИР в учебный процесс**

Мы, нижеподписавшиеся, декан Школы стоматологии НАО «Карагандинский медицинский университет» Калина А.С. и докторант специальности «6D030100 - Юриспруденция» Прудникова М.Ю., составили настоящий акт о том, что результаты диссертационного исследования на тему: «Регулирование гражданско-правовых отношений в сфере оказания медицинских услуг», подготовленного докторантом и выполненного в НАО «Карагандинский национальный исследовательский университет имени академика Е.А. Букетова приняты к внедрению в учебный процесс и используются при преподавании дисциплин, в аспекте нормативно-правовых основ регулирования организации и осуществления медицинской деятельности обучающихся по образовательным программам «6B10122 - Стоматология»; «6B101115 - Стоматология».

Аналитические выводы и научные разработки диссертанта учтены и использованы при подготовке и обновлении лекционных курсов, практических занятий и учебных дисциплин и позволяют:

- углубить уровень подготовки обучающихся по заполнению медицинской документации (типовая форма договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи), информированное согласие пациента);
- обеспечить практический инструментарий для совершенствования компетенций обучающихся, включая формирование навыков правового анализа и оценки рисков в деятельности медицинских организаций

| | |
|---|--|
| <p>Докторант специальности «6D030100 – Юриспруденция»:</p> <p> Прудникова М.Ю. « 1 » 10 2025г.</p> | <p>От организации: декан Школы стоматологии НАО «Карагандинский медицинский университет» Калина А.С. « 1 » 10 2025г.</p>  |
|---|--|

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

«УТВЕРЖДАЮ»

декан юридического факультета
Карагандинского национального
исследовательского университета
имени академика Е.А. Букетова



А. М. Серикбаев

202 г.

Акт о внедрении результатов НИР в учебный процесс

Мы, нижеподписавшиеся, представители кафедры Гражданского и трудового права Карагандинского национального исследовательского университета им. академика Е.А. Букетова и докторант специальности «6D030100 – Юриспруденция» Прудникова М.Ю., составили настоящий акт о том, что результаты диссертационного исследования на тему: «Регулирование гражданско-правовых отношений в сфере оказания медицинских услуг», подготовленного докторантом и выполненного в Карагандинском национальном исследовательском университете имени академика Е.А. Букетова приняты к внедрению в учебный процесс и используются при преподавании дисциплин:

- «Гражданское право (часть Общая)», Гражданское право (часть Особенная)», студентам, обучающимся по Образовательным программам «6B040205-Правовое регулирование предпринимательской деятельности», «6B040204-Судебная и прокурорская деятельность», «6B040201-Юриспруденция»;

- «Деликтное право», «Защита прав предпринимателей и потребителей», «Гражданско-правовые способы защиты субъективных прав граждан» студентам, обучающимся по Образовательной программе «6B040205-Правовое регулирование предпринимательской деятельности»;

- «Обеспечение прав потребителей», «Теория и практика применения гражданского законодательства» магистрантам, обучающимся по Образовательной программе «7M04205 - Частное право».

Результаты диссертационного исследования позволяют:

- повысить уровень подготовки обучающихся;

- разработать учебно-практическое пособие с целью обеспечения практического инструментария для совершенствования компетенций обучающихся, включая формирование устойчивых навыков правового анализа гражданско-правовых отношений в сфере оказания услуг, оценки предпринимательских рисков при предоставлении потребительских услуг, а также компетентной квалификации гражданско-правовой ответственности.

Докторант специальности
«6D030100 – Юриспруденция»

Прудникова М.Ю

От организации:

Декан юридического факультета

Карагандинского национального
исследовательского университета
имени академика Е.А. Букетова

А. М. Серикбаев

202 г.

Зав. кафедрой

гражданского и трудового права

А. Ж. Обдіжамн

202 г.



ПРИЛОЖЕНИЕ Г

«УТВЕРЖДАЮ»
руководитель Отдела гражданского,
гражданского процессуального законодательства
и исполнительного производства
РГП на ПХВ «Института законодательства
и правовой информации Республики Казахстан
Министерства юстиции Республики Казахстан»

М.Т. Акимжанова
202 г.

Акт
о внедрении результатов НИР в практическую деятельность
Отдела гражданского, гражданского процессуального законодательства и
исполнительного производства РГП на ПХВ «Института законодательства и правовой
информации Республики Казахстан Министерства юстиции Республики Казахстан»

Мы, нижеподписавшиеся, руководитель Отдела гражданского, гражданского процессуального законодательства и исполнительного производства Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан Министерства юстиции Республики Казахстан, доктор философии (PhD) Акимжанова М.Т. и докторант специальности «6D030100 – Юриспруденция» Прудникова М.Ю., составили настоящий акт о том, что результаты диссертационного исследования на тему: «Регулирование гражданско-правовых отношений в сфере оказания медицинских услуг», подготовленного докторантом и выполненного в Карагадинском национальном исследовательском университете имени академика Е.А. Бухетова приняты к внедрению в практическую деятельность Отдела гражданского, гражданского процессуального законодательства и исполнительного производства Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан и используются:

- 1) в экспертно-правовой оценке действующих нормативных правовых актов - теоретические выводы и предложенные диссертантом подходы к квалификации гражданско-правовых отношений в сфере оказания медицинских услуг применяются при подготовке экспертных заключений, направленных на оценку правового регулирования медицинской деятельности, а также при анализе эффективности действующих правовых норм;
- 2) в процессах законодательного мониторинга и прогнозирования правовых последствий - материалы исследования используются при выявлении пробелов, коллизий и правовых рисков в регулировании договорных отношений между медицинскими организациями и пациентами, а также при формировании рекомендаций по их устранению;
- 3) при разработке научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию законодательства - практические рекомендации, сформированные в диссертации, послужили основой для подготовки предложений по корректировке норм гражданского законодательства, регулирующих ответственность за ненадлежащее оказание медицинских услуг и защиту прав пациентов;
- 4) в формировании научной базы для дальнейших аналитических и прикладных исследований Института по направлению совершенствования гражданского законодательства в области здравоохранения.

Внедрение результатов исследования способствовало:

- повышению качества экспертно-аналитической работы;
- усилению научной аргументированности при разработке предложений по совершенствованию законодательства;
- расширению методологической базы оценки правовых рисков и правовых последствий в

сфере оказания медицинских услуг;

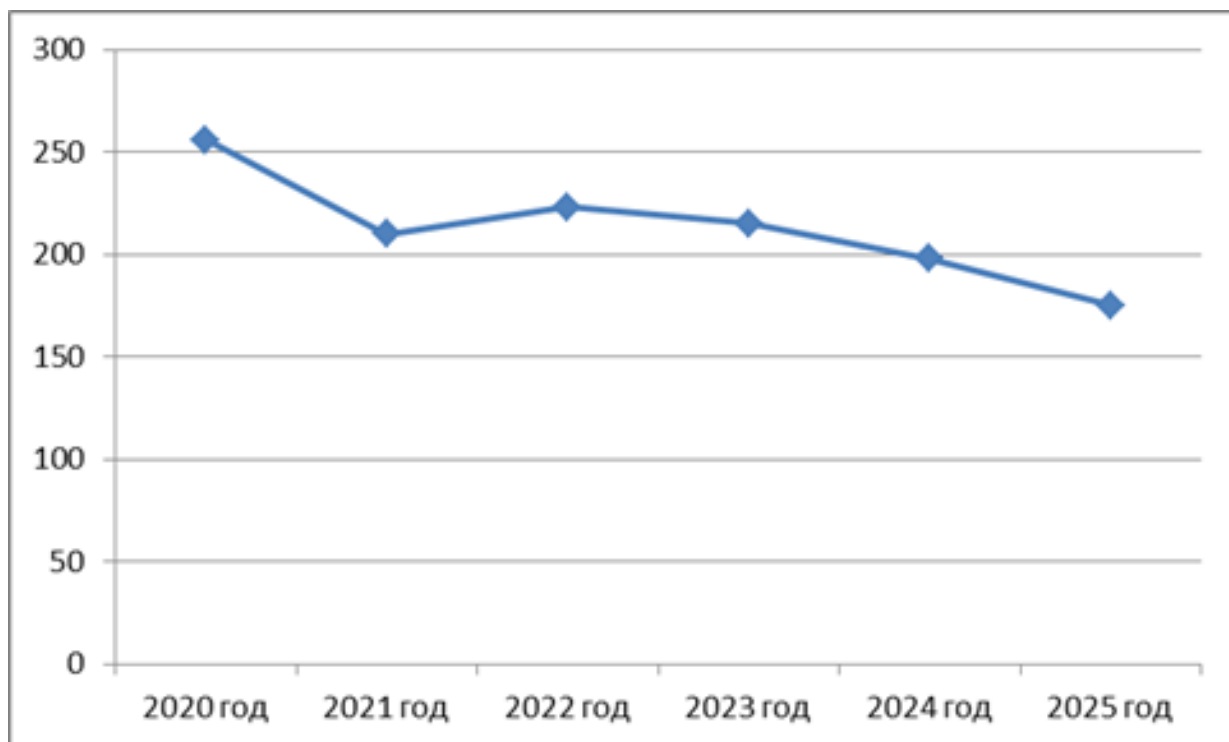
- укреплению межотраслевой интеграции норм гражданского и медицинского права.

Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу - для автора исследования и организации, в деятельность которой внедрены результаты НИР.

| | |
|--|---|
| <p>Руководитель Отдела гражданского, гражданского процессуального законодательства и исполнительного производства РГП на ПХВ «Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан Министерства юстиции Республики Казахстан», доктор философии (PhD)</p> | <p>Докторант специальности «6D030100 – Юриспруденция»  М. Ю. Прудникова « 21 » _____ 2021 г.</p> |
| <p> М.Т. Акимжанова « » _____ 2021 г.</p> | <p>декан юридического факультета Карагандинского национального исследовательского университета имени академика Е.А. Букетова  А. М. Серикбаев « _____ » _____ 2021 г.</p> <p></p> |

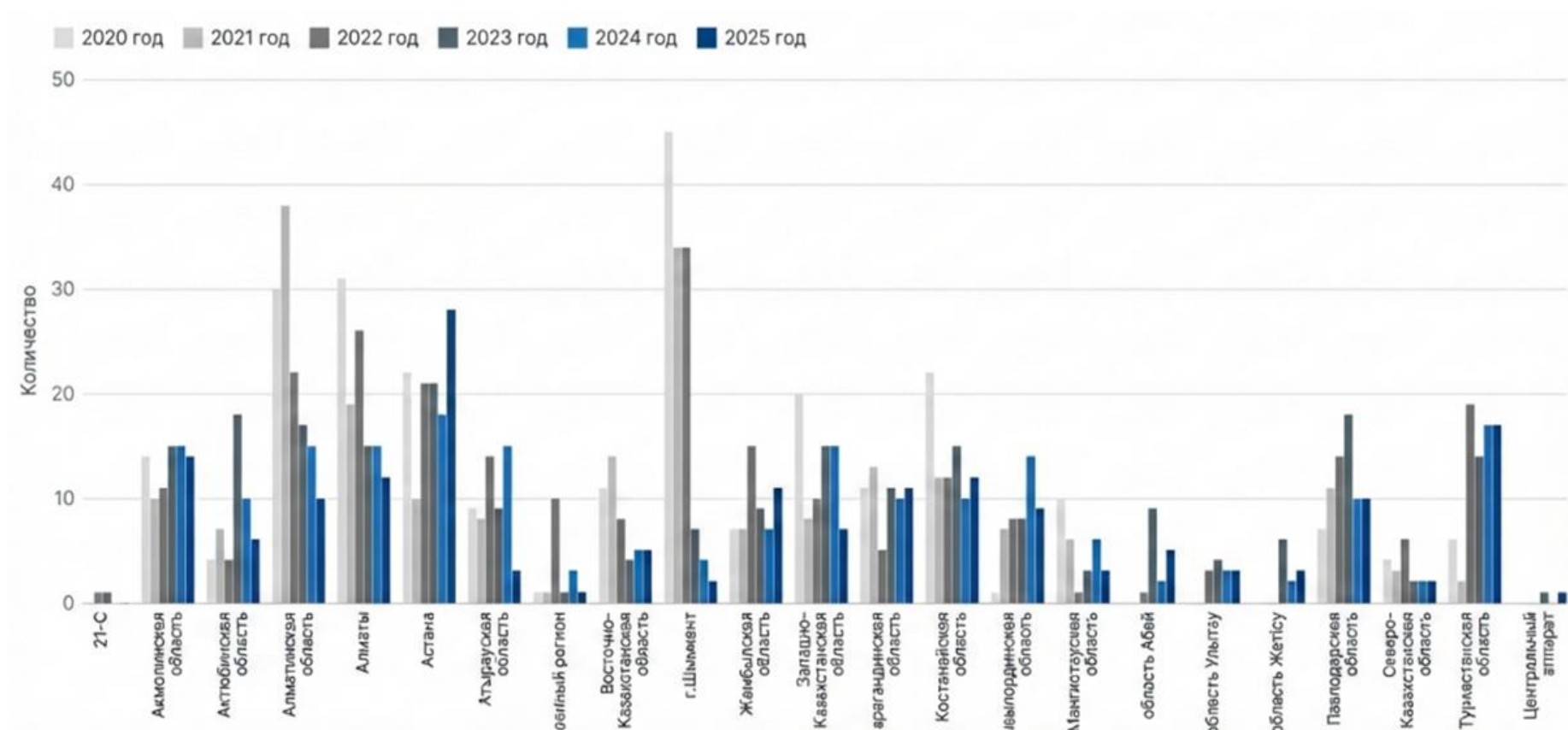
ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Диаграмма 1. Кривая зарегистрированных по республике медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан за 2020-2025 гг.



ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Диаграмма 2. Динамика зарегистрированных по республике уголовных медицинских правонарушений за 2020-2025 гг. (в разрезе областей)



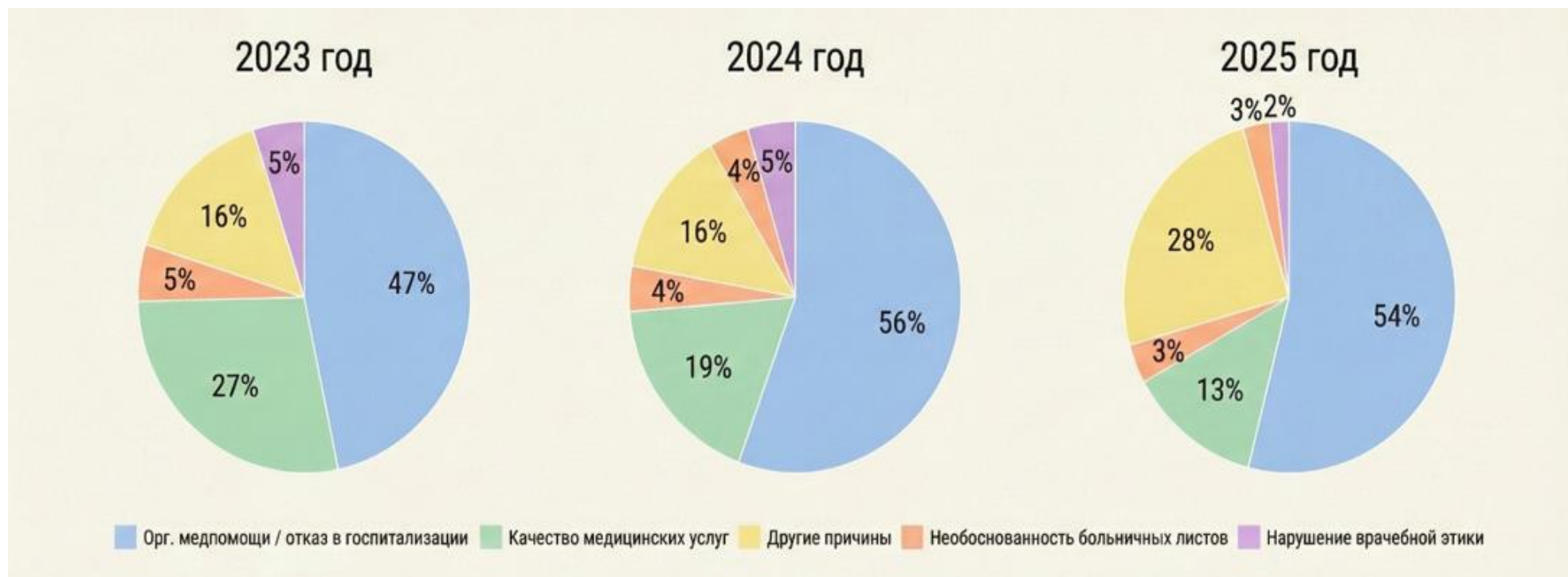
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Диаграмма 3. Контрольно-надзорная деятельность
Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК
в сфере оказания медицинских услуг: структура и динамика (2022-2025 гг.)



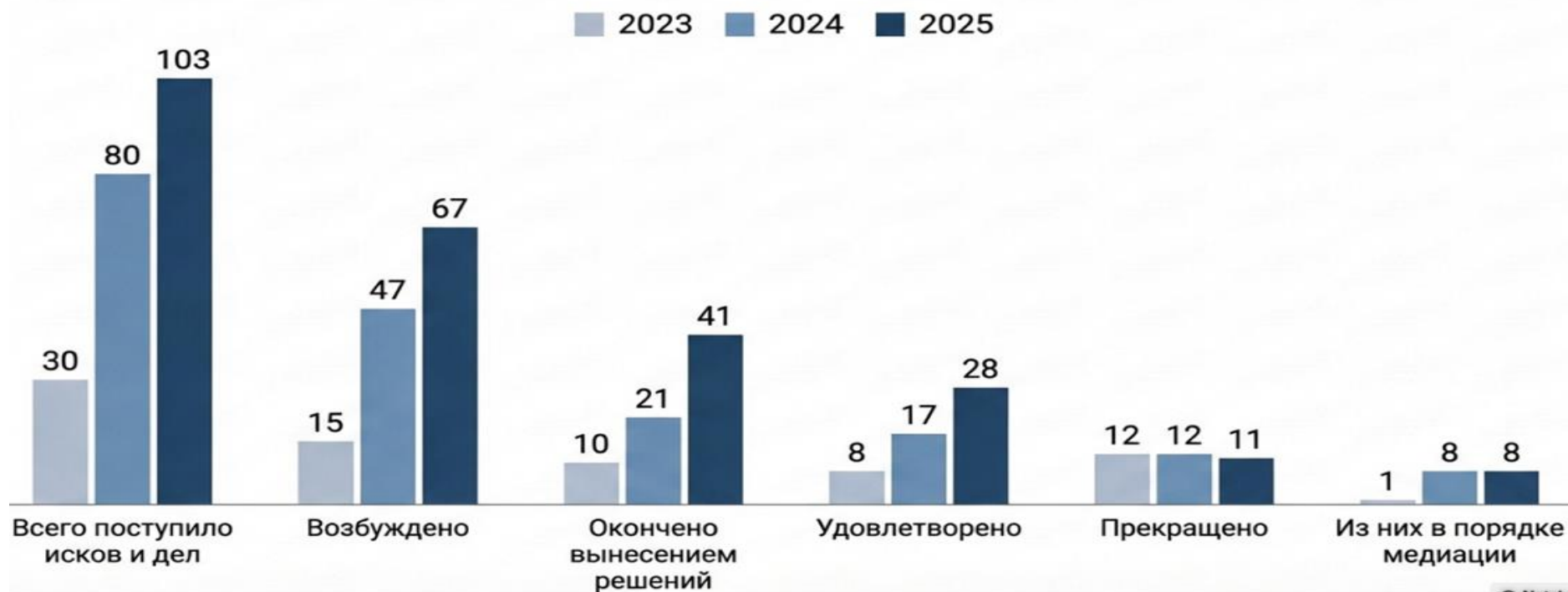
ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Диаграмма 4. Структура жалоб граждан, зарегистрированных Комитетом медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК (2023-2025) гг.



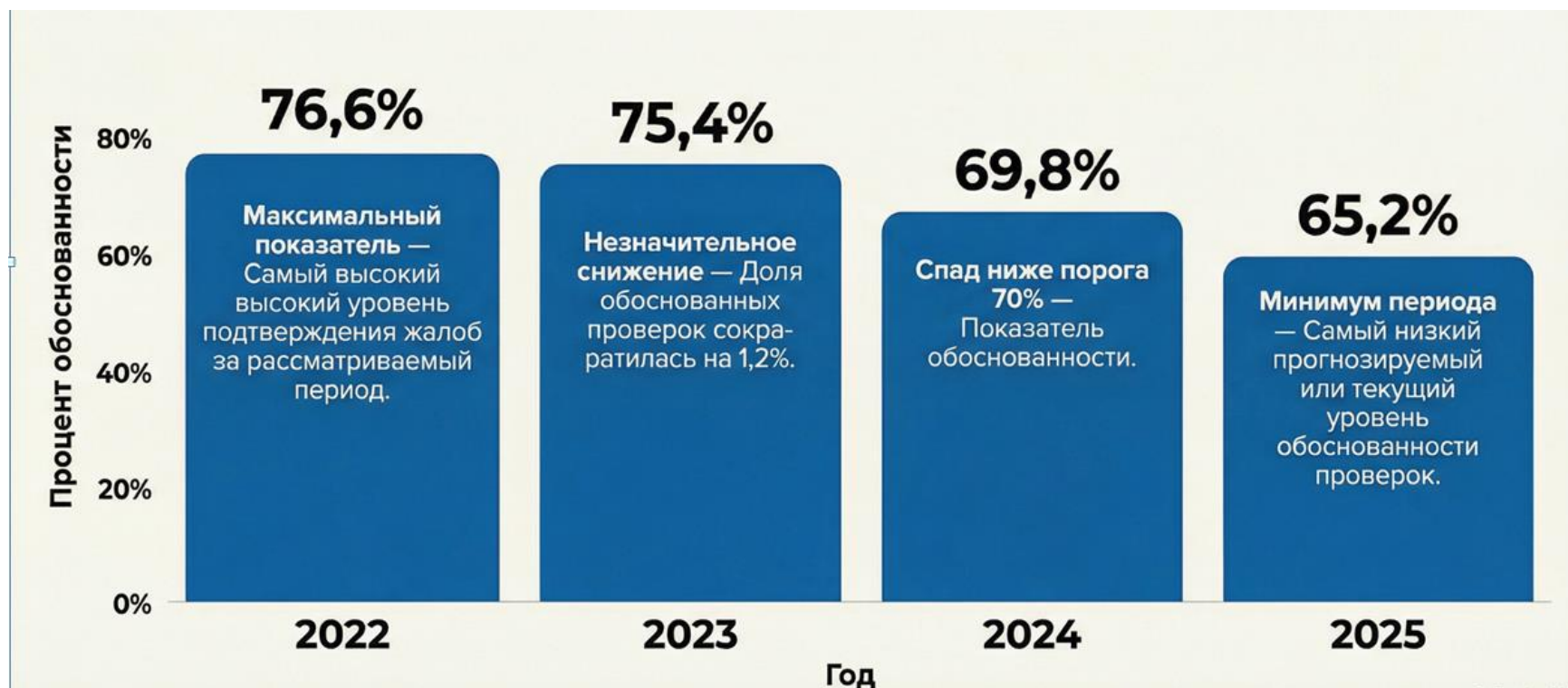
ПРИЛОЖЕНИЕ И

Диаграмма 5. Иски, поступившие и рассмотренные судами республики по спорам о защите прав потребителей, в том числе связанных с качеством медицинских услуг 2023-2025 годы



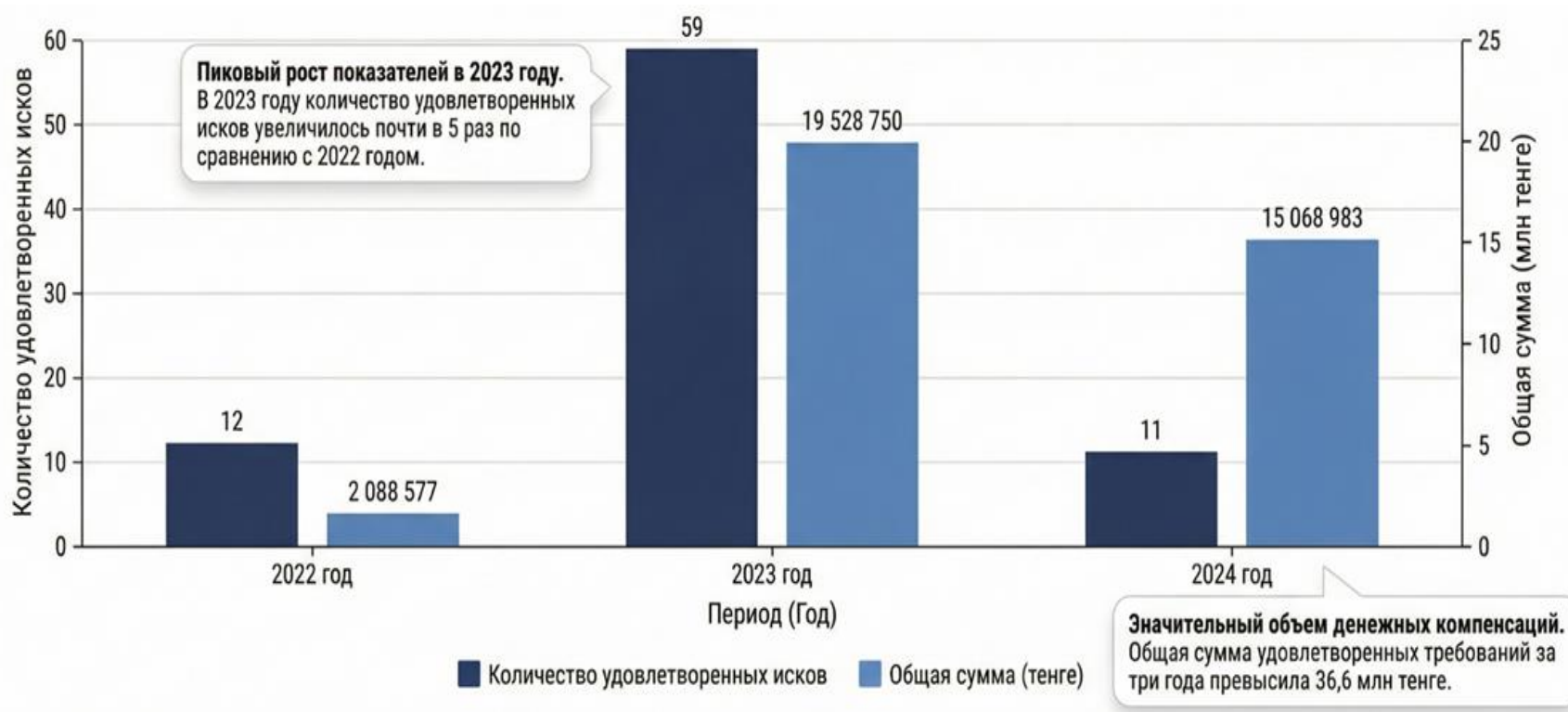
ПРИЛОЖЕНИЕ К

Диаграмма 6. Динамика обоснованных проверок по обращениям граждан, связанных с жалобами на качество медицинских услуг, по Карагандинской области (2022-2025 гг.)



ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Диаграмма 7. Иски, рассмотренные судами в связи с ненадлежащим оказанием медицинских услуг в 2022-2024 гг. (в разрезе Карагандинской области):



ПРИЛОЖЕНИЕ М

Диаграмма 8. Обращения граждан, зарегистрированные Департаментом медицинского и фармацевтического контроля по Карагандинской области и связанные с качеством оказания медицинских услуг после введения института обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников (октябрь 2024 – декабрь 2025 гг.)

