

Учреждение образования Alikhan Bukeikhan University

УДК 343.985.7

На правах рукописи

СЕЙДАНОВ АЙБЕК БАГДАДОВИЧ

**Расследование медицинских уголовных правонарушений (на примере
статьи 317 Уголовного кодекса Республики Казахстан)**

6D030100 – Юриспруденция

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант
доктор PhD
С.К. Күмісбеков

Зарубежный консультант
кандидат юридических наук,
доцент
Е.А. Ануфриева

Республика Казахстан
Семей, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ГНОСЕОЛОГИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СТАНОВЛЕНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ.....	17
1.1 Социально-правовой анализ ответственности медицинских работников за медицинские уголовные правонарушения.....	17
1.2 Генезис законодательного закрепления и обеспечения надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан.....	27
1.3 Уголовно-правовая и криминологическая характеристика медицинских уголовных правонарушений (ст. 317 УК РК).....	35
Выводы по разделу.....	58
2 КРИМИНАЛИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ УГОЛОВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ.....	60
2.1 Содержание частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	60
2.2 Типичные следственные ситуации, возникающие в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	69
2.3 Организационные действия, реализуемые в ходе выдвижения следственных версий и планирования досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	81
2.4 Обстоятельства, подлежащие установлению и доказыванию при досудебном расследовании медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	89
Выводы по разделу.....	97
3 КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДОСУДЕБНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УГОЛОВНОГО ПРАВОНАРУШЕНИЯ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО СТ. 317 УК РК.....	101
3.1 Криминалистические тактические операции последующего этапа досудебного расследования.....	101
3.2 Криминалистические тактические приемы, реализуемые при проведении отдельных следственных и негласных следственных действий в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	107
3.3 Научные и специальные знания, применяемые в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	118

3.4 Проблемы реализации криминалистической профилактики медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.....	129
Выводы по разделу.....	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	135
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	148
ПРИЛОЖЕНИЕ А – Анкета для следователей.....	159
ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Анкета для медицинских работников.....	162
ПРИЛОЖЕНИЕ В – Анкета для населения.....	166
ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Эвристический метод досудебного расследования «Таблица доказательств и доказательственных фактов».....	169

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года.

Уголовный кодекс Республики Казахстан: принят 3 июля 2014 года, №226-V.

Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан: принят 4 июля 2014 года, №231-V.

Уголовный кодекс Республики Казахстан: принят 16 июля 1997 года, №167-I.

Всеобщая декларация прав человека: утв. и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года.

Устав (Конституция): утв. Международной конференцией здравоохранения 7 апреля 1948 года (конференция – Нью-Йорк, 1946 – 19 июня по 22 июля).

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации. Принята резолюцией 2106 (XX) Генеральной Ассамблеи от 21 декабря 1965 года.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах: утв. резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: утв. резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи от 18 декабря 1979 года.

Конвенция о правах ребенка: утв. резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года.

Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине ETS №164: утв. Комитетом министров Совета Европы 19 ноября 1996 года.

Алма-Атинская декларация: утв. Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи от 12 сентября 1978 года (Астана).

Астанинская декларация: глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи: утв. 25 и 26 октября 2018 года (Астана).

Указ Президента Республики Казахстан. О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы: утв. 13 сентября 2004 года, №1438.

Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы: утв. 29 ноября 2010 года, №1113.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: утв. 15 октября 2018 года, №634.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI (с изменениями и дополнениями по состоянию на 18.11.2022 г.)

СТ РК 3015-2017. Бытовое обслуживание населения» термины и определения: утв. Приказом Председателя Комитета технического регулирования и метрологии Министерства по инвестициям и развитию Республики Казахстан от 1 ноября 2017 год, №295-од.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности: утв. 22 октября 2020 года, №ҚРДСМ-148/2020.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам коммунального назначения»: утв. 26 июля 2022 года, №ҚР ДСМ-67 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 июля 2022 года, №28925).

Закон Республики Казахстан. Об охране здоровья народа в Республике Казахстан: принят 10 января 1992 года, №1107-XII (утратил силу).

Закон Республики Казахстан. Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан: принят 19 мая 1997 года, №111 (утратил силу).

Закон Республики Казахстан. Об охране здоровья граждан: принят 7 июля 2006 года, №170 (утратил силу).

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 18 сентября 2009 года, №193-IV (утратил силу).

Указ Президента Республики Казахстан. О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года: утв. 1 февраля 2010 года, №922.

Указ Президента Республики Казахстан. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы»: утв. 29 ноября 2010 года, №1113.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: утв. 15 октября 2018 года, №634.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: утв. 7 июля 2020 года, №360-VI.

Президент Республики Казахстан - Лидер Нации Н.А. Назарбаев. Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства: послание народу Казахстана (Астана, 2012 – 14 декабря).

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

БСМЭ	– Бюро судебно-медицинской экспертизы
ВИЧ	– Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГП РК	– Генеральная Прокуратура Республики Казахстан
ЕРДР	– Единый реестр досудебных расследований
КазССР	– Казахская Советская Социалистическая Республика
КЗСЗ	– Кодекс о здоровье и системе здравоохранения
КМФК	– Комитет медицинского и фармацевтического контроля
КР	– Кыргызская Республика
МВД РК	– Министерство внутренних дел Республики Казахстан
МЗ РК	– Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МЮ РК	– Министерство юстиции Республики Казахстан
ОВД	– Органы внутренних дел
п.	– пункт
СНГ	– Содружество независимых государств
СССР	– Союз Советских Социалистических Республик
ст.	– статья
РК	– Республика Казахстан
РСФСР	– Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
РФ	– Российская Федерация
УК РК	– Уголовный кодекс Республики Казахстан
УПК РК	– Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан
ч.	– часть
ТГСК	– Темиртауский городской суд Карагандинской области
СА	– Суд Атырау
БГСК	– Байконырский городской суд Кызылординской области

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность диссертационного исследования. Здоровье и жизнь населения являются одними из гарантий и главных основ общества, которые относятся к интересам национальной безопасности. Эти гарантии закреплены в Конституции Республики Казахстан: «...граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья... граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом... получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом...» [1].

Медицинские уголовные правонарушения в 2014 году выделены в отдельную главу Уголовного кодекса Республики Казахстан, законодатель провел колоссальную работу и придал огромное значение правоотношениям, которые складываются между врачом и пациентом. Угроза жизни и здоровью человека – это прямая угроза ресурсам государства и общества. Степень защищенности прав пациентов и прав врачей является одним из важных критериев оценки эффективности здравоохранения и государства в целом.

15 января 2021 года Главой государства К.К. Токаевым было отмечено: «...Особое значение имеет модернизация отечественного здравоохранения. В условиях пандемии актуальность этой проблемы стала очевидной. Система здравоохранения должна ориентироваться на пациентов, ставить во главу угла их интересы, здоровье и жизнь. Переход к такой модели возможен за счет персонификации, внедрения цифровых инструментов, расширения доступа людей к квалифицированной врачебной помощи. В этой связи особую роль играет развитие превентивной медицины, основанной на профилактике и ранней диагностике заболеваний...» [2].

В целях реализации поручения Президента Республики Казахстан правительством разработан Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» на 2021-2025 годы, в котором первым направлением является «Доступная и качественная медицинская помощь, включающая в себя 3 задачи: Обеспечение широкого охвата населения услугами здравоохранения, сохранение здоровья беременных женщин, укрепление здоровья детей и кадрового потенциала» [3].

28 сентября 2022 года, продвигая вектор развития отечественного здравоохранения, К.К. Токаев подчеркнул: «...Это наша обязанность как государства. Но это лишь самый минимум. Поэтому так важен и второй компонент проекта – строительство многопрофильных больниц, которые позволят сократить время получения квалифицированной помощи при тяжелых заболеваниях и травмах. Недаром существует правило «золотого часа» – чем скорее доставить пациента до оборудованной больницы, тем выше шанс, что он будет спасен...» [4].

В Казахстане существуют условия для доступного и гарантируемого объема бесплатной медицины, в которых особое внимание привлекают факты ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинскими и фармацевтическими работниками. Подобные факты в соответствии с мировыми тенденциями требуют обязательного изучения, оценки деятельности медицинского работника и принятия объективного и справедливого решения. Во все времена к деятельности врача относились с уважением и почетом за их сложный труд, за революционные достижения, самоотверженность и признание своих ошибок. Опыт позитивный и негативный составляют основу для развития медицины и профилактики медицинских ошибок.

По данным Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан наблюдается тенденция увеличения количества обращений субъектов получения медицинской помощи по поводу её качества. Общемировая тенденция пристального внимания к деятельности врачей соответствует временным промежуткам, которые имеются в Казахстане, это примерно с 2005 года. Тем не менее, количество обращений от граждан в отношении медицинских работников увеличивается из года в год.

Среди обращений граждан большая часть имеет деонтологическую природу, но также присутствуют обращения по поводу качества оказания медицинской помощи и услуги.

Именно качество оказания медицинской помощи и услуги устанавливает обратную пропорциональную зависимость количеству начатых уголовных дел по фактам медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных главой 12 УК РК.

Медицинская деятельность как вид профессии отмечается в истории не только положительными достижениями, но и, в том числе, неблагоприятными исходами процесса диагностики и лечения. Обзор трудов ученых по теме досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений и преступлений склоняет нас к тому, что многие ученые и правоприменители направляют усилия на установление вины врача, однако сам процесс расследования уголовного дела о медицинских уголовных правонарушениях в идеальном подходе должен иметь, тем не менее, всего два решения: 1. Установление вины врача; 2. Установление невиновности врача.

Вопросы уголовной ответственности медицинского работника при осуществлении медицинской деятельности обращают внимание всего общества, в особенности медицинского сообщества, многие представители из которого желают исключить уголовную ответственность за медицинские уголовные правонарушения. Такие тенденции сопровождаются выступлениями официальных лиц, попытками внести изменения в санкции одной статьи из главы 12 УК РК и, в частности, статьи 317. Это обуславливает тот факт, что статья 317 УК РК является самой «популярной» среди медицинских работников, а поэтому и требует тщательного изучения и решения проблем с расследованием упомянутых уголовных правонарушений.

Уровень медицинской преступности не имеет абсолютно стабильных показателей. Так, в связи с ведением у нас в стране в 2014 году Единого реестра досудебных расследований (ЕРДР), показатели регистрации резко возросли и имеют относительно стабильные значения.

Общее количество уголовных дел об этих уголовных правонарушениях, находящихся в производстве у следователей ОВД РК в течение одного календарного года, колеблется в промежутке 300-350 уголовных дел. Всего 0,9% от общего количества направляется в суд с обвинительным актом, около 10% процентов уголовных дел прекращается по реабилитирующим и нереабилитирующим основаниям. Оставшийся процент уголовных дел приостановлен либо по ним прерваны процессуальные сроки расследования, то есть медицинский или фармацевтический работник фактически находится под «постоянным подозрением».

Такое положение дел обусловлено «бессилием» правоохранительных органов, прямо указывающим на отсутствие полноценной частной методики расследования группы и видов медицинских уголовных правонарушений.

Анкетирование и опрос следователей на предмет достаточности знаний по досудебному расследованию медицинских уголовных правонарушений при выполнении ими профессиональных обязанностей по ст. 317 УК РК показал, что 67,2% следователей считают, что объема их знаний недостаточно. 92,2% опрошенных показали, что не обладают медицинскими знаниями. 58,8% следователей не расследовали медицинские уголовные правонарушения, большая часть не проходила дополнительного обучения по вопросам методики расследования медицинских уголовных правонарушений (Приложение А).

Отсутствие четкой определенности при формировании системы элементов криминалистической характеристики медицинских уголовных правонарушений является посылкой для разработки общей методики досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, предусмотренные главой 12 Особенной части УК РК, и частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК, квалифицированным признаком которого является «ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником».

Вышесказанное обосновывает актуальность темы диссертационного исследования. Возникает необходимость масштабного изучения феномена медицинских уголовных правонарушений, квалифицируемых ст. 317 УК РК, особенностей досудебного расследования и доказывания, с криминологической точки зрения – выявления причин и условий, которые детерминируют эти явления, а также потребности разработки фундаментальных научных положений для объективного и полного досудебного расследования, и выработки криминалистических рекомендаций досудебного производства по медицинским уголовным правонарушениям.

Степень научной разработанности проблемы. Уголовные правонарушения, совершаемые медицинскими работниками, изучались

советскими учеными В.И. Акоповым, Ф.Ю. Бердичевским, В.А. Глушковым, И.И. Гореликом, А.П. Громовым, П.С. Дагелем, Н.И. Загородниковым, А.Н. Красиковым, М.Н. Малеиной, Н.С. Малеиным, В.П. Новосёловым, И.Ф. Огарковым, Ю.Д. Сергеевым, Н.С. Таганцевым, А.А. Тарасовым, М.Д. Шаргородским и другими.

Вопросам уголовной ответственности за медицинские преступления и их криминологической характеристики посвящены диссертационные работы Г.Р. Рустемовой (2003), В.В. Татаркина (2007) Е.В. Червонных (2009).

Уголовно-правовая характеристика медицинских уголовных правонарушений изучалась следующими учеными – В.А. Глушковым, Е.В. Еспергеновой, И.В. Ившиным, Г.А. Пашинян, Я.В. Старостиной, С.А. Химченко, А.Н. Язухиным.

Вопросам охраны и защиты прав пациента посвящена диссертация А.Г. Блинова (2001, 2014).

Вопросам уголовно-правового регулирования и уголовной ответственности посвятили свои труды следующие ученые – О.Е. Жамкова (2007), Н.К. Елина (2006), И.И. Нагорная (2013), Н.А. Огнерубов (2014), Н.В. Павлова (2006), М.В. Радченко (2002), Г.Г. Карагезян (2009), Н.Е. Крылова (2006) Н.В. Мирошниченко (2007) и другие.

Исследования по вопросам досудебного расследования в области криминалистики проводились: Р.Г. Амировым (2020), Д.А. Веневым (2016), М.А. Ибраевым (2010), Я.И. Ивановой (2017), В.Г. Ивановой (2020), В.Д. Пристансковым (2000), К.А. Саранцевым (2009), Л.А. Сухарниковой (2006), М.В. Тузлуковой, М.М. Яковлевым (2008) и другими.

Перечисленные труды представляют большую научную и практическую ценность, однако не охватывают весь комплекс криминалистических рекомендаций, связанных с досудебным расследованием медицинских уголовных правонарушений, связанных с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей.

Важно подчеркнуть, что не все важные криминалистические аспекты досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений остались исследованными. В перечисленных трудах изучены общественная опасность и противоправность отдельных видов медицинских уголовных правонарушений и преступлений, проанализирован объект преступного посягательства, субъект медицинского работника, совершившего общественно опасное деяние, способы совершения медицинского уголовного правонарушения, обстоятельства и условия, повлиявшие на ненадлежащее оказание медицинской помощи и услуги, субъективная сторона медицинского уголовного правонарушения, последствия ненадлежащего оказания медицинской помощи, особенности проведения отдельных следственных действий, особенности личности пациента, предложены типовые ситуации, алгоритмы проведения следственных действий, тактические приемы отдельных следственных действий.

В недостаточной степени исследованы вопросы криминалистической характеристики в отношении типичных следственных ситуаций, вопросы

преодоления противодействия расследованию, алгоритма применения тактических операций и приемов, использование эффективных методов расследования, особенности применения специальных познаний при привлечении экспертов и узких специалистов, проведение негласных следственных действий, изучение причин и условий совершения медицинских уголовных правонарушений и мер их предупреждения.

Цели и задачи исследования. Целью нашего диссертационного исследования является разработка частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК, определение набора и содержание структурных элементов, выработка криминалистических рекомендаций по первоначальному и последующему этапам расследования, общего и специального предупреждения медицинских уголовных правонарушений.

Для достижения цели исследования поставлены следующие задачи:

- провести уголовно-правовой и криминологический анализы уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК Республики Казахстан;
- осуществить анализ структурных элементов частной методики расследования медицинских уголовных правонарушений и предложить частную методику расследования по ст. 317 УК Республики Казахстан;
- проанализировать следовую информацию в момент регистрации в ЕРДР и выделить типичные следственные ситуации начального этапа расследования медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК Республики Казахстан;
- разработать и предложить эвристический метод досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений;
- внести предложения по привлечению специальных знаний в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК Республики Казахстан;
- предложить меры по предупреждению и профилактике медицинских уголовных правонарушений.

Объектом исследования являются общественные отношения в области практической деятельности следственных и оперативно-криминалистических аппаратов по досудебному расследованию, раскрытию и предупреждению медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК Республики Казахстан.

Предметом исследования являются принципы и основы формирования и особенности частной методики досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК с учетом эмпирического опыта.

Методология и методика исследования. Методологической основой и методикой исследования является диалектический подход к процессам познания медицинских уголовных правонарушений, как социально-правовых явлений, установление взаимообусловленности составных элементов между собой в рамках процесса досудебного расследования.

Диалектическое осмысление влияния научно-правового прогресса на процессы формирования отраслей права: уголовного, уголовно-

процессуального. Основу исследования составили философское понимание социальной сущности процесса криминализации отношений в стране и вытекающих отсюда негативных последствий для общества в лице пациента. Кроме того, в процессе диссертационного исследования применялись положения системно-структурного, деятельностного подходов, сравнительно-правового анализа, а также теории уголовного права, уголовно-процессуального права, криминологии, криминалистики, юридической психологии и других правовых наук. Были использованы частно-научные методы: логико-семантический, историко-правовой, системно-структурный, сравнительно-правовой, статистический и конкретно-социологический, а также метод криминалистического моделирования.

Теоретической основой диссертационного исследования послужили работы ученых и специалистов в области уголовного процесса, криминалистики, уголовного права и криминологии СНГ, в частности таких, как А.Ф. Аубакиров, А.А. Аубакирова, А.Н. Ахпанов, О.Я. Баев, А.М. Багмет, А.О. Балгинтаев, С.Н.Бачурин, Р.С. Белкин, С.Ф. Бычкова, И.А. Возгрин, Б.В. Волженкин, Т.С. Волчецкая, В.К. Гавло, И.Ф. Герасимов, А.Я. Гинзбург, Е.Г. Джакишев, У.С. Джекебаев, С.Т. Джунибеков, Ж.Р. Дильбарханова, Л.Я. Драпкин, С.Е. Еркенов, Р.М. Жамиева, М.А. Ибраев, А.А. Исаев, Е.И. Каиржанов, К.В. Ким, А.Н. Колесниченко, В.Е. Корноухов, П.Н. Коткин, В.Д. Корма, А.М. Кустов, Г.А. Мозговых, Б.М. Нурғалиев, Р.Т. Нуртаев, В.А. Образцов, Г.Р. Рустемова, Н.А. Селиванов, Б.Х. Толеубекова, Е.К. Утебаев, Б.М. Шавер, В.И. Шиканов, А.В. Шмонин, А.А. Эйсман, Н.П. Яблоков и другие.

Эмпирической базой исследования явились статистические данные Комитета правовой статистики и специального учета при Генеральной Прокуратуре РК, Верховного Суда Республики Казахстан, оперативно-следственная практика, аналитические материалы и обзоры территориальных органов полиции в период с 2015 по 2022 годы. Диссертантом изучено: 254 уголовных дела. Анкетным способом опрошено свыше 150 сотрудников следственных аппаратов МВД РК, более 100 практикующих медицинских работников и врачей, более 300 граждан.

Нормативную базу исследования составили положения Конституции Республики Казахстан, уголовного, уголовно-процессуального законодательства Республики Казахстан, иные законы Республики Казахстан и Международные нормативные акты.

Научная новизна диссертации состоит в том, что автором применен оригинальный комплексный подход к изучению вопросов досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК Республики Казахстан. Проведен анализ элементов криминалистической характеристики с точки зрения личного следственного опыта расследования преступлений, выделены типичные ситуации следовой информации на начальном этапе расследования, предложены типовые версии, создан алгоритм первоначальных процессуальных и следственных действий.

Обоснован универсальный эвристический метод расследования уголовного правонарушения, сбора и анализа значимой информации, выразившийся в «Таблице доказательств и доказательственных фактов», предложены тактические операции и приемы расследования, в результате разработан и предложен новый вид частной методики расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК. Кроме того, дается доктринальное толкование специального субъекта, предусмотренного ч. 5 ст. 317 УК РК, выявлены и изучены новые факторы, способствующие совершению медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных главой 12 Особенной части УК РК и предложены меры по их предупреждению и профилактике.

Основные положения и выводы, выносимые на защиту. На защиту выносятся следующие наиболее существенные новые теоретические положения, полученные и сформулированные в ходе диссертационного исследования, составляющие методику досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК РК:

1. Разработана структура частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК. Выделены структурные элементы: теоретические основы построения частной методики расследования медицинского уголовного правонарушения в виде уголовно-правовой и криминологической характеристики; криминалистическая характеристика указанного медицинского уголовного правонарушения; обстоятельства, подлежащие установлению; типичные следственные ситуации; типичные версии; криминалистические тактические операции, тактические приемы проведения отдельных следственных и негласных следственных действий; криминалистическая профилактика уголовных медицинских правонарушений.

2. Дано расширительное толкование специальному субъекту по ч.5 ст. 317 УК РК, в котором делается разъяснение понятия «работника организации бытового или иного обслуживания населения», подлежащего уголовной ответственности по данному виду медицинского уголовного правонарушения. Определены критерии выделения упомянутого специального субъекта для решения вопросов в процессе квалификации содеянного.

3. Выделены типичные и менее типичные следственные ситуации, складывающиеся на первоначальном этапе расследования медицинских уголовных правонарушений. Выявлены благоприятные и неблагоприятные стороны каждой типичной следственной ситуации, даны криминалистические рекомендации по их проверке. Выработаны рекомендации по оптимальному сочетанию и комбинированию следственных и негласных следственных действий в зависимости от сложившейся следственной ситуации.

4. Разработаны и предложены криминалистические тактические операции, определяемые задачами досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК РК. Установлены цели каждой тактической операции, предложен алгоритм процессуальных и

следственных действий по каждой тактической операции, обоснована необходимость их проведения.

5. Разработан и предложен эвристический метод «Таблица доказательств и доказательственных фактов» в расследовании медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК, который позволяет установить полный механизм уголовного правонарушения, корреляционные связи между объектами доказывания и криминалистически значимой информации, обоснованы преступные последствия в зависимости от визуально выстроенных версий и моделей преступного поведения.

6. На основе научного обобщения причин и условий, способствующих совершению медицинских уголовных правонарушений представлены результаты социологического опроса и установлены факторы совершения медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК. Для повышения эффективности расследования, предупреждения и профилактики медицинских уголовных правонарушений предложены меры по общему и специальному предупреждению, где предполагается:

- внедрить в образовательный процесс для обучающихся в медицинских учреждениях преподавание дисциплин: «Медицинское право», «Основы уголовного законодательства», «Судебная медицина» в целях повышения правовой грамотности и правосознания будущих медицинских и фармацевтических работников;

- для обеспечения повышения качества оказания медицинской помощи и повышения уровня здравоохранения в Республике Казахстан внедрить, имея ввиду практикующих медицинских работников организацию и проведение регулярных курсов повышения квалификации в зависимости от их специализации, с привлечением зарубежных специалистов на базе ведущих отечественных и зарубежных медицинских учреждений;

- на базе управлений и департаментов полиции в системе МВД РК разработать и создать курсы повышения квалификации для следователей и дознавателей по частной методике расследования медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК Республики Казахстан, основанных на положениях настоящего диссертационного исследования;

- предложить разработку межведомственного приказа и порядок привлечения узких специалистов в досудебное расследование по медицинским уголовным правонарушениям при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Достоверность результатов исследования обеспечивается его методологией и методикой, а также эмпирической базой, на которой основаны научные положения и выводы диссертации.

Теоретическая значимость диссертационного исследования. Теоретическое значение работы заключается в том, что ряд посылов могут быть восприняты в процессе дальнейшего развития теории уголовно-процессуального права, таких разделов криминалистики как криминалистическая тактика и методика досудебного расследования отдельных

видов уголовных правонарушений. Ряд ее положений позволит обогатить предмет теории доказательств, связанный с доказыванием факта совершения и обстоятельств медицинских уголовных правонарушений.

Практическую значимость результатов определяют положения автора об описании элементов криминалистической характеристики, разработке типичных следственных ситуаций, выработка практических рекомендаций по использованию метода «таблицы доказательств и доказательственных фактов», алгоритма первоначального и последующего этапов расследования, мер криминалистической профилактики, использованию электронного доказывания в досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений.

Также практическая значимость определяется тем, что выводы и основные положения работы могут быть использованы в процессе досудебного расследования по медицинским уголовным правонарушениям по ст. 317 УК РК и другим медицинским уголовным правонарушениям.

Результаты исследования были внедрены и использованы в учебном процессе при преподавании на юридическом факультете Alikhan Bokeikhan University таких учебных дисциплин, как «Уголовное право», «Криминология», «Уголовно-процессуальное право», «Основы квалификации преступлений», «Криминалистика», «Досудебное производство по уголовным делам», «Судебная экспертиза».

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные выводы, предложения и рекомендации изложены автором в следующих научных публикациях:

– 1 статья в журнале, входящим в базу Scopus:

1. Crimes in Medical: A Criminological Perspective on Causes, Conditions and Prevention // Pakistan Journal of Criminology. – 2024. – vol.16 No 3. – p.595-608.

– в 4 журналах рекомендованные ККСОН:

1. Применение тактических операций в ходе досудебного расследования по делам о медицинских уголовных правонарушениях // Хабаршы-Вестник. - 2022. - №1(75). - С. 64-70.

2. The concept and signs of medical criminal offences (iatrogenic crimes). - 2022. - Ғылым №1(72). – С. 29-35.

3. Особенности криминалистической профилактики медицинских уголовных правонарушений // Хабаршы-Вестник. - 2022. - №2(76). - С. 81-86.

4. Типичные следственные ситуации по медицинским уголовным правонарушениям // Вестник Карагандинского университета. Серия Право. - 2022ю - №4(108). - С. 56-65

Положения настоящего исследования докладывались на Международной практической конференции, посвященной 70-летию юбилею профессора Б.М. Нургалиева «Криминалистическая и уголовно-процессуальная наука: современное состояние и тенденции развития» (Караганда, 2022).

Идеи и результаты настоящего исследования излагались на круглом столе «Проблемные вопросы установления вины медицинских работников в

уголовном судопроизводстве Республики Казахстан» (2021), автором созданы электронные анкеты и проведен опрос сотрудников следственных аппаратов ОВД РК, медицинских работников и населения. Результаты анкетирования освещены в настоящем диссертационном исследовании.

Ряд теоретических предложений и практических рекомендаций по исследуемой проблеме внедрен в практику деятельности следственного отдела Управления полиции г. Семей Департамента полиции области Абай.

Объем и структура диссертационного исследования.

Объем и структура диссертации отвечают основной цели и предмету работы. Структура диссертации обусловлена характером работы и логикой исследования. Диссертация состоит из введения, трех разделов, включающих в себя одиннадцать подразделов, заключения, списка использованной литературы. Общий объем работы составляет 169 страниц компьютерного текста.

1 ГНОСЕОЛОГИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СТАНОВЛЕНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

1.1 Социально-правовой анализ ответственности медицинских работников за медицинские уголовные правонарушения

Объективно познать суть и закономерности любого процесса невозможно без исторического анализа. Это также касается расследования уголовных правонарушений, совершаемых медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей.

Институт привлечения к уголовной ответственности за совершение медицинскими работниками уголовных правонарушений зарождается в примитивных формах с древнейших времен, что обусловлено наличием проблем со здоровьем, которые существуют независимо от периодизации развития человечества. На отдельных этапах развития общества и государства существовали диаметрально противоположные подходы к признанию вины врачей в ненадлежащем исполнении ими своих профессиональных обязанностей.

Известные ныне Законы Хаммурапи, Законы Ману, Древнеримские законы XII таблиц, Русская правда, Жеті Жарғы не различали материальное и процессуальное право. Нормы уголовного материального права приводятся в них вместе с установками уголовно-процессуального характера, в том числе - с первым описанием порядка организации розыска и обнаружения преступников. Поэтому, исследуя историю формирования института привлечения к уголовной ответственности за медицинские преступления, нужно обращаться к нормам уголовно-процессуального и уголовного права в комплексе.

В древние времена говорить об отделении умысла от неосторожности при решении вопроса о виновности лица не приходилось, что особенно касалось причинения вреда медицинским работником во время лечения. Одними из первых государств, которые стали уделять внимание правовой регламентации врачевания, были Древний Египет и Древний Китай, где медицинской деятельностью занимались жрецы, среди которых было много гражданских лиц и рабов. Деятельность врачей в этих странах регулировали строгие требования морали и закона, за нарушение которых жёстко наказывали - вплоть до смертной казни.

Согласно «Священной книги», которую называют основным руководством для врача в Древнем Египте, если врач во время лечения больного руководствовался правилами, то он не подлежал ответственности даже в случае смерти пациента [5].

Наряду с этим, лечение приравнивалось к действию сверхъестественных сил, поэтому существовала абсолютная ответственность целителя за смерть больного. Написанный на каменной плите сборник законов вавилонского царя Хаммурапи (1792-1750 гг. до н.э.) закреплял положение о том, что если врач, делая кому-либо тяжелый надрез медным ножом, причинил смерть человеку

или, снимая с чьего-либо глаза бельмо медным ножом, повредит глаз человека, то ему следует отрубить руку, в некоторых других случаях, в зависимости от социального положения пострадавшего, врача могли и лишить жизни. В качестве ответственности за преступления врачей предусматривалось возмещение убытков, причиненных в процессе лечения рабов, то есть, с одной стороны, физическое наказание, с другой - возмещение вреда, когда речь шла о привлечении к ответственности врачей в связи с недостатками в лечении больных [6].

Противоположный подход к этому вопросу существовал в Древней Греции, где в связи с высоким авторитетом врача последний освобождался от ответственности, если больной умирал «против воли врачующего» [7].

В праве Древнего Рима регламентировались некоторые обязанности врачей и их ответственность за профессиональные правонарушения. Закон разграничивал умышленные и неосторожные действия врачей, которые могли привлекаться к ответственности за умышленное убийство, продажу ядов с целью отравления, аборт и т.п. Также в римском праве относительно врачебной деятельности впервые было применено понятие «ошибка», под которой понимали неопытность, неосторожность, неоказание медицинской помощи [8].

В период раннего средневековья наука находилась под влиянием религии и схоластики, а потому лечением занимались монахи в больницах при монастырях, которые преимущественно не несли ответственности за лечение обычных людей. При дворах феодалов работали врачи, которые за неудачи в лечении часто подвергались мучительной казни [6,6с.9]. Степень ответственности врачей устанавливали церковные инквизиторы, которые случаи неудачного лечения в основном воспринимали как наказание за грехи и не выдвигали претензий врачам.

Что касается ответственности врачей в период Возрождения в Западной Европе, то, согласно положений статьи о наказании врача, причинившего смерть своими лекарствами Кодекса немецкого короля Карла V (Каролина, 1532 г.), если врач по неосторожности причинил смерть больному, наказание ему избиралось учеными и сведущими людьми, что было несомненным прогрессом [9].

Впервые применение наказаний за преступные проступки в сфере оказания медицинских услуг на территории Казахстана, большая часть которой входила в состав Российской Империи, устанавливался Судебником 1497 года. В этом документе была предусмотрена ответственность лиц, осуществлявших лечение, однако не знавших медицинских наук и из-за небрежного применения медикаментов причинивших смерть больному [10]. Во времена Московского государства важную роль играл так называемый Аптекарский приказ как центральный орган управления медицинским делом, созданный в 1581 году. Аптекарский приказ руководил всей сферой врачебного и аптечного дела, будучи вначале лишь одним из отделов сложного придворного хозяйства, впоследствии превратившись в административный и судебный орган в пределах своей компетенции. Орган ведал медицинской частью, выполняя

следующие функции: обеспечение медицинской помощью армии, а также полков медикаментами; надзор за придворными врачами; отбор иностранных врачей и проверка их знаний; контроль за изготовлением лекарств; проведение судебно-медицинских экспертиз и др. Вместе с тем, этот орган рассматривал все судебные дела, которые касались врачей и аптекарей, в частности, делал выводы о правильности лечения врачами или лицами, которые не имели права заниматься лечением.

На территории Казахстана в период времени с XV-XIX веков, в том числе, и во времена правления Тауке Хана в Своде законов «Жеті жарғы», действовавшем параллельно с законами царской России, не имеется упоминания о какой-либо ответственности при оказании медицинской помощи. В частности, не было ответственности повитух за действия при родах, ответственности различных лекарей, знахарей. Наказания отражали принцип кровной мести – смерть за смерть, увечье за увечье. Также от наказания можно было откупиться, уплатив «кун». «Жеті жарғы» не знал разграничений между уголовным и гражданским правом. Поэтому понятие «преступление» часто сливалось с понятием «дурной поступок», «грех». Согласно нормам, уголовная ответственность распространялась на непосредственного виновника преступления. Однако, особо было оговорено, что если виновный не выплачивал назначенный штраф, он взыскивался со всей общины [11].

В период с 1686 до 1700 года был издан ряд указов, вошедших в Полное собрание законов Российской Империи под названием «Боярский приговор. О наказании незнающих медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным», где отмечалось, что «всякий доктор или лекарь буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморит, а про то сыщется и им быть казненным смертию». Считается, что «Боярский приговор» стал первым нормативным актом, который предусматривал ответственность за ненадлежащее лечение людей.

Важные преобразования по методике расследования профессиональных правонарушений, совершенных медицинскими работниками, происходили за период правления Петра I, который уравнивал профессиональные медицинские правонарушения с преступлениями. Наряду с этим формируется институт судебно-медицинской экспертизы для исследования умерших и живых лиц, что положительно отразилось на деятельности лиц, которые расследовали преступления в сфере медицинской деятельности.

Так, в 1715 году в Воинских Артикулах, что входили ко второй части Воинского устава Петра I, законодательно было закреплено распоряжение о привлечении врачей к решению судом вопросов, требующих специальных медицинских знаний. Военным уставом было узаконено обязательное вскрытие мертвых тел, в том числе и в случаях неправильного лечения, что заложило основы становления судебно-медицинских знаний и научной разработки мероприятий для предупреждения медицинских правонарушений [12]. Наряду с этим, Морской устав 1720 года предусматривал экспертизу симуляций, наказание врачей за профессиональные преступления, обязывал осуществлять

врачебный осмотр мертвых человеческих тел и тому подобное. Захоронение разрешалось только после описания и исследования трупа.

В начале XVIII века созданы медико-административные (врачебно-административные) учреждения – физикаты, а работавшие там врачи назывались штатт-физиками [13]. Они решали все вопросы врачебной экспертизы: как судебно-медицинской, так и военно-медицинской [14].

Отметим, что порядок проведения экспертизы трупа, в том числе и при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками, характеризовался определенными этапами. Так, врачи, осуществлявшие вскрытие трупа, не делая выводов, подавали протоколы вскрытия к физикату. В дальнейшем штатт-физик на основе протокола составлял заключение. Если в правоохранительных или судебных органах возникали вопросы по выводу, то инициировалась переписка между ними и штатт-физиком, а не врачом-прозектором. Высшим административным медицинским органом Российской Империи в то время была Медицинская канцелярия, основанная в 1725 году и переименованная в 1763 году в Медицинскую коллегию. Этот орган охватывал все вопросы по медицинскому делу, а по сложным судебно-медицинским вопросам медицинским советом созывались специальные комиссии из высококвалифицированных врачей.

В период правления Николая I законодательно был изменен статус врача, поскольку они были приравнены к чиновникам. Наряду с этим было нормативно закреплено, что врачи должны оказывать медицинскую помощь человеку вне зависимости от социального или материального положения. Уголовная ответственность медицинских работников предусмотрена также в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 года.

Комплексно к вопросу оказания медицинской помощи подошли с принятием в 1861 году Врачебного устава, который определял права, обязанности и профессиональную квалификацию врачей. Этим актом на медицинский департамент Министерства внутренних дел был возложен надзор за порядком реализации медицинской практики, особенно за тем, чтобы лечение осуществлялось испытанными врачами, а не «шарлатанами».

Кроме этого, устав определял три категории медицинских чинов в зависимости от ученых степеней и званий, которые получили медицинские работники после сдачи определенных экзаменов, порядок которых предусмотрен Правилами об экзаменах медицинских, фармацевтических и ветеринарных. К первой категории относились собственно, медицинские работники по следующим критериям: 1) учено-медицинская степень: а) врач; б) доктор медицины; в) доктор медицины и хирургии; 2) учено-служебная степень: уездный врач; 3) специально-практическая степень: а) зубной врач; б) повивальная бабка I и II разряда. Также выделяли категории фармацевтических и ветеринарных работников [15].

Врачебным Уставом на врача была возложена обязанность явиться по приглашению больного для оказания ему медицинской помощи. Врач должен был обязательно явиться к рожаящей женщине, если особые законные условия

ему в этом не противодействуют, а также не оставлять ее раньше окончания родов, должным образом осуществляя все меры, от него зависящие. Также, согласно этому уставу, оператор не должен был осуществлять операционное вмешательство без советов и присутствия других врачей [16].

Отдельно статьей 223 устава были определены обязанности повивальных бабок, за невыполнение которых последние несли ответственность. В организационном плане повивальные бабки подчинялись местному врачебному руководству и имели следующие обязанности: прибыть к роженице в любое время суток; не оставлять роженицу до завершения родов; пригласить врача, если роды могут быть тяжелыми; сообщить врачу о смерти роженицы или рождении ребенка с физическими недостатками; каждый месяц предоставлять рапорт руководству с указанием количества принятых живых и мертвых младенцев и пол последних [16, с. 184].

Врачебный устав устанавливал также требования к лицам, которые намерены заниматься лечебной деятельностью, современниками они были выделены в три группы: наличие диплома или свидетельства, которые выдавались определенными медицинскими учреждениями; владение русским языком; для лиц, планировать осуществлять частную практику (вольнопрактикующие), предусматривалось прохождение практики (испытания) в одном из указанных учебных заведений, кроме лиц профессорского состава кафедр, которые уже занимались медицинской практикой, чем создали себе имя в ученном мире.

Согласно «Уложения о наказаниях уголовных и исправительных» 1866 года, «когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка, по незнанию своего искусства, делают явные, более или менее известные ошибки, то им воспрещается практика, если они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный будь он христианин предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства» [16, с. 185].

В целом, законодательство Российской Империи XIX – начала XX веков детально регулировало вопросы ответственности субъектов, действовавших в медицинской сфере через установление запретительных норм, однако отдельной нормы, которая бы предусматривала суровую уголовную ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками, не предусматривалось. В «Уложении о наказаниях» 1885 года в разделе «О нарушении уставов врачебных» главы «Преступления и проступки против постановлений, охраняющих народное здоровье» содержались предписания об ответственности за недозволенное и неправильное лечение; за невыполнение обязанностей врачами, акушерами и повитухами и т.д. В «Уложении о наказаниях» 1885 года ответственность указанных лиц была аналогичной уложению 1866 года.

В главе 25 «Об оставлении в опасности» Уголовного уложения 1903 года содержалось указание на уголовную ответственность «...в неисполнении

правил, установленных законом или обязательным постановлением за неказание помощи больному или находящемуся в бессознательном состоянии». Ответственности подлежали практикующие врачи, фельдшеры, повивальные бабки и больничная прислуга, которые не выполнили правил, установленных законом или обязательным постановлением об оказании помощи больному или лицу, находящемуся в бессознательном состоянии, если такие действия совершены без уважительной причины и которым было известно об опасном положении больного или роженицы [17].

Однако привлечь к уголовной ответственности медицинского работника было не просто. В соответствии с Уставом уголовного судопроизводства 1864 года следствие передавало дело медицинского работника для оценки во врачебную управу или медицинский совет, такой порядок сохранялся до 1917 года. В связи с существованием таких явлений, как круговая порука среди медицинских работников и господством принципа непогрешимости врача, случаи привлечения к уголовной ответственности медицинских работников, вследствие ненадлежащей лечебной деятельности которых причинен вред пациенту, были единичными. Общей тенденцией того времени был тезис о том, что врачевание из-за своей исключительной гуманной направленности не может принадлежать к наказуемым деяниям [18].

Безусловно историческое влияние законов Российской Империи имеется на процесс формирования законов Советского государства в отношении уголовной ответственности в целом и медицинских работников в частности.

Советский период борьбы с преступлениями, совершенными медицинскими работниками, является весьма противоречивым, поскольку сопровождался репрессивными мерами в отношении интеллигенции, куда относили и врачей. Уголовная ответственность врачей регламентировалась уголовными кодексами РСФСР 1922, 1927, 1960 годов, к ней они привлекались в соответствии с нормами Уголовно-процессуальных кодексов РСФСР 1922, 1927 и 1960 годов.

Ни один врач в СССР, в соответствии с приказом прокурора СССР №157-3 от 11 августа 1939 года, не мог быть привлечен к уголовной ответственности при отсутствии санкции прокурора союзной республики, автономной республики, края, области, а в Москве и Ленинграде - с санкции прокуроров городов [6, с. 9].

В 1924 году Совет Народных Комиссаров РСФСР издал Постановление «О правилах, регулирующих профессиональную работу медперсонала». Впервые были определены обязанности и права медицинских работников, порядок оперативного вмешательства, особенно в случае очевидной необходимости и неотложных состояний. С точки зрения методики расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, органы расследования и судебно-медицинские эксперты получили нормативный законодательный документ, ссылаясь на который, можно было убедительно обосновать экспертные заключения в случае проведения судебно-медицинских экспертиз по поводу привлечения к

ответственности медицинских работников за их профессиональные правонарушения.

В настоящее время звучат замечания, что каждый раз при подозрении на правонарушение врача следователь назначает судебно-медицинскую экспертизу, но не везде есть высококвалифицированные специалисты. Поэтому большинство судебных медиков считали правильной позицию Второго съезда судебно-медицинских экспертов об организации в университетских городах комиссии в составе опытных врачей и профессоров, представителей профессионального союза, суд должен был рассматривать дела по обвинению врача, а в сложных случаях направлять дело в Наркомздрав.

Я.Л. Лейбович в 1926 году отмечал, что «врачебные дела» стали нарушаться гораздо чаще, чем раньше, однако приговоры стали более мягкими для медиков. Он отмечает, что единоличная экспертиза во «врачебном деле» ненормальна и вредна для правосудия, предлагая создавать экспертные комиссии для проведения судебно-медицинских экспертиз в этой категории уголовных дел [19].

Как следствие, был принят Циркуляр Народного комиссариата юстиции РСФСР и Народного комиссариата здравоохранения РСФСР №13 от 11 января 1928 года, согласно которому судебно-медицинская экспертиза поручалась областным, краевым, республиканским центрам Бюро судебно-медицинских экспертиз автономных или союзных республик. Соответствующие исследования должны были проводиться комиссией под председательством начальника бюро с обязательным участием в комиссии специалистов с высокой квалификацией в тех областях медицины, которых касаются содержание конкретного дела [6, с. 10].

Однако это положение почти не выполнялось, поэтому в 1957 году на III Всесоюзном собрании судебно-медицинских экспертов представлено заявление против «неправильной практики, когда специалисты не вводятся в состав комиссии, а с ними лишь консультируются». Как результат, была принята Инструкция главного судебно-медицинского эксперта СССР от 12 января 1959 года «О работе судебно-медицинских экспертных комиссий», которая полноправными ее членами определяла врачей-специалистов, приглашавшихся для экспертного исследования [20].

Таким образом, приведенные выше нормативные акты, а также Положения о проведении судебно-медицинской экспертизы 1934 года и Инструкция о проведении судебно-медицинской экспертизы в СССР 1952 года императивно устанавливали, что по делам о профессиональных преступлениях медицинских работников экспертиза должна проводиться исключительно комиссионно [20, с. 121].

Такие законодательные изменения бесспорно имели положительное влияние на формирование и разработку методики расследования преступлений, что совершались медицинскими работниками в связи с выполнением профессиональных функций, поскольку судебно-медицинская экспертиза может с чисто медицинской точки зрения оценить правильность и

достаточность мер, принятых медиками относительно наличия конкретной патологии лица и для ее последующего лечения.

Комиссионность проведения экспертных исследований обусловлена тем, что лечебная деятельность является многовекторной, поскольку в большинстве случаев медицинскую помощь оказывают врачи не одной, а нескольких специальностей. Наряду с этим судебно-медицинский эксперт, хотя и обладает определенными медицинскими знаниями, не может считаться осведомленным во всех сферах медицинской деятельности, а потому привлечение врача-специалиста представляет возможность получать более объективные, практически и научно обусловленные выводы.

Аналогичный подход прослеживался и в УК КазССР в редакции 1959 года. В ней имелась только одна норма в области исследуемой проблемы - неоказание помощи больному без уважительных причин лицом медицинского персонала, обязанным ее оказывать по закону или специальному правилу (ст. 111 «Неоказание помощи больному»). Предусматривалось наказание в виде исправительных работ, общественного порицания, до лишения свободы сроком до 2 лет в случае причинения тяжкого вреда здоровью. Случаи неосторожного причинения вреда здоровью охватывались нормой за преступления против личности (ст. 98 «Неосторожное телесное повреждение»). Наряду с изложенным, предусматривалась уголовная ответственность за незаконное врачевание и незаконную фармацевтическую деятельность (ст. 209 «Незаконное врачевание», 209-1 «Незаконная фармацевтическая деятельность») [21].

Таким образом в 1970-1980 годах сложилась определенная практика расследования и судебно-медицинской экспертизы профессиональных преступлений медицинских работников. Уголовные дела в отношении медицинских работников не возбуждались сразу после поступления сигнала о профессиональном правонарушении, а лишь после предварительной обязательной специальной проверки, по результатам которой принималось решение о возбуждении уголовного дела или отказе в его возбуждении. Судебно-медицинская экспертиза проводилась только комиссионно, то есть группой экспертов во главе с начальником Бюро судебно-медицинской экспертизы, а для выполнения такого вида экспертиз был создан специальный отдел сложных экспертиз [19, с. 3-7].

В следственной и судебной практике советского периода в расследовании профессиональных преступлений медицинских работников существовала проблема унификации подхода относительно случаев признания медицинского работника должностным лицом. Советское уголовное право 20-50-х годов признавало должностными лицами граждан, занимавших постоянно или временно должности в любом государственном советском учреждении или на предприятии, а также в организации или объединении, которые имели по закону определенные права и обязанности, полномочия в осуществлении хозяйственных, административных, просветительских и других общественных задач. Такая позиция позволила признавать медицинских работников

должностными лицами и привлекать их к уголовной ответственности за служебную халатность при исполнении профессиональных обязанностей, например, за преступно-халатное отношение медицинского работника к своим обязанностям, повлекшее тяжкие последствия для больного, что квалифицировалось как «должностное» преступление [22].

В период 60-90-х годов подходы к уголовно-правовому статусу медицинских работников начали трансформироваться. Так, большинство ученых признавали правильным отнесение к кругу должностных лиц главных врачей, их заместителей, заведующих отделениями, руководителей других подразделений. В 1987 году В.А. Глушков отмечает, что «...необходимым признаком такого преступления является наличие тесной связи между исполнением профессиональной обязанности и совершением медицинским работником общественно опасного деяния. Преступление, совершение которого даже облегчается исполнением профессиональных обязанностей, но прямо не связанное с ними, нельзя отнести к указанной группе» [23].

А.Н. Язухин подчеркивает, что при оказании непосредственно медицинской помощи врач и все другие лица медицинского персонала не выступают в качестве носителей административно-хозяйственных или административно - распорядительных обязанностей. Даже главный врач, оперируя больного, выполняет свои профессиональные функции, а не должностные обязанности [24].

Однако в литературе рассматриваемого периода обосновывалась и противоположная точка зрения, что врач наделен статусом должностного лица. Так, П.А. Дубовец допускает уголовную ответственность врача за вред, причиненный здоровью пациента, как за должностное преступление [25]. Также вопрос ответственности врачей с точки зрения служебной халатности рассматривал А.П. Громов [26].

С развитием уголовно-правовой доктрины судебная практика 80-90-х годов придерживалась позиции, что врач за допущенные им нарушения профессиональных обязанностей не может быть признан субъектом должностного преступления, поскольку медицинский работник при оказании непосредственной лечебной помощи не является носителем организационно-распорядительных или административно-хозяйственных обязанностей [27].

Уголовный кодекс Республики Казахстан 1997 года в главе 1 «Преступления против личности» содержал отдельную статью 114, предусматривающую ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими и фармацевтическими работниками. Эта статья впервые выделена в самостоятельный состав и введена в указанном Уголовном кодексе. Кроме того, медицинские работники рассматривались в качестве специального субъекта за нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации (ст. 114-1), незаконное производство аборта (ст. 117), неоказание помощи больному (ст. 118), разглашение врачебной тайны (ст. 144), незаконную медицинскую и

фармацевтическую деятельность и незаконную выдачу либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 266) [28].

В действующем Уголовном кодексе РК от 03 июля 2014 года введена отдельная глава 12 «Медицинские уголовные правонарушения». Этому факту предшествовало принятие отдельного Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [29] в 2009 году в рамках Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, определившего одним из основных долгосрочных приоритетов формирование успешной концепции и создание системы оказания медицинской помощи, основанной на принципе солидарной ответственности между государством и человеком [30]. Одна из статей указанной главы (ст. 317) рассматривает ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками.

При этом, в сравнении с аналогичной статьей 114 УК РК в редакции 1997 г., в статье 317 УК РК усилена уголовная ответственность в случаях наступления последствий в виде причинения по неосторожности смерти человека: с 2 до 5 лет лишения свободы (ч. 3, ст. 317), а также предусмотрена ответственность за причинение смерти двух и более лиц с санкцией до 7 лет лишения свободы (ч. 4, ст. 317). При этом норма о причинении вреда здоровью средней тяжести переведена в категорию уголовных проступков, вследствие чего произошло смягчение наказания (ч. 1, ст. 317).

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

Можно выразить согласие с мнением Г.Р. Рустемовой, которая указывает, что задача государства по обеспечению качественной медицинской помощи реализуется путем установления уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья в сфере медицинского обслуживания населения. Также она высказала идею о создании самостоятельной дисциплины и новой отрасли - медицинского права [31], в том числе и выделении преступлений в отдельную главу, посвященную преступлениям в сфере медицинского обслуживания населения. С правильностью выделения в Уголовном кодексе медицинских уголовных правонарушений в самостоятельную группу преступлений, а также о необходимости отдельной нормы, регламентирующей уголовную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическими работниками, выражают согласие некоторые российские ученые.

К примеру, Е.Ю. Антонова высказывает идею о том, что эффективное функционирование органов и учреждений здравоохранения возможно только при соблюдении принципа оказания квалифицированной медицинской помощи

и рекомендует принять меры, направленные на совершенствование российского законодательства путем принятия самостоятельной нормы, регламентирующей ответственность медицинских работников по аналогии со ст.317 УК РК [32].

Законодательное закрепление медицинской деятельности как области правоотношений, в результате которых могут наступить вредные последствия для получателя медицинской услуги, требуют дальнейшего углубленного изучения, анализа правовой регламентации и использования полученных результатов в настоящей работе при разработке методики расследования.

Таким образом, принятие Уголовного кодекса РК от 04 июля 2014 года и выделение в Особенной части главы 12 «Медицинские уголовные правонарушения» исторически обусловлено. Пройдены этапы развития, анализа деятельности медицинского работника, выделены характерные групповые и видовые признаки. Проведенная законодателем, работа по систематизации норм Особенной части Уголовного кодекса – прогрессивный шаг.

Вместе с тем, следует учесть тот факт, что новая классификация составов уголовных правонарушений дает возможность выработки мер по борьбе отдельными группами уголовных правонарушений, а также - разработки общих и частных методик расследования, в том числе медицинских уголовных правонарушений, что актуализирует тематику вопросов настоящей работы.

1.2 Генезис законодательного закрепления и обеспечения надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1978 году признала здоровье основным правом человека. Поскольку здоровье неразрывно связано с жизнью, думается, что к этим правам можно также отнести саму жизнь человека. В Республике Казахстан гарантом защиты прав человека в отношении здоровья и жизни выступает Конституция от 30 августа 1995 года и на ее основании Уголовный кодекс от 03 июля 2014 года. В статье 29 Конституции Республики Казахстан гарантирована охрана здоровья и жизни человека [33]. В соответствии с Конституцией все нормативные и нормативно-правовые акты в области здравоохранения и регламентации медицинской деятельности направлены на выполнение положений, относящихся к защите здоровья и жизни пациентов. Конституционные гарантии должны служить гарантом обеспечения прав на безопасную медицинскую помощь [34]. Это означает, что права пациентов прямо связаны с медицинской деятельностью и обязанностями, возникающими у врача в процессе оказания медицинской помощи.

Политика Казахстана в сфере охраны здоровья населения имеет прямое значение для обеспечения национальной безопасности, так как человек, его способности и возможности являются главнейшим ресурсом развития общества и государства, поэтому в ст. 5 Законе РК «О национальной безопасности Республики Казахстан» определены основные национальные интересы, среди

которых можно выделить те, которые прямо влияют на состояние защищенности здоровья и жизни граждан: обеспечение прав и свобод человека и гражданина; достижение и поддержание уровня и качества системы здравоохранения и социального обеспечения, адекватного потребностям улучшения благосостояния граждан и общества; сохранение и улучшение состояния окружающей среды, рациональное использование природных ресурсов [35].

Государственная политика, направленная на реализацию прав граждан в сфере охраны здоровья, прошла несколько этапов, в ходе которых были достигнуты высокие достижения, стали возможны и определенные «провалы». Первые реформы в системе здравоохранения начаты в момент приобретения Казахстаном статуса суверенного государства. Законодательное закрепление медицинской деятельности в Казахстане основано на положениях Конституции РК и требованиях следующих международных документов:

1. «Всеобщая декларация прав свобод человека» 1948 года - статья 3 (право на жизнь), статья 25 (право на медицинский уход и необходимое социальное обслуживание) [36].

2. «Конституция Всемирной организации здравоохранения» 1946 года (обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения) [37].

3. «Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации» 1965 года – статья 5 (право на здравоохранение, медицинскую помощь, социальное обеспечение и социальное обслуживание) [38].

4. «Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах» 1966 года – статья 12 (право человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, создание условий, гарантирующих медицинские услуги и медицинскую помощь в случае болезни для всех) [39].

5. «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» 1979 года – статья 12 (обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования семьи, соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления) [40].

6. «Конвенция о правах ребенка» 1989 года – статья 24 (право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья, снижение смертности младенцев и детской смертности, упразднение традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей) [41].

7. «Конвенция о правах человека и биомедицине» от 1997 года (провозглашение прав на равную для всех членов общества доступность медицинской помощи приемлемого качества, осуществление всякого

медицинского вмешательства, включая вмешательство с исследовательскими целями в соответствии с профессиональными требованиями и стандартами) [42].

8. «Алма-Атинская декларация» 1978 года (первичная медико-санитарная помощь составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества) [43].

9. «Астанинская декларация о первичной медико-санитарной помощи» от 2018 года (важное значение здоровья для мира, безопасности и социально-экономического развития, а также их взаимозависимость) [44].

Помимо указанных документов в мире под патронажем международных организаций разработан ряд стандартов для отдельных групп населения Земли – детей, женщин, коренных народов, народов, ведущих племенной образ жизни, людей с инвалидностью, пожилых людей, заключенных, выработаны принципы медицинской этики для медицинских работников, обеспечивающих обслуживание заключенных и задержанных лиц. Безусловно влияние названных документов имеет место для законодательного закрепления медицинской деятельности в Республике Казахстан.

В 1992 году был принят Закон РК «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан», одной из основных идей которого было внедрение системы обязательного медицинского страхования и установление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В последующем положения трех статей, касательно медицинского страхования были из него исключены. Этот закон включил в себя 7 разделов, в которые вошли 70 статей.

В 1997 году была принята новая редакция Закона РК «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан», в которой учтены недостатки предыдущего закона и, кроме этого, введено понятие прав и обязанностей частных и государственных медицинских учреждений, которое, по мнению специалистов, было преждевременным [45]. Структура самого закона претерпела значительные изменения, первая статья посвящена понятиям, которые использованы в тексте закона, в Законе 1992 года эти понятия содержались в приложении. В законе использован термин страхования медицинской ошибки, не связанной с небрежным или халатным выполнением своих профессиональных обязанностей, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина. Определены полномочия уполномоченного центрального исполнительного органа, осуществляющего руководство в области охраны здоровья граждан, входящего в государственную систему здравоохранения. Закон состоял из 14 глав, включавших в себя 74 статьи.

В 2006 году был принят Закон РК «Об охране здоровья граждан», который сменил прежний закон, введя более детализированные положения о правах и обязанностях граждан, иностранцев и лиц без гражданства, объединив их в одну главу. Понятию «врачебная тайна» посвящена отдельная статья. Прописан более четкий регламент проведения клинических исследований, медицинских экспериментов. Введена возможность договорных отношений при

использовании донорства и при проведении медико-биологических исследований и экспериментов. Введено положение (в статье 33) о запрете использования эвтаназии. Пункты об обязательном и добровольном медицинском страховании были исключены, в сравнении с предыдущим законом, однако определения этих понятий даны в статье 1.

Закон состоял из 7 глав, включавших в себя 38 статей.

Параллельно с этим законом, в целях формирования успешной концепции и создания оптимальной системы оказания медицинской помощи, была принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы, в задачи которой входили: разделение ответственности между человеком и государством за охрану здоровья; переход на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на первичную медико-санитарную помощь; реформирование медицинского образования; создание новой модели управления здравоохранением и единой информационной системы отрасли; укрепление охраны здоровья матери и ребенка, улучшение медико-демографической ситуации, ежегодное снижение уровня социально значимых заболеваний. Сроки реализации программы разделены на 2 этапа: с 2005 по 2007, с 2008 по 2010 годы [46].

18 сентября 2009 года впервые принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», что явилось очередным шагом на пути более детального регулирования отношений в области здравоохранения, он стал наглядным примером процесса систематизации и внедрения передового опыта. На постсоветском пространстве Казахстан стал первым, кто принял подобный Медицинский кодекс. КЗНСЗ 2009 года по сути стал революционным, поскольку включил в себя систематизированные положения, ранее находившиеся в иных нормативно-правовых актах. Этому подтверждением стало увеличение объема самого кодекса, который на момент своего действия имел 10 разделов, в которые были включены 32 главы, состоящие из 186 статей.

В кодексе особое внимание уделено процессу цифровизации, как новой вехе, предполагающей переход на более эффективный уровень организации медицинского обслуживания и здравоохранения, выделен правовой статус и социальная защита медицинского и фармацевтического работника, введен институт превентивного национального механизма.

В целях реализации Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» правительством РК разработана Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Целью которой явилось: укрепление здоровья казахстанцев путем достижения согласованности усилий всего общества в вопросах охраны здоровья; формирование конкурентоспособной системы здравоохранения. В программу были внедрены индикаторы реализации: увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения к 2013 году до

69,5 лет, к 2015 году - до 71 года; снижение материнской смертности к 2013 году до 28,1, к 2015 году - до 12,4 на 100 тыс. родившихся живыми; снижение младенческой смертности к 2013 году до 14,1, к 2015 году - до 11,2 на 1000 родившихся живыми; снижение общей смертности к 2013 году до 8,14, к 2015 году – до 7,62 на 1000 населения; снижение заболеваемости туберкулезом к 2013 году до 98,1, к 2015 году – до 71,4 на 100 тыс. населения; удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%; увеличение удельного веса ЗНО, выявленных на III стадии, к 2015 году до 55,1%; увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных с ЗНО к 2015 году до 50,6%. Задачами Программы установлены: усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия; развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения; совершенствование медицинского и фармацевтического образования, развитие медицинской науки и фармацевтической деятельности. Для реализации которых были определены направления: повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья; усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм; совершенствование санитарно-эпидемиологической службы; совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения; совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине; повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой [47].

В 2018 году Постановлением Правительства Республики Казахстан была принята «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы». Целями Программы установлены: Укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны; внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями; Модернизация национальной системы здравоохранения, ориентированной на эффективность, финансовую устойчивость и поддержку социально-экономического роста. Определены следующие задачи: развитие системы общественного здравоохранения; совершенствование профилактики и управления заболеваниями; повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения; повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли [48].

Следующим и нынешним этапом развития является принятие Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения». Наиболее значимые изменения и нововведения,

предусмотренные новым кодексом о том, что профилактические прививки делятся на обязательные и добровольные; физические лица, постоянно находящиеся в РК, обязаны получать профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний, введен термин «медицинский инцидент», определен перечень предметов, отнесенных к табачным изделиям и к ним ограничения использования в ряде мест, установлены ограничения к рекламе табачных изделий. Введено понятие «Национальный оператор в области здравоохранения», который наделен функциями внедрения инвестиционных проектов и проектов государственно-частного партнерства в области здравоохранения [49].

В последние годы обострилась ситуация вокруг понятия «врачебная ошибка» и ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работником, общество остро воспринимает действия некомпетентных и недобросовестных врачей, которые порождают последствия для пациента в виде причинения средней тяжести вреда, тяжкого вреда, смерти одного или нескольких лиц.

Однако сам термин «врачебная ошибка» в законе не применялся, точного определения этому понятию в законе нет. В обществе происходит подмена этих понятий другими. По этому поводу свое мнение высказало официальное лицо Министерства здравоохранения: «...Если мы будем наказывать за врачебные ошибки, то мы без врачей останемся, это точно. Я сам как практикующий врач, бывший реаниматолог, скажу, что не бывает так, что люди не ошибались. Это связано, в том числе с нехваткой технологий и недостаточным уровнем проникновения знаний. Поэтому нужно четко разделять то, когда у врача была возможность правильно оказать медпомощь, но он по халатности или нежеланию осознанно не использовал свои возможности. И, когда он пытался оказать медпомощь и ошибся. Я считаю, что в последнем никакой уголовной ответственности быть не должно» [50]. Это противоречивое высказывание главы министерства для практикующих медицинских работников является «спасательным кругом». Несмотря на то, что все-таки уголовным законом ответственность медицинского работника предусмотрена статьей 317 УК РК.

Решение проблемы медицинского работника не может быть осуществлено путем исключения указанной нормы из Уголовного Кодекса. Четкое разделение этих понятий можно провести, если понятие врачебной ошибки интерпретировать указать с медицинской точки зрения, где оно имеет следующие признаки: отсутствие вины врача, вследствие его добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества; является следствием добросовестного заблуждения и не содержит состава преступления или признаков проступков, повлекших неправильную диагностику болезни или неправильное врачебное мероприятие (операцию, назначение лекарства и др.), обусловленных добросовестным заблуждением врача; вызвано несовершенством современной науки, незнанием или неспособностью использовать имеющиеся знания на практике [51]. Рассматривая с позиции законодателя среди этих характеристик отсутствие

вины, то есть обязательного признака субъективной стороны уголовного правонарушения, без которой состав уголовного правонарушения разрушается.

Таким образом, понятие «врачебная ошибка» и «ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работником» имеют существенные отличия и смешиваться не могут, в отдельных моментах они даже исключают друг друга. Усилиями отечественных ученых в области уголовного, гражданского, трудового, медицинского права и медицины необходимо исключить разночтения в понимании таких важных категорий и терминов.

В действующем медицинском кодексе введен термин «медицинский инцидент», который думается по своей смысловой нагрузке является очень широким в понимании. В статье 270 главы 30 «Статус медицинских и фармацевтических работников» Кодекса РК от 07 июля 2020 года «О здоровье населения и системе здравоохранения» содержится следующее понятие: «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» [49].

Различают следующие виды медицинских инцидентов, что очень важно с точки зрения криминалистической характеристики:

1) диагностические ошибки - ошибки в распознавании заболеваний и их осложнений, постановка ошибочного диагноза;

2) лечебно-тактические ошибки – являются следствием диагностических ошибок;

3) технические ошибки – просчеты в проведении диагностических и лечебных манипуляций, процедур, методик, операций;

4) организационные ошибки – недостатки в организации медицинской помощи, необходимых условий функционирования той или иной службы медицинской организации;

5) деонтологические ошибки – ошибки в поведении медицинского работника, его общении с пациентом и его родственниками, а также внимательность и добросовестность, готовность консультироваться у более опытного врача, чувство ответственности;

6) ошибки при заполнении медицинской документации - неточные записи операций, неправильное ведение дневника послеоперационного периода, неточная выписка при направлении пациента в другую медицинскую организацию [52].

По нашему мнению, введение термина «медицинский инцидент» не дало четкого определения, и проблема осталась на том же уровне. Более того, по нашему мнению, это понятие не обрело форму, а, наоборот, размыло границы

понимания ответственности врача, тем самым создав условия для ухода недобросовестных медицинских и фармацевтических работников от юридической ответственности в целом.

Из ресурсов интернета взяты этимология и определение слова «инцидент», которое имеет французское начало «incident», произошедшее от латинского «incedere» в переводе означающее «случаться». В словаре И. Ожегова дано следующее определение: «ИНЦИДЕНТ, -а, м. Неприятный случай, недоразумение, столкновение. Пограничный и.», в словаре Т. Ефремова дано такое понятие: «Неприятный случай, недоразумение; столкновение, конфликт», в Большом Советском Энциклопедическом словаре описано следующим образом: «(от лат. incidens, родительный падеж incidentis - случающийся), случай, происшествие (обычно неприятное); столкновение, недоразумение» [53]. Похожие определения даны в других словарях. То есть к пониманию медицинского инцидента можно применить следующие словосочетания: медицинский случай, медицинское происшествие (обычно неприятное), медицинское столкновение, медицинское недоразумение, медицинский конфликт.

Исходя из понимания перевода слова «инцидент» можно прийти к выводу о том, что необходимо ответственно подойти к интерпретации понятия медицинский инцидент, поставив перед собой следующие вопросы:

1. Возможно ли применить слово инцидент к случаю, когда на кону стоит жизнь и здоровье человека, обратившегося за помощью к медицинскому работнику?

2. Этично ли применять понятие медицинский инцидент во врачебной деятельности по отношению к жизни и здоровью пациента?

Необходимость четкого определения самого понятия «медицинский инцидент» возникает обоснованно, но возможно ли использование этого понятия в уголовном преследовании: вопрос открытый.

По нашему мнению, это понятие не имеет четких уголовных правовых значений, поэтому содержится в другом правовом акте. Задачей настоящей работы не ставится исследование феномена «медицинского инцидента», его практическая применимость и жизнеспособность может быть проверена временем.

В этом смысле можно согласиться с мнением Г.Р. Рустемовой о том, что законодательное обеспечение охраны здоровья послужит толчком для поднятия уровня и статуса отечественного здравоохранения и медицины до международного. Немаловажное значение здесь имеют и экономические гарантии [54].

Таким образом законодательное закрепление и обеспечение надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан прошло несколько этапов развития с момента обретения независимости в 1991 году. Международные стандарты и требования в области охраны здоровья закономерно обусловили развитие здравоохранения в Республике,

использование положений международных нормативных актов положительно повлияло на повышение качества оказания медицинской помощи.

И все же, при всех имеющихся положительных моментах существуют ряд проблем, которые необходимо разрешить для полного и точного соответствия наших кондиций в здравоохранении международным стандартам. Правовая регламентация отношений в сфере здравоохранения как индикатор определяет круг интересов и правовые границы медицинской деятельности.

Потребность обращения к нормам уголовного права возникает в тот момент, когда иные меры воздействия к надлежащему выполнению профессиональных обязанностей медицинского и фармацевтического работника становятся недостаточными, а действия и бездействия по характеру и степени общественной опасности подпадают под определение медицинского уголовного правонарушения.

1.3 Уголовно-правовая и криминологическая характеристика медицинских уголовных правонарушений (ст. 317 УК РК)

Регулирование общественных отношений в области здравоохранения, в том числе при оказании медицинской помощи и услуг в сфере фармацевтической деятельности, является одним из направлений политики нашей Республики. Для достижения главной цели Послания Президента РК «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» по вхождению Казахстана в число 30 развитых стран мира деятельность Министерства здравоохранения РК направлена на улучшение здоровья граждан путем создания современной и эффективной системы здравоохранения [55]. Для реализации данного стратегического направления в Казахстане реформируется и уголовно-правовая политика, целью которой является снижение количества уголовных правонарушений в области здравоохранения.

Так, в Уголовном кодексе Республики Казахстан от 3 июля 2014 года, №226-V, вступившем в силу с 1 января 2015 года, законодатель выделил нормы об ответственности медицинских, фармацевтических работников, работников организации бытового или иного обслуживания населения в главу 12 «Медицинские уголовные правонарушения», разместив ее после уголовных правонарушений против здоровья населения и нравственности. Отметим, что законодатели зарубежных стран, как правило, относят преступления, субъектом которых могут быть медицинские и фармацевтические работники, к преступлениям против жизни и здоровья или преступлениям против здоровья населения. Отечественный законодатель пошел по пути выделения медицинских уголовных правонарушений в самостоятельную группу уголовных правонарушений.

Некоторые ученые уже останавливались на оценке данного законодательного решения [56], поэтому обратимся к анализу нормы, регламентирующей ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими, фармацевтическими

работниками, работниками организации бытового или иного обслуживания населения (ст. 317 УК РК).

Для начала обратимся к историческим фактам: в Уголовном кодексе РК от 16 июля 1997 года ответственность за указанное преступление предусматривалась статьей 114, эта норма впервые была введена в кодекс, в частности, в главу 1 «Преступления против личности». Она была взята за основу при формировании нормы, предусмотренной статьей 317, но претерпела существенные изменения. К примеру, объективная сторона данного преступления дополнена таким деянием, как несоблюдение порядка или стандартов оказания медицинской помощи, исключено из числа квалифицирующих признаков данного уголовного правонарушения его совершение должностным лицом, поскольку рассматриваемый состав уголовного правонарушения относится к числу профессиональных, а не должностных (служебных). В дальнейшем статья 317 была дополнена частью 5, которая предусматривает ответственность за неосторожное причинение вреда путем заражения ВИЧ и при этом выделен дополнительный специальный субъект.

Повышенная степень общественной опасности данного состава преступления заключена в том, что посягательство осуществляется на порядок надлежащего оказания медицинской помощи, соблюдение стандартов оказания медицинской помощи, а также на жизнь и здоровье человека в лице пациента. Причины роста регистрируемых фактов ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником требуют его детального изучения.

Анализ ст. 317 УК РК позволит выработать рекомендации, направленные на совершенствование национального уголовного законодательства, тем более, что в Казахстане в последние годы наблюдается увеличение числа негативных последствий от непрофессиональных действий медицинских и фармацевтических работников. Вместе с тем уголовное законодательство ряда стран на постсоветском пространстве в отличие от законодательства РК, не предусматривает самостоятельных норм, регламентирующих ответственность медицинских и фармацевтических работников. Соответственно, указанные субъекты в случае совершения ими общественно опасных деяний в рамках своей профессиональной деятельности могут быть привлечены к ответственности по составам преступлений, находящихся в разных главах Уголовного кодекса РК. Например, причинение смерти по неосторожности, тяжкого вреда здоровью по неосторожности, а также заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, неоказание помощи больному. Опыт казахстанского уголовного законодательства был перенят Кыргызской Республикой (УК КР. Глава 24. «Преступления в сфере медицинского и фармацевтического обслуживания» – 9 составов преступлений), предложен проект Уголовного кодекса Республики Узбекистан, в котором также имеется аналогичная отдельная глава.

Статья 317 УК РК содержит следующую диспозицию:

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

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

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

наказываются штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до одного года или без такового.

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

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

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

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

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

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

Источниками формирования криминалистической характеристики уголовного правонарушения являются уголовно-правовая и криминологическая характеристики.

Правильное понимание уголовного правонарушения достигается через призму его уголовно-правовой характеристики. Обращаясь к общей части уголовного права, отметим, что каждое уголовное правонарушение должно обладать такими обязательными признаками, как: общественная опасность, противоправность, виновность и наказуемость. Состав медицинских уголовных правонарушений обязан включать себя четыре обязательных элемента: объект,

объективная сторона, субъект и субъективная сторона, при выпадении любого из которых состав уголовного правонарушения разрушается.

Это правило неоспоримо и построено на принципах уголовного права, по этой причине ставит цель – определение признаков медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК путем системного углубления в признаки и выделение их характерных черт. Именно системный подход позволяет позиционировать изучаемые явления в структурированном виде, и соответственно, выявлять их внутренние логические связи, понять их как части целого, прогнозировать наличие недостающих звеньев, т.е. осуществлять диагностирование и предсказание новых явлений. Такой подход возможен путем детерминации изучаемого явления, что предполагает необходимость определения понятия уголовных правонарушений, совершаемых медицинскими работниками [57].

В первую очередь, считается, необходимо дать четкое определение объекта медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК РК. По мнению Е.И. Каиржанова: «Объект преступления – это такой элемент состава, присутствие которого в значительной степени предопределяет саму возможность преступного посягательства на него: цель, содержание субъективной стороны и характер конкретных действий виновного, вредные последствия и даже опасность личности субъекта преступления» [58].

Г.Р. Рустимова в целом к объектам медицинских уголовных правонарушений относит сферу медицинского обслуживания, к пониманию которой необходимо подходить от понятия сферы обслуживания населения, но при этом отличать его от понятия сферы услуг, которая предполагает производство потребительской стоимости. Производственные услуги доводятся до потребителя, поэтому речь идет о сфере обслуживания, которая включает в себя и сферу услуг. Первичным элементом медицинской деятельности является медицинская услуга, то есть профессиональная деятельность в интересах здоровья пациента, реализуемых на возмездной и безвозмездной основе [59]. Именно по поводу предоставления медицинской услуги и оказания помощи пациенту складываются правоотношения, регулируемые указанной главой. Медицинская услуга должна быть полезной и безопасной, чем и определяется ее качество. Качество услуги оценивается по двум показателям: исполнения и соответствия [60].

Обращаясь к понятию медицинской услуги, которое содержится в Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 07 июля 2020 года (в п. 181, ст. 1), имеем следующее определение - «медицинские услуги - действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную и паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку». То есть все правоотношения, возникающие по поводу предоставления медицинских услуг, представляют собой формулу «медицинский или фармацевтический работник – медицинская услуга – получатель услуги, то есть пациент». Кроме того, в законе также есть определение медицинской помощи, которое выражено

следующим образом: «медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, включая лекарственное обеспечение». То есть понятие медицинской помощи шире понятия медицинской услуги, так как последняя используется для ее определения.

Уголовное правонарушение по ст. 317 УК РК при прочих условиях возникает в тот момент, когда наступает вредное последствие для пациента, в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи и нарушения стандартов оказания медицинской помощи. То есть качество влияет на образование вреда обратно пропорционально, чем качественнее медицинская помощь, тем меньше вредное последствие.

Само понятие вреда в законе имеет довольно нечеткие характеристики, но в нём содержатся определения видов вреда: легкий вред здоровью, средней тяжести вред здоровью, тяжкий вред здоровью, тяжкие последствия, существенный вред, тяжкий вред жизненно важным интересам РК, крупный ущерб, особо крупный ущерб, незначительный вред, моральный вред (ст. 3 УК РК). Других дефиниций, относящихся к вреду, в уголовном законе нет. Считается необходимым понятие «вред» внести в положения уголовного закона и дать четкое определение вреда, нанесенного медицинским работником пациенту, думается, здесь есть над чем поразмыслить отечественным специалистам в области уголовного права.

Таким образом, основным объектом данного уголовного правонарушения является жизнь и здоровье человека в лице пациента, в качестве дополнительного объекта выступает порядок надлежащего оказания медицинской помощи и соблюдение стандартов оказания медицинской помощи. Уголовное правоотношение возникает в случае нарушения порядка надлежащего оказания медицинской помощи и нарушения стандартов оказания медицинской помощи в результате правоотношений, которые формируются по общей для ст. 317 формуле: медицинский, фармацевтический работник, работник организации бытового или иного обслуживания населения – предоставление медицинской помощи, оказания услуги – пациент, клиент. Еще одним условием является наступление общественно опасных последствий для пациента или клиента.

Непосредственным объектом правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК, являются общественные отношения, гарантирующие и обеспечивающие охрану жизни и здоровья человека в ходе оказания медицинской услуги по поводу получения медицинской помощи, а также услуг от работников организации бытового или иного обслуживания населения.

В зависимости от способа построения его объективной стороны уголовное правонарушение является материальным составом, так как наступление негативных последствий в виде причиненного вреда обязательно.

Момент наступления последствий в результате неосторожности в виде средней тяжести вреда служит окончанием деяния, предусмотренного частью 1 статьи 317 УК, причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью – часть

2, наступление по неосторожности смерти пациента - часть 3, смерть по неосторожности двух и более лиц - часть 4.

Часть 5 статьи 317 предусматривает уголовную ответственность в результате неосторожных действий, если они повлекли заражение лица ВИЧ. В этой части законодатель помимо медицинского работника, выделяет специального субъекта – работника организации бытового или иного обслуживания населения.

Объективная сторона уголовного правонарушения предусматривает несколько видов преступного поведения по частям 1-4:

– невыполнение медицинским и фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей;

– ненадлежащее выполнение медицинским и фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, которое выражается в несоблюдении порядка или стандартов оказания медицинской помощи;

Объективная сторона уголовного правонарушения по ч. 5, ст. 317 предусматривает деяние в виде ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским работником, работником организации бытового или иного обслуживания населения, повлекшее заражение ВИЧ по неосторожности.

Понимание такого вида преступного поведения как невыполнение своих профессиональных обязанностей не вызывает сложностей. Оно означает, что, к примеру, медицинский работник в лице врача не выполнил возложенные на него законом и нормативными актами обязанности, либо отказался от их выполнения.

Понимание ненадлежащего выполнения можно достичь путем рассуждения от обратного. Надлежащее выполнение обязанностей в словаре определено: «такой, какой следует; должный, соответствующий». Само понятие соответствия в медицине сводится к последовательности, правильности использования научных медицинских знаний, основанных на современных научных данных, новых технологиях и открытиях в медицине, доказавших свою эффективность на практике [61]. Соответственно они применяются в процессе диагностики, лечения и реабилитации. А значит ненадлежащей будет такая деятельность, которая является несоответствующей определенным правилам, не приносящей положительного результата в процессе оказания медицинской помощи. В мире установлены стандарты оказания медицинской помощи, которым казахстанское здравоохранение должно соответствовать. Для соответствия стандартам в медицине проводится работа по созданию клинических протоколов диагностики и лечения, в Казахстане применяются около 800 видов клинических протоколов, так как медицина развивается быстро, клинические протоколы, как правило, обновляются каждые три года. При разработке протоколов основным принципом является соблюдение подхода научной доказательности. Применительно к ст. 317 УК РК необходимо расширить понимание формулировки *«совершение уголовного правонарушения»* как ненадлежащее выполнение или невыполнение

медицинским работником, повлекшее нарушение стандартов оказания медицинской помощи или медицинской услуги.

Требования о соответствии действий врача положениям протокола лечения являются неоднозначным вопросом, поскольку выполнение протокола лечения не является обязательным, то есть носит рекомендательный характер. Протокол лечения содержит рекомендации о порядке проведения по видам лечения, которые врач выполняет. Но при этом врач может применить творческий подход, чтобы получить лучшие результаты в момент лечения, выбрать некоторые рекомендации, а от других отказаться. Согласно результатам социологического опроса, возникает парадокс: несмотря на рекомендательный характер протокола лечения, в отношении врача, отступившего от выполнения части положений протокола, могут применяться штрафные санкции со стороны руководства и контролирующих органов. Это является явным и опасным противоречием, потому как в данном случае протокол не может быть гарантом надлежащего выполнения обязанностей медицинского работника. Оно означает, что вопросы определения надлежащего выполнения обязанностей врача остаются открытыми.

Необходимо определить, что надлежащее выполнение профессиональных обязанностей следует строить на принципах соответствия международным стандартам, и, значит, этим стандартам должны соответствовать протоколы лечения, которые имеют рекомендательный характер. Более того, хотелось бы отметить, что западная медицина строится на положениях доказательственной медицины, поэтому каждый врач узкой специализации точно знает, какую методику лечения необходимо применить. Думается, что эта специфика медицинской деятельности, для понимания которой в обязательном порядке необходимо проводить комиссионную судебно-медицинскую экспертизу с привлечением наиболее опытных узких специалистов.

Регулярные изменения и корректировка протоколов лечения есть результат аккумуляции опыта медицинской науки и практики в целях достижения принятых стандартов. Однако есть упущения этих корректировок, так как медицина развитых зарубежных стран в качестве платформы использует доступную для медицинских работников всемирную базу научных публикаций. Эта база публикаций составляет основу зарубежной доказательственной медицины. Наши медицинские работники могут ее использовать, если владеют знаниями хотя бы английского языка. Например, для выработки методики лечения COVID-19 зарубежными специалистами была принята на вооружение методика лечения от атипичной пневмонии, то есть определенные базисные положения строились на методике лечения от атипичной пневмонии. В последующем методика лечения от COVID-19 начала приобретать свою уникальность на основании опыта лечения от данного заболевания в разных точках Земли.

Субъект уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК – специальный, то есть медицинский, фармацевтический работник, а также работник организации бытового или иного обслуживания населения. К субъекту относятся физические

лица, достигшие на момент совершения общественного опасного деяния шестнадцатилетнего возраста (ст. 15 УК РК), но надо учесть, что субъект должен относиться к медицинскому или фармацевтическому работнику.

Из определения, данного в Законе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» медицинским работником является физическое лицо, имеющее профессиональное медицинское образование и осуществляющее медицинскую деятельность. То есть, фармацевтическими работниками являются физические лица, имеющие фармацевтическое образование и осуществляющие фармацевтическую деятельность. Обязательным признаком перечисленных категорий лиц является наличие медицинского и фармацевтического образования, понятия которых даны в том же законе, поэтому в процессе расследования и квалификации уголовных дел данный вопрос затруднений не вызывает.

Ввиду того, что процесс расследования уголовного дела требует соблюдения принципа всесторонности, полноты и объективности расследования, а также чистоты квалификации общественно опасного деяния, то вопрос, который необходимо разрешить на стадии досудебного производства, заключается в выделении признаков специального субъекта, предусмотренного ч. 5, ст. 317 УК РК. Согласно положениям указанной части им является как медицинский работник, так и работники организации бытового или иного обслуживания населения.

Из комментария к Уголовному кодексу РК под редакцией Рахметова С.М. и Рогова И.И. известно, что субъектом является медицинский работник, работник бытового или иного обслуживания населения, например, парикмахер [62]. Надо понимать, что указанный вид толкования является доктринальным, а значит может являться не обязательным, если не совпадает с официальным толкованием. Официального толкования по этому моменту в норме УК РК нет. Необходимо разобраться в том, кто может быть субъектом преступления по части 5 и точно определить круг лиц для правильного расследования уголовного дела и определения квалификации деяния лица, совершившего его.

Для правильного определения следует обратиться к стандартам, действующим на территории РК в сфере бытового обслуживания. Разработка понятия ненадлежащего выполнения требует дальнейшей разработки, что под силу отечественным специалистам в области Уголовного права РК.

На территории РК действует стандарт СТ РК 3015-2017 «Бытовое обслуживание населения», содержащий термины и определения. В нем дано определение бытовому обслуживанию населения как отрасли экономики, состоящей из предприятий различных организационно-правовых форм собственности и индивидуальных предпринимателей, занимающихся оказанием бытовых услуг. Бытовая услуга – услуга, связанная с удовлетворением конкретной бытовой потребности индивидуального клиента, заказчика или группы клиентов. Потребителем бытовой услуги является физическое лицо, имеющее намерение либо заказывающее или использующее бытовые услуги, работы [63]. Документ содержит перечень услуг, которые

относятся к бытовым, составляющим список из 60 видов услуг в п.п. 2.18-2.77. К этим услугам относятся: пошив одежды, обуви, ремонт бытовой техники, обслуживание транспортного средства, услуги парикмахера, клининговые, ритуальные, СПА-услуги, прокат, косметологические услуги и другие. Список емкий, он объединен общим понятием бытовой услуги. Соответственно лицо, оказывающее услугу, является работником организации бытового или иного обслуживания населения. Думается, что законодатель имел ввиду определенные критерии для выделения в части 5, ст. 317 специального субъекта, однако разъяснения по критериям его персонификации не дал.

Предположительным критерием может выступать такая услуга, которая связана с применением манипуляций на теле и коже пациента, клиента и заказчика. К ним можно отнести: парикмахера, предоставляющего услугу бритья, стрижки, окантовки; косметолога, предоставляющего услугу дермального, эпидермального, косметического татуажа, перманентного макияжа, услуги по уходу за кожей лица и тела и другие похожие услуги. Все указанные процедуры подразумевают воздействие на тело и кожу человека посредством определенных процедур, с использованием инструмента, которые могут оказывать инвазивное вмешательство, то есть процедур, связанных с проникновением через естественные барьеры организма: кожу, слизистые оболочки. Примером простой инвазивной процедуры может являться инъекция, а самой сложной – хирургическая операция[64].

Перечисленные виды услуг, в ходе которых происходит воздействие на тело и кожу человека, безусловно требуют законного основания для их осуществления. К таким законным основаниям относится выполнение ряда требований, который отвечают критериям безопасности для жизни и здоровья человека, получающего бытовую услугу. К примеру, дерматокосметология определена в Законе РК «О разрешениях и уведомлениях» от 16 мая 2014 года, №202-V как лицензируемая деятельность в области здравоохранения[65].

Дерматокосметология – раздел медицины, занимающийся устранением кожных проблем с помощью косметологических процедур. В сфере ответственности дерматокосметологии находятся такие проблемы, как пигментные пятна, сосудистые звездочки, угревая сыпь, рубцы, растяжки, повышенная жирность кожи, сухая и дряблая кожа, бородавки, морщины, круги под глазами и т.п., соответственно для получения лицензии требуется ряд соответствий. То есть дерматокосметологию можно отнести к услуге медицинского характера, которую предоставляют медицинские работники [66].

В стандартах требования о соответствии содержатся следующие положения: здание или помещение, отвечающее квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности; медицинское и (или) специальное оборудование, аппаратура и инструментарий, приборы, мебель, инвентарь, согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности; соответствующее образование, согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности, специализация или усовершенствование и других

видов повышения квалификации за последние 5 лет; соответствующий сертификат специалиста [67].

Из этого следует, что один вид косметологов, оказывающих медицинские услуги косметологического характера, можно отнести к медицинским работникам. Другой вид косметологов, таких как визажисты, мейкаперы и другие, необходимо отнести к работникам организации бытового или иного обслуживания населения, на которых распространяются другие требования, поскольку их деятельность не подпадает под сферу в области здравоохранения.

Для работников организации бытового или иного обслуживания населения действуют нормы, предусмотренные Санитарными Правилами «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам коммунального назначения». В статье 3 дано определение понятия «косметические услуги – это 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» [68].

Дерматокосметологические процедуры выполняются врачом-дерматологом, а некоторые из них – медицинской сестрой. Процедуры, выполняемые медицинской сестрой, осуществляются по назначению врача и под его наблюдением и руководством; косметологический кабинет – помещение по оказанию косметологических услуг в организациях здравоохранения.

То есть существует разница между понятиями «косметическая услуга» и «дерматокосметологическая процедура», которая заключается в лице, их оказывающем.

Другими словами, косметические услуги предоставляет работник организации бытового и иного обслуживания, не являющийся медицинским работником, оказывающим бытовые услуги с возможным повреждением кожных покровов и слизистых оболочек. В то же время выполняющие требования, установленные главой 7 санитарных правил: «97. Инструменты, используемые для манипуляций с возможным повреждением кожных покровов или слизистых оболочек, например: маникюр, педикюр, косметические услуги подвергают дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации в соответствии с требованиями документов нормирования. Для стерилизации инструментов используется оборудование, аппаратура и материалы, в соответствии с инструкциями по эксплуатации».

Эти требования выставлены к перечню процедур и порядку использования, обработки инструмента, которыми оказывают услугу. Все действия, связанные дезинфекцией, предстерилизационной очисткой и стерилизацией инструментов по сути являются медицинскими манипуляциями, направленными на предотвращение последствий заражения ВИЧ.

Таким образом видится прямая связь между названием главы 12 УК РК «Медицинские уголовные правонарушения» и деятельностью работника бытового и иного обслуживания населения, который выполняет медицинские

манипуляции, связанные со стерильной обработкой, дезинфекцией инструментов и предметов, используемых для оказания бытовой услуги.

На основании вышеизложенных суждений можно сделать вывод о том, что специальным субъектом уголовного правонарушения, предусмотренного ч. 5, ст. 317 УК РК является медицинский работник, а также работник бытового и иного обслуживания населения, оказывающего бытовую услугу, связанную с воздействием на кожу и тело человека, использующий в качестве инструментов, предметы подверженные медицинским манипуляциям в виде дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментов.

Субъективная сторона уголовного правонарушения – четвертый элемент, установление которого по данному виду является важной и сложной задачей. Вина в уголовном праве рассматривается как психическое отношение лица к совершаемому им общественно опасному деянию, предусмотренному уголовным законом и его последствиям. Устанавливая уголовную ответственность за виновное посягательство на охраняемые законами блага и ценности, государство и общество констатируют свою официальную правовую оценку по поводу проявленного отрицательного отношения субъекта к интересам окружающих [69]. Установление вины субъекта уголовного правонарушения как предмета доказывания требует четкого определения действия или бездействия медицинского работника и определения связи с наступившими последствиями. По этой причине в уголовно-правовой литературе место доказывания вины отведено на последующий этап, после того как уже установлены и выделены предыдущие элементы: объект, объективная сторона и субъект. Другими словами, установление вины – это процесс, в котором следователь, имея данные об объекте, объективной стороне уголовного правонарушения и субъекте устанавливает причинно-следственную связь между общественно опасным деянием и наступившими последствиями. При этом коррелирует поведение самого субъекта в отношении произошедших событий, которые повлекли причинение вреда. Проведенным исследованием установлено, что очень часто восприятие вины самим медицинским работником искажено, по этой причине многие врачи, в отношении которых осуществляется уголовное преследование сводят свое понимание к тому, что «ничего не сделал, значит не виновен».

Это заблуждение приводит к тому, что традиционно медицинское сообщество мысленно исключает наступление уголовной ответственности для врача, снова «прикрываясь» выражением «врачебная ошибка», которое не является правовым понятием. Поэтому законодатель четко выделил вид вины для медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 в форме неосторожности в виде преступной самонадеянности и преступной небрежности. Неосознание врачом перспективы наступления общественно опасных вредных последствий является поводом к недобросовестному отношению к своим обязанностям. Предвидение возможности наступления общественно опасных последствий и безосновательный расчет на

предотвращение этих последствий в науке определяется как преступная самонадеянность.

Результатами опроса установлено, что 54,7% медицинских работников не знакомы с нормами уголовного законодательства по главе 12 УК РК.

Так, например, 45,3% респондентов ответили, что они не сталкивались с уголовным законодательством о медицинских уголовных правонарушениях. На наш взгляд, это субъективная оценка, потому что на вопрос преподавали ли им основы уголовного законодательства, которые предусматривают уголовную ответственность за медицинские уголовные правонарушения, 73,3% опрошенных показали, что не преподавали.

Из общего числа опрошенных 40% медицинских работников указали, что уголовная ответственность за данные виды уголовных правонарушений безусловно необходима. 47,7% указали, что необходимости в уголовной ответственности нет (Приложение Б).

Данные социологического опроса доказывают, что медицинский работник в большинстве своем не желает нести уголовную ответственность за ненадлежащее выполнения профессиональных обязанностей, это обосновывается низким правовым сознанием и отсутствием знаний в сфере медицинских уголовных правоотношений.

Ниже приведем примеры вины медицинского работника по уголовным делам, по которым имеется вступивший в законную силу обвинительный приговор. Чаще в судебной практике суд, вынося приговор в отношении медицинского работника, определяют вину как преступную небрежность.

Приговор от 09 октября 2019 года в отношении двух медицинских работников гр. С.Е.В. и гр. Ш.О.А. по ст. 317 ч. 3 УК РК. «27 января 2017 года в 09:00 часов утра врач инфекционного отделения №2 «Центральной Больницы г. Темиртау» гр. С.Е.В. заступила на суточное дежурство, куда в ночь с 27 на 28 января 2017 года в 01:35 часов каретой скорой помощи с матерью Саловой О.Г. был доставлен малолетний гр. С.Б.В., 16.08.2015 года рождения с диагнозом: «ОРИ, ларинготрахеит без стеноза». В 02:00 часов гр. С.Б.В. был осмотрен врачом гр. С.Е.В., после чего последней выставлен предварительный диагноз «ОРВИ, острый ларинготрахеит, стеноз гортани 1 степени» и назначено лечение в виде «режим 2, стол 16, обильное теплое питье, зитмак 125мг. 1р/д., ингаляции с преднизолоном, бронхолитической смесью, регидроном, амбро 2,0 мл. 3р/д, преднизол 30 мг. в/м, тайлол 200 мг. при Т выше 38,5С, диклоген 2/5% при Т выше 38,5С.» и гр. С.Б.В. был госпитализирован в палату №1 инфекционного отделения Центральной Больницы г. Темиртау.

Однако, дежурным врачом гр. С.Е.В., учитывая клинические данные и жалобы, при обоснованно выставленном диагнозе «ОРВИ. О. Ларинготрахеит, стеноз гортани 1 степени (по ИВБДВ – ложный круп), ненадлежащим образом были выполнены свои профессиональные обязанности медицинского работника вследствие небрежного и недобросовестного отношения к ним в нарушение клинического протокола «Стенозирующий ларинготрахеит», утвержденного МЗ РК №23 от 12.12.2013 года была неверно назначена тактика

лечения стеноза гортани: назначены бронхолитики (асталин, ингаляции с бронхолитической смесью), антибиотики и гормоны. Тогда как при ложном крупе согласно стандарту ИВБДВ в первую очередь назначаются гормоны (преднизолон через рот или парентерально), ингаляции адреналина через небулайзер. Не обеспечено наблюдение ребенка в динамике в течение 8 часов и не обеспечено адекватное лечение в нарушение протоколов диагностики и лечения «Острый ларинготрахеит у детей» №18 от 19.09.2013 года и «Стенозирующий ларинготрахеит» от 12.12.2013 года.

Дежурным врачом гр. С.Е.В. при поступлении ребенка С.Б.В. в стационар и нахождении в течение 8 часов в инфекционном отделении КГП «Центральная больница г. Темиртау» больному ребенку С.Б.В., нуждающемуся в специализированной медицинской помощи – не обеспечено проведение минимального объема лабораторных и вирусологических исследований в нарушение пп.13 п.2 порядка оказания стационарной помощи Приказа МЗ СР РК от 29.09.2015 года №761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи», пп.21 п.2 Алгоритма действий при экстренной госпитализации Приказа МЗ СР РК от 12.09.2011 года №617 «Об утверждении инструкции по организации деятельности приемных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь», а также протоколов диагностики и лечения «ОРВИ детей» и «Стенозирующий ларинготрахеит», утвержденного МЗ РК №23 от 12.12.2013 года.

В нарушение пп.13, 14, 17, 23 Приказа МЗ СР РК от 29.09.2015 года №761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» со стороны врача гр. С.Е.В. отсутствовало врачебное наблюдение в динамике за состоянием госпитализированного ребенка С.Б.В. в течении более 6 часов (от 02-30 до 08-50 часов). Отсутствие динамического наблюдения привело к поздней диагностике значительного ухудшения состояния ребенка в течение нескольких часов в виде нарастания признаков острой дыхательной недостаточности с развитием гипоксического отека головного мозга и отсроченному позднему переводу в реанимационное отделение Детской больницы г. Темиртау в крайне тяжелом состоянии.

В силу небрежного отношения к своим профессиональным обязанностям, в нарушение протокола диагностики и лечения «Стенозирующий ларинготрахеит», утвержденного МЗ РК №23 от 12.12.2013 года дежурным врачом гр. С.Е.В. с целью повышения противовирусного иммунитета ребенку не была назначена интерферонотерапия.

Врач гр. С.Е.В. в нарушение своих прямых функциональных обязанностей не проверила выполнения средним медицинским персоналом назначения ею препаратов «Зитмак», «Супрастин» которые фактически пациенту С.Б.В. в период нахождения в Центральной больнице не давались.

С момента госпитализации пациента С.Б.В. в инфекционное отделение Центральной больницы г. Темиртау врачом гр. С.Е.В. в нарушение клинических протоколов «Стенозирующий ларинготрахеит» №23 от 12.12.2013 года, «Острый ларинготрахеит у детей» №18 от 19.09.2013 года не оказана

неотложная помощь в виде заместительной кислородотерапией (увлажненный и согретый кислород через маску, эндоназально или в кислородной палатке). Невыполнение данного вида лечения способствовало перманентной гипоксии с дальнейшим кислородным голоданием всех тканей организма и головного мозга в первую очередь, развитием ацидоза гипоксического и метаболического типов.

28 января 2017 года примерно в 08.20 часов утра с жаропонижающей целью врачом гр. С.Е.В. назначен и введен пациенту ребенку С.Б.В. противопоказанный до 18-летнего возраста препарат диклоген (диклофенак), имеющий побочный эффект в виде тяжелых генерализованных реакций гиперчувствительности: отек Квинке (отек лица, отек языка, отек гортани, бронхоспазм, одышка, учащение частоты сердечных сокращений, снижение артериального давления, иногда падение артериального давления до критического уровня). Именно через короткий промежуток после введения диклогена – в период после пересмены медсестер, у ребенка наступило резкое ухудшение состояния в виде острой дыхательной недостаточности: «одышка инспираторного характера до 52 дыхательных движений в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры, выраженная бледность, цианоз носогубного треугольника».

Таким образом, неверная тактика лечения, отсутствие контроля, наблюдения за пациентом, назначения противопоказанного препарата «диклоген» способствовали дальнейшему прогрессированию отека и воспаления слизистой гортани, с последующим развитием гипоксического отека головного мозга ребенка С.Б.В.

В 09:05 часов того же дня состояние пациента С.Б.В. ухудшилось ближе к тяжелому и выставлен диагноз «ОРИ, острый ларинготрахеит тяжелое течение, стеноз гортани 2-3 степени», после его в период с 09:36 до 09:45 часов 28.01.2017 года каретой «Скорой медицинской помощи» транспортировали в КГП «Детская больница г. Темиртау» с диагнозом «ОРИ, обструктивный бронхит, тяжелое течение, ОДН 2 степени».

Вышеуказанный заключительный диагноз: «ОРИ, обструктивный бронхит, тяжелое течение, ОДН 2 степени», выставленный врачом гр. С.Е.В. пациенту С.Б.В. не соответствует диагнозу, с которым ребенок переведен в КГП «Детская больница г. Темиртау».

В 09:55 часов в КГП «Детская больница г. Темиртау» состояние С.Б.В. оценивается как крайне тяжелое с диагнозом: «острый ларинготрахеит, стеноз гортани 3-4 степени, инфекционно-токсический шок 3 степени», после чего последний госпитализирован в отделение реанимации Детской больницы г. Темиртау, где в 10:00 часов у С.Б.В. происходит остановка дыхания и он заинтубирован трубкой и переведен на аппаратное искусственное вентилирование легких.

29.01.2017 года в 02:50 часов у С.Б.В. произошла остановка сердца и в 03:15 часов констатирована смерть.

Согласно протоколу патологоанатомического исследования от 30 января 2017 года №20 трупа С.Б.В. установлено, что смерть ребёнка наступила от отёка головного мозга, причиной которого послужили интоксикация и гипоксия, вызванные острой респираторной вирусной инфекцией, осложнившееся ларинготрахеитом, стенозом 4 степени, гнойным трахеитом, серозно-десквамативной пневмонией в сочетании с врожденным пороком сердца в виде недостаточности трикуспидального клапана с дилатацией правого желудочка, гепатоспленомегалией» [70].

Представленное решение суда о признании виновным врача по ст. 317 ч. 3 УК РК указывает на преступную небрежность, которая выразилась в нарушении ряда правил и стандартов, ненадлежащем выполнении и не выполнении своих прямых функциональных обязанностей.

Большинство приговоров по ст. 317 УК за последние несколько лет прямо указывают на вину врача в виде преступной небрежности, то есть их количество над преступной самонадеянностью превалирует.

Законодатель, выделяя неосторожность в виде преступной самонадеянности, предполагает, что врач предвидел наступление общественно опасных своего действия или бездействия, но без достаточных к тому оснований рассчитывал на предотвращение этих последствий. Однако на практике случаи, связанные с преступной самонадеянностью редки. В литературе встречаются примеры преступной самонадеянности, когда хирург, готовясь к сложной операции, отказывается от помощи ассистента, но в процессе операции открывается обильное кровотечение, которое возможно остановить с помощью ассистента, оно приводит к смерти пациента на операционном столе. «Просчеты» в ходе медицинской деятельности можно охарактеризовать как субъективный признак, который не позволяет врачу правильно оценить свои возможности, но при правильной оценке дает возможность предвидения наступления негативных последствий, поэтому неосознание общественной опасности приводит к уголовному правонарушению, допущенному по самонадеянности.

В качестве источников формирования криминалистической характеристики помимо уголовно-правового анализа необходимо использовать положения, выработанные криминологией по медицинским уголовным правонарушениям.

Для детального и правильного понимания медицинского уголовного правонарушения необходимо применить криминологическую характеристику.

Одним из логических завершений расследования любого уголовного дела является составление обвинительного акта, в случае, когда следователь усматривает признаки общественно опасного, противоправного, виновного уголовно наказуемого деяния. В других идеальных случаях необходимо принять решение о прекращении уголовного дела, если вина врача не доказана или существуют другие основания для прекращения в соответствии с законодательством РК. В этом отношении действует принцип презумпции невиновности, который «... исключает предвзятость, односторонность,

обвинительный уклон, произвольное применение норм материального и процессуального права...» [71].

В процессе завершения расследования по уголовному делу, существует еще один важный аспект – это установление условий и причин, способствующих совершению уголовного правонарушения. Этому, по нашему мнению, очень важному аспекту на практике уделяется недостаточно внимания и значения. Установление причин и условий, которые способствуют совершению уголовного правонарушения можно считать одной из главных задач расследования уголовного дела, позволяющей провести эффективное расследование уголовного дела в борьбе уголовными правонарушениями.

Изучение причин и условий совершенного уголовного преследования предполагает получение результатов, которые могут обосновать само преступное последствие и возможность его профилактики и предупреждения. По мнению ученых в этой области существует несколько групп причин, способствующих совершению медицинских уголовных правонарушений.

Анализом причин медицинской преступности во всем мире занимаются медицинские учреждения, судебно-медицинские эксперты, правоохранительные органы и ученые в сфере медицинского права, судебной экспертологии, ученые криминологи. Ниже приведем несколько мнений ученых о причинах и условиях медицинских уголовных правонарушений.

Г.Р. Рустимова считает, что на рост преступности на стыке веков влияет ее глобализация, благодаря которой стираются пространственные и национальные границы преступности, это обуславливается тем, что потребности общества имеют тенденции к возрастанию [72]. Рост потребностей общества и граждан прямо влияет на рост количества предоставляемых услуг, в том числе медицинских.

По мнению М.В. Тузлуковой к причинам ятрогенных преступлений можно отнести неблагоприятные условия нравственного формирования личности медицинского персонала. Они часто приводят к укоренению у лица неорганизованности, рассеянности, халатности, невнимательному отношению к больному, неспособности аналитически мыслить, проводить дифференциальную диагностику больного, быстро принимать правильные решения и действовать, что крайне необходимо применять в рамках оказания медицинской помощи. Важно отметить, что материальная заинтересованность медицинского персонала тоже часто негативно отражается на ведении пациентов [73].

Н.А. Огнерубов среди причин и условий медицинских преступлений выделяет наиболее основные: 1. «Активная» текучесть кадров, которая связана с экономическими и социальными причинами. Среди них низкая заработная плата, сложность и интенсивность вложенного труда; 2. Отсутствие социальных гарантий для медицинских работников. Среди них отсутствие первоочередного получение жилых помещений, приобретение на льготных условиях автотранспорта. К факторам общего порядка, влияющим на медицинскую преступность Огнерубов Н. относит личный образовательный

уровень и уровень развития медицинской науки, которая определяет перспективы совершенствования всей системы здравоохранения [57, с. 123-126].

Е.В. Еспергенова выделяет следующие причины совершения медицинскими работниками уголовных правонарушений: отсутствие обязательных для исполнения всеми медицинскими работниками медицинских стандартов оказания медицинской помощи по конкретным заболеваниям; неправильная постановка диагноза из-за отсутствия или несвоевременного осмотра, обследования пациентов; недостаточная оценка сведений истории болезни и тяжести заболевания; несоблюдение методик диагностики и лечения; небрежное оформление медицинских документов, истории болезни (неинформативное описание состояния больного, отсутствие обоснования диагноза, сокращения в истории болезни, логические ошибки в последовательности развития заболевания, неразборчивый почерк, подписи интернов или ординаторов вместо лечащего врача, не указание даты и времени осмотра и установления диагноза); недобросовестное выполнение профессиональных обязанностей; невнимательное выполнение технических действий (передозировка лекарств, введение запрещенных препаратов, отсутствие контроля за состоянием пациента); несвоевременное оказание медицинской помощи. Больше внимание заслуживают причины социально-экономического характера, которым относятся низкая заработная плата медицинского работника, что приводит к утечке кадров, плохая оснащённость субъектов здравоохранения, недостаточность финансирования, что приводит к порождению других причин, способствующих преступности медицинских работников [74].

К примеру, при изучении заключений судебно-медицинских экспертиз качества оказания медицинской помощи по уголовным делам экспертами чаще всего указываются такие нарушения со стороны медицинских работников: неправильно выставленный диагноз, несвоевременное обследование, неполный сбор анамнеза заболевания, неправильная и запоздавшая диагностика, неиспользование полных методов обследования, шаблонность записей в медицинских документах и другие. По уголовным делам о медицинских уголовных правонарушениях следователи чаще всего указывают в качестве причин сами нарушения, которые описал судебно-медицинский эксперт в своем заключении, тем самым, не определяя истинные причины этих нарушений. Либо принимая неправильные действия врача за причины медицинского уголовного правонарушения. Всё расследование по уголовному делу представляет собой набор процессуальных и следственных действий, которые регламентирует уголовно-процессуальное законодательство, но при этом сам анализ преступной деятельности отсутствует.

Вопрос о том, должны ли давать судебно-медицинские эксперты заключение о причинах некачественного оказания медицинских услуг остается дискуссионным. Сами эксперты не дают точные заключения о присутствии причин и тем более вины врача, поэтому используют такие неточные и даже

абстрактные определения, как 50/50, 60/40. Это числа указывают на процент виновности врача и пациента. В связи с этим бремя доказывания всегда возложено на орган уголовного преследования, то есть действует принцип «презумпции невиновности», который определяет, что вина медицинского работника должны быть доказана на 100% и никаких сомнений в его невиновности быть не должно.

В этом аспекте представители здравоохранения выделяют два важных фактора причин уголовных правонарушений в сфере медицинского обслуживания: нехватка кадров, низкий уровень подготовки кадров в медицинских образовательных учреждениях и низкий уровень сельского здравоохранения. Эти факторы обуславливают появление таких последствий, как невежественное отношение к процессу предоставления медицинских услуг, появление у медицинского работника синдрома профессионального выгорания, отсутствие защищенности медицинского персонала, отток профессионалов медицины из государственного сектора в частный и другое.

Для защиты прав и интересов работников здравоохранения организованы профессиональные союзы. Однако, имеющиеся на территории РК профсоюзы работников здравоохранения, в том числе и медицинских работников, занимаются в основном рассмотрением вопросов трудового и гражданского законодательства. При этом цели повышения знаний в сфере уголовного законодательства и защиты медицинских работников в вопросах уголовного преследования они перед собой не ставят. Из этого следует, что профессиональные союзы не заинтересованы в организации юридической безопасности медицинских работников в сфере уголовных и уголовно-процессуальных правоотношений.

В настоящем исследовании было обращено внимание еще на одну проблему осуществления медицинской деятельности – часть государственных медицинских лечебных учреждений находится во введении частных коммерческих компаний. Организационная структура такого взаимодействия коммерческого предприятия и медицинского учреждения устроена таким образом, что в главе находится первое лицо коммерческой организации, наряду с ним, существует должность в виде медицинского директора, осуществляющего роль главного врача. Распределение обязанностей происходит таким образом, что директор предприятия ведет хозяйственную деятельность, а медицинский директор осуществляет весь комплекс диагностической, лечебной и реабилитационной медицинской деятельности. Сам факт управления лечебным медицинским учреждением бизнесменом, не являющимся медицинским работником ставит под угрозу качество предоставления медицинской помощи и услуг пациентам. При этом ответственность за качество оказания медицинской помощи или услуги несет медицинский директор.

Целью коммерческого предприятия является извлечение коммерческой прибыли, не имеющая общего с целью медицинской деятельности, которая определена ранее названными государственными программами и Законом.

Такое взаимодействие на практике приводит к известным результатам, когда специалисты высокой квалификации уходят в другие медицинские учреждения, трудовой климат в таких учреждениях неблагоприятный, медицинские работники не испытывают рвения к повышению профессиональных качеств и компетенций, происходит профессиональное выгорание и т.п. Все эти последствия прямо влияют на качество оказания медицинской помощи. Именно такой вид управления и руководства медицинским учреждением может выступить в качестве общей причины и породить другие, непосредственные влияющие на качество оказания медицинской помощи.

Однозначно выделить все причины и условия для медицинских уголовных правонарушений очень сложно. На примере эмпирических данных возможно провести типизацию этих причин в зависимости от наступивших негативных последствий для пациента, в результате оказания некачественной медицинской помощи. При выделении типов причин необходимо взять во внимание уголовные дела, которые нашли свое подтверждение в виде вступившего в законную силу обвинительного приговора в отношении медицинских работников, совершивших медицинское уголовное правонарушение, предусмотренное ст. 317 УК РК. Исследование этих вопросов может быть проведено комплексно силами отечественных специалистов в области криминологии.

В ходе диссертационного исследования проведено анкетирование медицинских работников в городах Семей, Алматы, Астана, Павлодар. Медицинские работники приняли активное участие и дали объективные ответы. Среди опрошенных респондентов медицинские работники различных специализаций. Несмотря на различие областей медицины достигнута общность по многим позициям. Медицинские работники дали следующие ответы:

- 71,4% респондентов считают, что существует нехватка медицинских кадров в медицинских учреждениях;
- уровень своей нагрузки как высокий определило 69,4%, как средний - 30,6%, остальные - низкий;
- повышение квалификации проходят раз в несколько лет 66,3%, ежегодно - 23,5%, не проходили - 10,2%;
- 100% медицинских работников знакомы со своими профессиональными обязанностями;
- 19,4% испытывают положительное отношение пациентов, 60,2% - негативное;
- 65,3% показали, что пациенты не выполняют рекомендации врача полностью или частично, 19,4% ответили, что пациенты рекомендации выполняют ответственно;
- 62,2% указали, что не испытывают проблем с программами при ведении электронной медицинской документации, другая часть назвала проблемы плохого интернета, «зависания» программы, технические проблемы из-за которых на ведение документации уходит больше времени;

– 74,5% положительно отнеслись к нововведению в виде цифровизации здравоохранения, 10,2% - отрицательно, остальной процент опрошенных отметили свое отношение указав на технические проблемы программы;

– 88,1% отметили, что современный электронный формат является более удобным, 7,1% не согласились с этим мнением и указали традиционный бумажный;

– 63,3% респондентов посчитали, что история болезни пациента является важным доказательством оценки профессиональной деятельности, 29,6% с этим не согласны, остальные опрошенные имеют иную точку зрения при определенных условиях;

– на вопрос «Знакомы ли вы с видами медицинских уголовных правонарушений, содержащихся в главе 12 УК РК», 56,1% опрошенных лиц ответили, что не знакомы, 43,9% - знакомы;

– 73,5% опрошенным не преподавали основы уголовного законодательства, предусматривающие уголовную ответственность за медицинские уголовные правонарушения, 26,5% такой предмет изучали;

– 45,9% опрошенных считают, что необходимости в уголовной ответственности по ст. 317 УК РК не имеется, 38,8% выразили мнение о необходимости такой ответственности, остальной процент ответил, что необходима объективность в расследовании;

– в качестве первостепенного фактора, способствующего ненадлежащему выполнению профессиональных обязанностей 75,5% отметили социально-экономические факторы, 34,7% - субъективные (Приложение Б).

Результаты анкетирования формируют выводы, что медицинское сообщество проявляют высокую активность в обсуждении вопросов уголовной ответственности медицинского работника, выявлении условий и факторов, которые способствуют медицинским уголовным правонарушениям.

Необходимо обобщить, что большая часть опрошенных медицинских работников не знает положений Уголовного законодательства, которое регламентирует уголовную ответственность за медицинские уголовные правонарушения, и не изучала основы уголовного законодательства в процессе обучения. Больше половины опрошенной аудитории считает, что необходимости в уголовной ответственности за медицинские уголовные правонарушения по ст. 317 УК РК нет. Например, в области Абай медицинские образовательные учреждения на уровне высшего образования не преподают Медицинское право, Основы уголовного законодательства, Судебную медицину.

Логичным является вывод о том, что в медицинском сообществе преобладает низкое правовое сознание относительно уголовной ответственности за медицинские уголовные правонарушения. Образовательная программа по медицинским направлениям имеет упущения в правовой подготовке. Мы предлагаем внедрить в медицинские образовательные программы такие дисциплины как Медицинское право, Основы уголовного законодательства, Судебная медицина.

Эффективность перехода здравоохранения на электронный формат подтверждена большей частью опрошенной аудитории, которая указала, что электронный формат ведения медицинской документации является более удобным. Но при этом программа цифровизации здравоохранения не реализована в полной мере, существуют проблемы с «зависанием» программы, это свидетельствует о технической несовершенности медицинских программ, существует проблема плохого интернет-соединения, из-за которой медицинские работники тратят больше времени на ведение медицинской документации. Названные технические проблемы реализации медицинских электронным программ могут влечь за собой ряд других условий, которые прямо или косвенно влияют на качество оказания медицинской помощи.

Часть медицинских работников указала, что отношение пациентов к медицинским работникам в большей части является негативным, а сами пациенты не имеют приверженности к лечению и строго рекомендации врача не выполняют.

Похожий опрос проведен среди населения городского и сельского, который показал, что большая часть пациентов (58,1%) положительно относится к медицинским работникам и негативного отношения с их стороны не испытывали (67,7%).

61,3% пациентов ответили, что стараются выполнять рекомендации, но не всегда у них получается, 35,5% показали, что выполняют рекомендации врача строго и пунктуально.

В отношениях между врачом и пациентом существует явное противоречие, которое указывает на непонимание этих двух категорий лиц между собой, то есть существует определенного рода конфликтная ситуация.

90,3% опрошенных граждан считают, что первым фактором, оказывающим влияние на качество оказания медицинской помощи, является квалификация медицинского персонала. Второй фактор – качество диагностических исследований (45,2%), третий фактор – внимательное отношение со стороны медицинского персонала (38,7%), четвертый фактор – комплаентность (32,3%). Из-за чего часть респондентов считает, что необходимо повысить качество медицинского образования, соответствующее современным требованиям, исключить платное медицинское образование. При этом также считают необходимым повысить заработную плату медицинским работникам и повысить уровень технического оснащения медицинским оборудованием (Приложение В).

По статистическим данным информационного портала Qamqor.kz [75] по ст.317 УК РК количество зарегистрированных уголовных дел составляет в январе 2022 года – 13 уголовных дел, в феврале – 42, в марте – 65, в апреле – 87, в мае – 118, в июне – 139, в июле – 159, в августе – 174. Формирование этих данных происходит путем суммирования новых зарегистрированных уголовных правонарушений к имеющимся с начала 2022 года, поэтому создается мнимый рост количества уголовных правонарушений. Используя простые математические функции, во второй строке таблиц мы получаем

«чистые» показатели количества зарегистрированных уголовных дел по ст. 317 УК РК в разрезе каждого месяца (таблица 1).

Таблица 1 – Количество зарегистрированных уголовных дел по ст. 317 УК РК

Январь 2022 год	Февраль 2022 год	Март 2022 год	Апрель 2022 год	Май 2022 год	Июнь 2022 год	Июль 2022 год	Август 2022 год
13	42	65	87	118	139	159	174
«чистые» показатели							
13	29	23	22	31	21	20	15
Примечание – Общее количество зарегистрированных уголовных дел по статье 317 УК РК составляет – 189							

Рост и снижение количества зарегистрированных уголовных дел в рамках 8 месяцев 2022 года на территории РК происходит в следующих пределах: наименьшее количество зарегистрированных уголовных дел зафиксировано в январе – 13, наибольшее количество в мае – 31. Разброс составляет 18 уголовных дел. Средний показатель зарегистрированных уголовных дел в месяц составляет – 22 уголовных дела (таблица 2).

Таблица 2 – Данные за 12 месяцев 2021 года выглядят следующим образом

Январь 2021 год	Февраль 2021 год	Март 2021 год	Апрель 2021 год	Май 2021 год	Июнь 2021 год	Июль 2021 год	Август 2021 год	Сентябрь 2021 год	Октябрь 2021 год	Ноябрь 2021 год	Декабрь 2021 год
36	67	99	117	129	137	155	157	165	185	206	204
«чистые» показатели											
36	31	32	18	12	8	18	2	8	20	21	2
Примечание – Общее количество зарегистрированных уголовных дел по статье 317 УК РК составляет – 206											

Рост и снижение количества зарегистрированных уголовных дел в рамках 12 месяцев 2022 года на территории РК происходит в следующих пределах: наименьшее количество зарегистрированных уголовных дел зафиксировано в августе – 2, наибольшее количество в январе – 36. Разброс составляет 34 уголовных дела. Средний показатель зарегистрированных уголовных дел в месяц составляет – 17 уголовных дел.

При сопоставлении аналогичных периодов времени за 2022 и 2021 годы наблюдается рост регистрации уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК. За аналогичные периоды с января по август 2021 года – 157 уголовных дел, за 2022 года – 174. Динамика данного вида уголовного правонарушения указывает на рост регистрации – 10,82%.

С момента образования Абайской области, то есть 08 июня 2022 года, имеющиеся статистические данные недостаточны для криминологического анализа, поскольку содержат в себе данные только за июль 2022 года. За основу

были взяты данные по Восточно-Казахстанской области за последние 5 лет (таблица 3).

Таблица 3 – Данные по Восточно-Казахстанской области за последние 5 лет

Количество зарегистрированных уголовных дел по ст. 317 УК РК, январь-август							
2022 год							
Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август
13	3	5	6	10	11	10	7
2021 год							
4	4	4	5	6	10	11	11
2020 год							
1	2	4	4	1	4	6	8
2019 год							
1	3	6	10	6	6	7	5
2018 год							
6	10	12	15	16	10	12	9

Следующая таблица 4 с приведением процессуальных решений по уголовным делам за последние 5 лет по ВКО.

Таблица 4 – Процессуальные решения по уголовным делам за последние 5 лет по ВКО

Годы	2018	2019	2020	2021	2022
Направлено в суд с обвинительным заключением	0	0	1	0	0
Вынесен обвинительный приговор	0	0	1	0	0
Вынесен оправдательный приговор	0	0	0	0	0
Прекращено по реабилитирующим основаниям	12	3	2	6	1
Прекращено по не реабилитирующим обстоятельствам	1	1	1	1	0
Возвращено судом на дополнительное расследование	0	0	0	0	0

Приведенные числовые значения могут дать понимание того, на каком уровне находится расследование медицинских уголовных правонарушений. Процент уголовных дел по ст. 317 УК РК, направленных в суд с обвинительным актом, не превышает 1% за последние 5 лет по Республике. По 10% уголовных дел принято решение о прекращении уголовного дела. Это означает, что оставшийся процент уголовных дел находятся в «подвешенном состоянии», то есть по ним не принято одно из двух названных процессуальных решений, производство по ним приостановлено. Из сказанного логически вытекает вывод о том, что путем изучения уголовных дел, по которым «поставлена» точка, можем вывести только часть причин и условий, которые способствовали совершению медицинских уголовных правонарушений. В части остальных уголовных дел этого сделать невозможно. Изучение причин и условий требует масштабного исследования, которое не предполагает

настоящее диссертационное исследование, поскольку это не является его задачей.

Тем не менее, путем анализа уголовных дел, по которым вынесен обвинительный приговор, можно выделить личность медицинского работника, совершившего медицинское уголовное правонарушение. По половому признаку это в основном лица женского пола – более 90%.

В зависимости от медицинской специализации в основном это хирурги, анестезиологи, гинекологи, акушеры и врачи скорой помощи. Это связано с тем, что данная категория врачей выполняет свои обязанности в экстренных условиях, то есть в условиях, когда пациенту требуется быстрое и оперативное вмешательство, вызванное, например, неправильной диагностикой, лечением на более ранних этапах предоставления медицинской помощи или резким острым ухудшением пациента и другим. В таких случаях нет возможности созвать консилиум для принятия решения и выбора методики лечения, то есть из-за отсутствия большего времени и опыта врача это может привести к негативным исходам и дефектам оказания медицинской помощи. В таких случаях всегда присутствуют риск, который может быть не оправдан и привести к уголовной ответственности.

Единичными на практике являются случаи привлечения к уголовной ответственности врачей общей практики и других специалистов. Чаще всего это случаи, связанные с предоставлением медицинской услуги в сельской местности, где развитию здравоохранения не уделяется должного внимания. В последние годы участились случаи обращения граждан в отношении врачей, которые предоставляют услуги пластической хирургии, в результате которых наступили негативные последствия.

Выводы по разделу:

1. Принятие Уголовного кодекса РК от 04 июля 2014 года и выделение в Особенной части Главы XII «Медицинские уголовные правонарушения» исторически обусловлено. Выделены этапы развития, дан анализ деятельности медицинского работника, найдены характерные групповые и видовые признаки. Проведенную законодателем работу по систематизации норм Особенной части Уголовного кодекса считаем прогрессивным шагом.

2. Законодательное закрепление и обеспечение надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан также прошло несколько этапов развития с момента обретения страной независимости в 1991 году.

3. Международные стандарты и требования в области охраны здоровья закономерно обусловили развитие здравоохранения в Республике, использование положений международных нормативных актов положительно повлияло на повышение качества оказания медицинской помощи. При всех имеющихся положительных моментах существует ряд проблем, которые необходимо разрешить для полного и точного соответствия международным стандартам. Правовая регламентация отношений в сфере здравоохранения как

индикатор определяет круг интересов и правовые границы медицинской деятельности.

4. Источниками формирования криминалистической характеристики, имеющей значение для успешного расследования уголовных дел по медицинским уголовным правонарушениям, предусмотренным ст.317 УК РК, является уголовно-правовая и криминологическая характеристики.

5. Значение уголовно-правовой характеристики заключается в правильности выделения элементов состава медицинского уголовного правонарушения, правильности применения норм уголовного законодательства в процессе квалификации. Процесс квалификации представляет собой логический процесс, который обусловлен правильным изучением обязательных и факультативных признаков каждого элемента состава уголовного правонарушения для выбора нужной части ст. 317 УК РК.

6. Изучение уголовного правонарушения с криминологической точки зрения имеет значение для расследования уголовного дела в целом путем выделения и детализации структурных элементов криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения. Установление причин и условий, как элемента криминологической характеристики, является одной из задач расследования уголовного дела, поскольку в порядке ст. 200 УПК РК следователь вправе внести представление по устранению обстоятельств, способствовавших совершению уголовного правонарушения и других нарушений закона.

7. Дальнейшие криминологические исследования в рамках досудебного производства по уголовному делу дают возможность следователю тщательно изучить состояние, динамику, структуру медицинских уголовных правонарушений, личность подозреваемого лица, личность потерпевшего и выработать меры по профилактике и предупреждению медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК.

2 КРИМИНАЛИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ УГОЛОВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ

2.1 Содержание частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

Криминалистическая методика досудебного расследования уголовных правонарушений является заключительным разделом науки криминалистики и отражает основные ее положения в области общей теории, криминалистической техники и тактики, а также учитывает достижения различных областей научного знания. Например, естественных, технических, и т.п. По существу, это квинтэссенция науки криминалистики – совокупность ее рекомендаций, которая необходима для органов досудебного расследования в целях содействия организации рациональной и эффективной работы по уголовным делам [76].

Еще в 1966 году Р.С. Белкин написал, что методика расследования отдельных видов преступлений представляет собой часть науки криминалистики. Она разрабатывает наиболее эффективные, основанные на строжайшем соблюдении социалистической законности, методы раскрытия, расследования и предупреждения преступлений. Это объяснение имеет ярко выраженный характер советского времени, поэтому отбросив идеологические слова и определения, не относящиеся к самой криминалистике, можно получить правильное определение в «сухом остатке».

В настоящее время в Казахстане отсутствуют полноценные частные методики досудебного расследования уголовных правонарушений против основ конституционного строя и государственной безопасности, в области информатизации и связи, в сфере экономической деятельности и медицинских правонарушений. Некоторые существующие криминалистические методические рекомендации не являются общедоступными, так как они предназначены для служебного пользования.

С одной стороны, упомянутые общественно опасные деяния чаще носят скрытый характер и не являются распространенными, поэтому органы уголовного преследования в лице следователей, оперативных сотрудников, специальных прокуроров испытывают трудности с выявлением, раскрытием и досудебным производством.

С другой стороны, некоторые уголовные правонарушения вызывают опасения со стороны граждан, находящихся в неведении, и, поэтому повышается актуальность диссертационного исследования с целью выработки общих и частных методик досудебного расследования, в частности, частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК.

Досудебное расследование уголовных правонарушений является кропотливой умственной деятельностью, так как особое единичное преступное событие требует внимания, терпения и ограниченного времени для сбора

доказательственной и иной следовой информации, необходимой для привлечения к уголовной ответственности причастного лица или доказывания обратного. Индивидуальность каждого преступного события обуславливает сознательный выбор методов досудебного расследования, применения разработанных алгоритмов следственных, негласных следственных и процессуальных действий, принятие тактического решения по выбору криминалистической тактической операции, комбинации и приемов.

В свое время В.Е. Корноухов выразил свое согласие с Н.А. Селивановым и определил, что методика расследования отражает типичный процесс, который обусловлен рядом признаков. Первый признак: методика включается в систему деятельности следователя, условия которого являются неидентичными для другого, поэтому она требует адаптации к другим условиям другого следователя, она по сути типична, поэтому не может совпадать с процессом расследования по разным делам. Второй признак: целевая направленность, обусловленная предметом доказывания. Третий признак: методика складывается из системы тактических задач и операций [77].

Коллектив авторов во главе с Р.С. Белкиным отметил, что право, практика и наука образуют исчерпывающий перечень источников криминалистической методических рекомендаций, на основе которых происходит формирование криминалистической методики в соответствии требованиями законности и нравственности. Все исходные данные для разработки частных криминалистических методик можно разделить на две группы. Первая группа включается в себя деятельность по раскрытию, расследованию и предупреждению любого вида преступления, что способствует разработке типичных следственных ситуаций, формулированию типичных следственных версий, определению круга типичных доказательств и ориентиров для установления виновного. Эта группа требует соответствия принципам и целям уголовного процесса. Вторую группу исходных данных составляют результаты изучения преступной деятельности. К ним относят способы совершения, сокрытия преступления, информацию о личности типичного преступника, типичной жертвы преступления, типичные обстоятельства, способствующие совершению преступления. Вторая группа предполагает взаимодействие с органами дознания, специалистами и экспертами, которые вырабатывает типичные формы взаимодействия [78].

Из вышеупомянутых мнений и обсуждений можно сделать вывод, что типичность, целевая направленность, принципиальность, регулярность, познавательность, системность, ситуативность и творческий подход являются основными характеристиками криминалистической методики, применяемой для досудебного расследования уголовных правонарушений, в том числе и медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК РК.

Медицинское уголовное правонарушение - это один из видов криминальной деятельности, оно ограничено определенным временем и пространством, представляет собой сложную систему взаимосвязанных и взаимозависимых явлений и сущностей по поводу осуществления медицинской

деятельности по формуле «медицинский или фармацевтический работник – медицинская услуга/медицинская помощь – пациент».

Применительно к медицинским уголовным правонарушениям, предусмотренным ст. 317 УК РК, существенной особенностью понятия «Частная методика досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения» является то, что оно представляет собой систему познавательной деятельности следователя, направленную на досудебное раскрытие, расследование и предупреждение медицинских уголовных правонарушений, обусловленную установлением объективной истины и предметом доказывания, основанную на принципах уголовного процесса. Эта деятельность складывается из системы криминалистических тактических задач, операций и приемов, основанных на разработке типичных следственных ситуаций, формулировании типичных следственных версий, определении круга установления и доказывания типичных доказательств и ориентиров для персонификации виновного лица, а также изучении принципов, стандартов и правил оказания медицинской помощи и услуги, личности медицинского работника и пациента. Криминалистическая методика досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения может учитывать и быть адаптированной к служебной деятельности следователя в зависимости от условий работы, региона, творческого применения законов техники в новых следственных ситуациях.

Криминалистические методики досудебного расследования видов и групп уголовных правонарушений включают в себя криминалистическую характеристику уголовного правонарушения.

При формировании методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения необходимо учитывать материальные источники права. К ним относятся положения уголовного права и уголовного законодательства, в частности глава 12 Особенной части УК РК. Для следователя это руководство определяет конкретный составной элемент и является стратегической целью для закрепления следовой информации в материалах уголовного дела. При определении объективной и субъективной стороны правонарушения следователь применяет положения социально-правовой науки – криминологии. Основываясь на криминологических характеристиках, следователь анализирует причины, условия и обстоятельства совершения правонарушения. Результатом мыслительной деятельности следователя по уголовному делу является идея устранения тех причин и условий, которые способствовали совершению уголовного правонарушения, в виде внесения представления. Затем данное представление органа предварительного следствия направляется всем заинтересованным и вовлеченным лицам по уголовному делу для немедленного реагирования и принятия действий по устранению обстоятельств, которые явились причиной содеянного. Невозможно провести грань между содержанием уголовно-правовой характеристики правонарушения и уголовно-процессуальной формой. Уголовно-процессуальная форма – это внешняя сторона уголовного дела,

которую следователь реализует в составленных уголовно-процессуальных документах. Криминалистическая характеристика уголовного правонарушения – составляющий элемент методики досудебного расследования. Мы поддерживаем точку зрения Е.А. Ануфриевой о том, что «...знание криминалистической характеристики позволяет лучше уяснить сущность конкретного изучаемого события, что особенно важно на этапе проверки сообщения о преступлении и первоначальном этапе расследования в условиях дефицита информации» [79].

Надо отметить, что это является внутренним содержанием уголовного дела и перспективным процессом реализации криминалистической методики при расследовании медицинского уголовного правонарушения и в последующем направлении уголовного дела в суд, либо принятия объективного процессуального решения. Например, прекращение уголовного преследования по реабилитирующим основаниям.

Действующий уголовно-процессуальный кодекс не содержит стадии возбуждения уголовного дела с 2014 года на территории РК, так как введен в практическую работу Единый реестр досудебных расследований, который предполагает одновременную регистрацию и присвоение каждому случаю номера уголовного дела. Это единственное отличие, которое исключает из методики досудебного производства такой элемент как возбуждение уголовного дела. Следователь, получив материалы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи или услуги не проводит доследственной проверки, а начинает досудебное расследование по уголовному делу. Перед следователем предстает вся имеющаяся следовая информация, которая требует анализа и систематизации.

Сведения о предмете уголовного правонарушения составляют стандарты в области здравоохранения. Они устанавливают 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.

Независимые экспертизы качества медицинских услуг или помощи от уполномоченных органов проводятся в целях вынесения заключения об уровне качества оказываемых медицинских услуг или помощи, предоставляемых субъектами здравоохранения, с использованием индикаторов, отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия оказываемых медицинских услуг или помощи стандартам. Независимые экспертизы выделяют предмет и средства преступного посягательства.

В заключениях экспертизы содержатся данные о времени обращения пациента, состоянии здоровья в момент поступления, анамнезе, процедурах, которые пациент получил, описании действий врача, а также нарушения, которые были выявлены в ходе осуществления им медицинской практики. Заключение, в котором указаны нарушения является основанием для обращения в правоохранительные органы. Наличие самих нарушений не является основанием для привлечения лица к уголовной ответственности за

медицинское уголовное правонарушение, но служит основанием для проведения досудебного производства с целью установления истины по делу, то есть входит в предмет доказывания по уголовному делу о медицинском правонарушении. Отправной точкой является факт наступления негативных последствий для пациента, когда он имеется, то теперь необходимо полноценное, всестороннее, объективное исследование всех обстоятельств их наступления. Сам факт негативного исхода есть начало, от которого происходит формирование «Таблицы доказательств и доказательственных фактов». Вся следовая информация, имеющаяся на начальном этапе расследования медицинского уголовного правонарушения, при внесении в названную таблицу в качестве составляющих элементов в криминалистическую характеристику визуализируется и коррелируется, тем самым, облегчая восприятие для установления дальнейших взаимосвязей с другими составляющими.

Практический опыт досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений характеризуется следующим. Так, в момент получения материалов уголовного дела, следователю доступна информация только о лице, которое обратилось по факту негативного исхода в результате медицинского обслуживания. Этим лицом может как сам пациент, так и родственное пациенту лицо, либо его законный представитель. Пояснения этого лица предоставляют информацию о медицинском учреждении, в которое обратился пациент, место нахождения этого медицинского учреждения, времени и совокупности условий обращения в медицинское учреждение. К таким условиям можно отнести обстановку, в которой пациент принял решение об обращении, сложившуюся следственную ситуацию в момент обращения, место обращения, состояние пациента в момент обращения, временные промежутки прибытия кареты скорой помощи и другое.

Чаще всего все материалы по обращениям в отношении медицинского учреждения и медицинских работников сопровождаются заключениями экспертизы качества оказания медицинской помощи и сопроводительными письмами из уполномоченных контрольных и надзорных органов. К таким органам относятся региональные подразделения Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения РК [80], региональных подразделений Прокуратуры. Изучение сопроводительных документов позволяет воссоздать хронологию «движения» материалов через инстанции до поступления их к регистрации в ЕРДР.

Случаев прямого обращения граждан в полицию для принятия уголовно-процессуальных мер о начале досудебного расследования в отношении медицинского учреждения или медицинских работников практически нет или они имеют единичный характер. Это связано с тем, что в компетенцию ОВД или следственных подразделений полиции не входит оценка качества медицинской или фармацевтической деятельности. Однако, следственные подразделения полиции обязаны рассмотреть любые обращения в соответствии

с Указаниями Генеральной Прокуратуры РК о порядке регистрации обращений и заявлений и принять соответствующие меры [81].

Результатами анкетирования врачей и других медицинских работников получены сведения о том, что врач при оказании медицинской помощи руководствуется своими профессиональными обязанностями. 96,7 % респондентов указали, что знакомы со своими профессиональными обязанностями, остальные 3,3% процента медицинских работников дали аналогичные ответы с небольшими пояснениями. Это обстоятельство указывает на то, что каждый медицинский работник, задействованный в лечебном и диагностическом процессах, понимает, какие профессиональные функции необходимо выполнить. Нам представляется, что способ совершения медицинского уголовного правонарушения заключается в несоблюдении требований о надлежащем выполнении профессиональных обязанностей и может выразиться как действием, так и в бездействии. Невыполнение профессиональных обязанностей означает отказ от выполнения профессиональных обязанностей, ненадлежащее выполнение – это выполнение профессиональных обязанностей некачественно, с нарушением требований, предъявляемых к их выполнению. В последующем, на наш взгляд, ведомственные и надзорные контролирующие должностные лица медицинских учреждений этим умело манипулируют и в последующем в следственный отдел полиции порой предоставляют фальсифицированный документ.

Для иллюстрации способа совершения медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК, приведем в виде примера приговоры судов.

Согласно приговора суда №2 города Атырау от 20 сентября 2018 года в отношении врача хирурга гр. К. установлено, что врач гр. К. в ходе проведения хирургической операции по удалению желчного пузыря методом лапароскопической холицистоэктомии ненадлежаще выполнил профессиональные обязанности, то есть вследствие небрежного и недобросовестного отношении к ним, по неосторожности повредил желчный проток у больной гр. С., хотя при должной внимательности и предусмотрительности не должен был допустить этого, выписал больного в неудовлетворительном состоянии, в после операционном периоде не своевременно диагностировал возникшие осложнения, также несвоевременно уведомил руководство больницы, которое в дальнейшем привело тяжкий вред здоровью гр. С. Судом были выделены тактические упущения со стороны врача гр. К. в следующем: в послеоперационном периоде у больной не брали никаких анализов, что является недопустимым при такой патологии; накануне перед выпиской у больной была субфебрильная температура, на что не было обращено внимания лечащим врачом; перед удалением дренажной трубки, на вторые сутки после операции, не было сделано УЗИ брюшной полости, что могло бы своевременно диагностировать осложнения у больной гр. С. В данном конкретном случае при проведении операции от 03.06.2015 года, врачом хирургом гр. К., допущено повреждение общего печеночного потока, что

является дефектом оказания медицинской помощи, что в свою очередь привело к дальнейшему ухудшению состояния гр. С. [82].

По приговору Байконырского городского суда Кызылординской области от 19 ноября 2018 года в отношении врача акушера-гинеколога гр. Т. по факту смерти новорожденного ребенка установил в качестве способа совершения медицинского уголовного правонарушения: неправильное определение срока гестации беременной (пациентки), недооценку акушерского анамнеза и объективного состояния, неадекватное ведение беременной (пациентки); неадекватные клиничко-лабораторные обследования беременной (пациентки); некорректное оформление отказа от госпитального лечения при первичной госпитализации; неадекватное ведение роженицы (пациентки) на втором госпитальном этапе. Небрежное отношение врача гр. Т. к своим профессиональным обязанностям лечащего врача состоит в прямой причинной связи со смертельным исходом новорожденного.[83]

В приведенном примере общим способом совершения медицинского уголовного правонарушения является ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, несоблюдение правил и стандартов оказания медицинской помощи, которые повлекли негативные последствия.

Способ совершения медицинского уголовного правонарушения обусловлен преступной самонадеянностью и преступной небрежностью. Медицинский или фармацевтический работник не ставит перед собой цель причинить вред пациенту, что подтверждается социологическим опросом. Общее правило о наличии мотива в умышленных уголовных правонарушениях не может быть применено в отношении совершения уголовных правонарушений по неосторожности, к которым относится состав, предусмотренный ст. 317 УК РК. Думается, что медицинский или фармацевтический работник, совершая медицинское уголовное правонарушение не ставит перед собой целью ненадлежащим образом и некачественно выполнить свои профессиональные обязанности. Он руководствуется своими личными интересами: уйти пораньше с работы, отдохнуть, не вкладывать больших усилий в работу, соизмеряет оплату труда со своей нагрузкой, перекладывает обязанности на другого медицинского работника, не желает повышать свой профессиональный уровень и другое. Таким образом, на наш взгляд, налицо типичное халатное отношение к своим обязанностям и отсутствие стремления выполнять свои профессиональные добросовестным образом.

Соккрытие следов преступной деятельности как элемент криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения требует тщательного автономного изучения. Самым распространенным способом сокрытия является внесение в медицинскую документацию сведений, отображающие правильный ход ведения пациента. В настоящее время реализуется программа цифровизации здравоохранения и медицинские работники используют электронные программы. Например, Дамумед, КМИС и другие. По результатам опроса 89.1% из числа респондентов

ответили, что современный электронный формат ведения медицинской документации является более удобным для них. 52,2% процента опрошенных оценили свои навыки владения компьютером как высокие, 46,7% обладают средними навыками. В числе медицинских работников, которые обладают низкими навыками владения компьютером – 1,1%. Такими показателями в определенной степени обусловлен переход системы здравоохранения на электронный формат ведения медицинской документации.

В прошлом ведение медицинской документации осуществлялось традиционным способом на бумажных носителях. Досудебное расследование уголовных дел о медицинских преступлениях попутно предполагало изучение историй болезни на предмет их фальсификации. Характерными способами фальсификации документов, в том числе и историй болезни были: подчистка, подтирка, дописка, исправление записей и другие. Для выявления подобных следов сокрытия преступления назначается технико-криминалистическая экспертиза документов. Электронный формат ведения истории болезни с точки зрения специалистов в сфере информатизации и компьютеров не является гарантией защиты данных уже внесенных.

Внесение ложных данных и исправление возможно на всех этапах лечения, пока электронная история болезни пациента не закрыта. Момент наступления негативных последствий для пациента может возникнуть раньше закрытия истории болезни. Этот фактор создает условия для сокрытия следов преступного посягательства самим врачом и медперсоналом путем внесения изменений в историю болезни или ее написания в «идеальном» виде. Последний вариант сокрытия вызван тем, что медицинские врачи испытывают высокую нагрузку из-за нехватки медицинских кадров. В таких случаях врач, заполняющий историю болезни, не может уделить полноценное время для ее заполнения. С одной стороны, заполнение истории болезни отнимает время от лечебной деятельности, с другой стороны является обязательным атрибутом медицинской практики. Среди опрошенных медицинских работников 72% показало, что существует проблема нехватки медицинских кадров. 70% медицинских работников показало, что оценивают уровень своей нагрузки высоко. Относительно уровня оплаты труда 8,7% врачей показали, что уровень высокий, 59,8% – средний, 31,5% – низкий. Такими показателями можно объяснить отчасти формальный подход к ведению истории болезни, к примеру, наличие формальных и шаблонных записей, повторяющихся изо дня в день. Кроме того, существуют проблемы технического характера: «зависание» и сбои программы, низкая скорость интернета.

Полученные нами данные опроса и интервьюирования могут дать также противоположный вывод о том, что врачи могут неосознанно, то есть «по привычке» скрывать криминальную следовую информацию своей преступной деятельности, используя шаблонные записи в историях болезни пациентов. О способах выявления следов подобного сокрытия будет изложено далее в разделе применения научных и специальных знаний, используемых в ходе досудебного расследования.

Еще одним способом сокрытия следов является использование корпоративной солидарности медицинского сообщества, основанного на принадлежности к медицинской и фармацевтической деятельности, родственных узах, дружественных отношениях, обучении в одном медицинском образовательном учреждении, общих спортивных интересах, неформального времяпровождения в виде рыбалки и т.п. Этот вид сокрытия находит свое подтверждение в материалах уголовного дела по заявлению гражданки Исеновой К.А. [84] и по сути является противодействием процессу досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения.

Такая форма противодействия досудебному расследованию уголовного дела предполагает активное участие медицинского работника в личных интересах и действие по уклонению от уголовной ответственности. Она сложна по своей структуре и трудно доказуема, ее специфика заключается в том, что виновное лицо находит пути установления преступной связи с узкими специалистами и экспертами, которые проводят экспертизы качества оказания медицинских услуг. Способами преодоления этого противодействия могут выступать ряд следственных и процессуальных действий, в том числе и негласные следственные действия в составе тактических операций и комбинаций.

По следующему элементу сокрытия криминальной деятельности приведем мнение Г.К. Курашвили: «соблюдение законности и обеспечение гарантии прав граждан неразрывно связано с изучением следователем личности человека, привлекаемого к уголовной ответственности» [85]. В связи с этим криминалистика имеет свой специфический подход к изучению личности. К нему можно отнести изучение строения тела, папиллярных узоров пальцев и рук, особых примет: шрамов, строения зубов, наличие косоглазия и т.п. С точки зрения криминалистической характеристики в целях объективного досудебного расследования специалиста-криминалиста больше интересуют криминологические свойства личности субъекта преступления в лице медицинского или фармацевтического работника. Криминологические свойства личности медицинского работника являются строительным источником формирования элементов уголовно-правовой характеристики, которая служат связующим звеном в построении общей картины медицинского уголовного правонарушения. Мы придерживаемся точки зрения о том, что установление взаимосвязи между элементами криминалистической характеристики определяет ход и правильное направление досудебного расследования уголовного дела. Поэтому согласимся с мнением В.К. Гавло о том, что «...личность преступника надо изучать как слеодообразующий объект, источник информации о совершенном преступлении ...» [86].

Медицинский или фармацевтический работник по медицинским уголовным правонарушениям — это кадровый квалифицированный медицинский работник, имеющий соответствующее высшее или средне-специальное медицинское образование соответственно. Результаты анкетирования характеризуют следующее: деятельность медицинского работника зависит от

его специализации. Например, врачи общей практики, анестезиологи, акушеры, гинекологи, невропатологи, терапевты, педиатры, окулисты и т.д. В зависимости от вида специализации на медицинского работника возлагаются узкие профессиональные обязанности и при этом устанавливается объем полномочий, свойственных данному медицинскому работнику. Например, хирург, устанавливая свой диагноз пациенту не должен давать рекомендации по лечению кожных заболеваний. Лечение кожных заболеваний занимается дерматолог.

На наш взгляд, изучение личности медицинского работника должно быть начато с изучения его функциональных и профессиональных обязанностей. Для этого требуется выемка документов о трудовой деятельности, документов, устанавливающих его функциональные и профессиональные обязанности, сертификатов, подтверждающих квалификацию и её повышение и т.п. Более подробно изучение личности медицинского работника описано далее в разделе тактических операций. В этом же разделе описаны методы изучения субъективных характеристик личности медицинского работника, среди которых могут выступать цели и мотивы.

Еще одним элементом криминалистической характеристики является изучение личности потерпевшего, который является жертвой уголовного правонарушения, то есть пациентом, получившему неправильную и некачественную медицинскую помощь или услугу. Изучение личности пациента происходит с целью установления такого факта, как комплаентность, то есть приверженности к лечению, что прямо связано и влияет на результат медицинского лечения. Это можно достичь путем производства допроса и выемкой медицинской документации, которая находится в наличии у пациента: выписки, рецепты и т.д. Посредством изучения личности пациента можно также установить хронологию обращения его в медицинские учреждения, отношение медицинского персонала к нему как к пациенту и другое.

2.2 Типичные следственные ситуации, возникающие в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

В ходе досудебного расследования уголовных правонарушений возникают объективные обстоятельства, которые определяют потребность выбора направлений деятельности прокурора, следователя, оперативного работника. Восприятие условий, создающих обстановку, в которой они действуют, позволяет определить задачи, требующие решения, выбрать виды процессуальных и организационных действий, тактику и последовательность их выполнения для достижения цели уголовного производства.

Разработка системы методических криминалистических рекомендаций традиционно осуществляется относительно конкретной следственной ситуации или определенной их группы. Поэтому важно очертить круг типичных следственных ситуаций, которые чаще всего возникают на момент начального этапа расследования медицинских уголовных правонарушений.

Общеизвестно, в науке криминалистике выделяют такое понятие, как следственная ситуация. В семантическом значении ситуация – это совокупность обстоятельств, положение, обстановка.

М.П. Яблоков и Т.С. Волчецкая под ситуацией в общеметодологическом значении понимают «... обстановку, положение, которые возникли в результате стечения любых обстоятельств», в прикладном аспекте – «обстановку, которая оценивается субъектом для принятия решения при ее оптимальной трансформации», а с познавательных позиций – «... состояние ее составляющих компонентов в конкретно определенный момент (срез) времени» [87].

Термин «следственная ситуация» ввел в научный оборот и впервые определил в 1967 году Н. Колесниченко, понимая под следственной ситуацией «определенное положение в расследовании уголовных правонарушений, характеризуемое наличием тех или иных доказательств и информационного материала и конкретными задачами его собирания и проверки, возникающие в связи с этим». Однако наибольший интерес понятие «следственная ситуация» вызвало в середине 60-х и начале 70-х годов прошлого столетия в связи с активизацией исследований криминалистической методики, которые обнаружили ключевое значение проблемы следственных ситуаций для построения отдельных криминалистических методик [87, с. 213]. Довольно подробную характеристику развития, внедрения и становления понятия «следственная ситуация» в теории криминалистики определил В.К. Гавло [86, с. 265].

Между тем в криминалистической науке отсутствует единый подход к пониманию понятия, сути, содержания, наполненности и видов следственных ситуаций, о чем среди криминалистов продолжают постоянные споры в научных кругах.

Коллектив авторов во главе с В.В. Мозяковым утверждает: «... понятие следственной ситуации кажется простым и интуитивно абсолютно понятным. Но именно вокруг него на протяжении нескольких десятилетий продолжается острая дискуссия. Дело в том, что это не теоретический вопрос, на котором ученые мужи оттачивают свое мастерство. Его решение существенно влияет на практику, поскольку влияет на организацию и оценку расследования. Работая над делом, следователь постоянно сталкивается с рядом реальных фактов, но лишь некоторая их часть касается расследуемого правонарушения» [88].

Так, ученые-криминалисты разделились по этому поводу на три «лагеря». Одни считают, что следственная ситуация – это «... совокупность условий, в которых в данный момент осуществляется расследование правонарушения» [89], «... существующая в конкретный момент объективная реальность, в условиях которой действует следователь» [90], «... объективное статико-динамическое состояние реальности на определенный момент расследования правонарушения» [91], «... статическая на определенный промежуток времени Социально-правовая реальность, в условиях которой происходит деятельность из раскрытия и расследования уголовных правонарушений» [92], «... сочетание

условий и обстоятельств на любом этапе досудебного расследования уголовного дела о правонарушениях, которые способствуют быстрому и полному их раскрытию и расследованию, или наоборот» [93], «... характеристика условий, в которых протекает процесс расследования» [94], «... системное, сложное, многокомпонентное образование, содержание которого составляют различные условия, обстоятельства, факторы, определяющие обстановку процесса расследования на определенном его этапе и имеют значение для выбора и реализации оптимальных приемов, методов и средств» [95], и др.

Другие авторы под понятием «следственная ситуация» понимают «... информационную модель, которая сформировалась у субъекта расследования (доказывания) на основе познания реальных условий расследования» [96], «... информационную модель реальных ситуаций», «мысленную динамическую модель, отражающую информационно-логическое, тактико-психологическое, тактико-управленческое и организационно-структурное положение, возникшее по уголовному делу и характеризующее благоприятный или неблагоприятный характер процесса расследования» [97].

Что же касается третьей группы ученых, то они пытаются совместить объективный подход с информационным. Так, Л.В. Веницкий отмечает, что «...следственная ситуация – это, с одной стороны, объективная реальность (материальные и идеальные источники), а с другой, – познанная субъектом доказывания объективная реальность, что существует на данный момент». По их мнению, неопознанная материальная реальность содержит потенциальную информацию о событии правонарушения, для введения в процесс доказывания которой необходим субъект познания, который исследует ее и сформирует следственную ситуацию, которая составляет познавательную проблему. Поэтому в познавательно-материалистическом аспекте следственная ситуация – это оценочная совокупность материальных и идеальных источников, которые возникают на конкретный момент расследования и обуславливающих выбор следователем соответствующего тактического решения для достижения промежуточных задач или конечной цели – установления истины по делу. То есть следственная ситуация – это «...познанная следователем совокупность условий, в которых в данный момент осуществляется расследование» [98].

Интересным, на наш взгляд, является трактовка и разъяснение анализируемого понятия В.А. Снетковым: «... ситуация – это реальное положение материальных вещей, явлений, событий и фактов, с которыми сталкивается субъект в практической деятельности. Ситуация существует при наличии лишь познающего субъекта. Совокупность материальных предметов, их состояние и связь между собой образуют лишь материальную обстановку – «следовую картину» взаимодействия вещей и людей, которое содержит потенциальную информацию «считать», «извлечь ее и сделать полезной для себя, то есть актуализировать может только субъект. Поэтому ситуация является категорией субъективной».

М.В. Салтевский приходит к выводу что «... следственная ситуация – это совокупность актуализированной субъектами уголовного процесса доказательственной информации, отраженной в материальной обстановке события правонарушения» [99].

В криминалистической литературе следственную ситуацию интерпретируют в широком и узком значениях. Ученые утверждают, что в широком понимании под следственной ситуацией надо понимать совокупность всех условий, которые влияют на расследование и определяют его особенности. В узком смысле следственная ситуация – это «... характеристика информационных данных, что имеет следствие на конкретном этапе расследования», которые в каждом отдельном случае расследования на конкретный момент являются разными для успешного и эффективного расследования. Последний подход, по их мнению, является практически более значимым.

В.П. Бахин трактует следственную ситуацию как «... совокупность данных о событии правонарушения и обстоятельств, характеризующих условия (обстановку) его расследования на конкретном этапе, обуславливают выбор средств и методов установления истины по делу» [100].

Кроме того, приведем позицию коллектива авторов во главе с В.В. Мозяковым, которые выделяют три подхода к определению следственной ситуации. Первый подход предполагает, что следственная ситуация – это совокупность информации, которая имеет значение для расследования и имеющаяся в распоряжении следователя на определенный момент расследования. В данном случае объективной составляющей придается основное значение, субъективная практически сводится к нулю. Из второго подхода следует, что следственная ситуация – это совокупность условий или обстановка. При этом объективный и субъективный моменты примерно равны. В третьем подходе «...субъективный момент значительно расширен, так как компонентом следственной ситуации считается даже оценка и определение ее характера» [101].

Несмотря на все считаем, что наиболее удачно систематизировала очерченные подходы к понятию «следственная ситуация» Е.Б. Литовченко, которая утверждает, что дефиниции, которые существуют в криминалистической литературе, целесообразно раскрывать по следующим основаниям: по содержанию (обстановке, возникшей на определенном этапе расследования; совокупности фактических данных; условий, в которых проходит процесс доказывания; совокупности существенной для расследования информации; мнимой динамической моделью), по пониманию (в широком и узком смысле); по форме существования (объективной, субъективной); по характеру (внешнему, внутреннему, смешанному) [102].

Учитывая семантическое значение понятия «ситуация», правильнее говорить о следственной ситуации как о совокупности обстоятельств, состоянии, обстановке, в которых осуществляется расследование, а не как об информационной модели, поскольку последняя в таком случае должна была бы

называться следственной моделью, хотя, как своеобразную модель можно рассматривать типичную следственную ситуацию. Несмотря на это, информационный подход не вполне отражает содержание анализируемого понятия, потому что является односторонним и слишком формализованным. Досудебное расследование как деятельность не существует само собой и не является оторванным от реальности: оно осуществляется в реальных условиях времени и в реальном месте с реальными людьми и в реальной обстановке, поэтому следственная ситуация отражает реальность, в которой проводится расследование уголовного правонарушения. Однако следственная ситуация формируется под влиянием совокупности ряда условий и обстоятельств, которые соответственно образуют определенную обстановку, состояние. Эти условия постоянно меняются, но именно от субъекта расследования зависит в основном, как именно и как часто будет меняться следственная ситуация, поскольку он, оценивая ее, принимает возможные и необходимые, по его мнению, меры для успешного расследования, то есть изменения ситуации на благоприятную, вплоть до окончания досудебного расследования и выполнения возложенных на него задач, поэтому следственная ситуация не является устойчивой категорией. Однако вполне понятно, что следственная ситуация как обстановка, реальность как таковая содержит информацию о состоянии этой обстановки, о ее составляющих и взаимосвязях между ними, поэтому задача следователя – выделить эту информацию, «отфильтровать» значимую и использовать ее для расследования.

Обычно за объект и основание типизации следственных ситуаций избирается элемент, касающийся компонента информационного характера, а именно: наличие информации о событии и его участниках.

Дискуссионной является позиция И.Ф. Герасимова и Л.Я. Драпкина, которые утверждают, что «... типичные следственные ситуации являются результатом ситуационного обобщения определенной категории уголовных дел и построения типовых моделей, описывающих существенные признаки, общие для определенной классификационной группы конкретных ситуаций» [103].

Наиболее правильной, на наш взгляд, является трактовка типичной следственной ситуации, осуществленная Р.Л. Степанюком, согласно которому типичная следственная ситуация «... сформулирована на основании анализа практики расследования определенной категории уголовных правонарушений отвлеченная искусственная модель, которая отражает состояние имеющейся у следователя информации об обстоятельствах правонарушения и обстановку, сложившуюся на соответствующем этапе расследования» [104].

Кроме того, Р.Л. Степанюк осуществил разделение оснований в виде информационных компонентов для типизации следственных ситуаций на два блока:

- 1) сведения об отдельных обстоятельствах правонарушения. Например, лицо, совершившее преступление; способ совершения уголовного правонарушения; оставленные следы уголовного правонарушения; предмет

посягательства и размер причиненного преступлением вреда; связь с другими уголовными правонарушениями;

2) информация о наиболее значимых обстоятельствах: состояние досудебного расследования; источники информации о событии; степень осведомленности заподозренных лиц об обнаружении признаков правонарушения на предмет наличия или отсутствия фактора внезапности; наличие противодействия ходу досудебного расследования; состояние доказательственной базы; возможности следствия; линия поведения подозреваемых по сообщенным подозрениям и других участников расследования, посторонних, которые пытаются вмешиваться в процесс расследования) [105].

В то же время А.П. Резван и многие другие авторы утверждают, что исходной может быть только информация о происшествии, а ситуация существует реально и меняется под влиянием различных условий, объективных и субъективных факторов, познание которых позволяет выдвинуть самые реальные версии и определить пути установления истины [106].

С этими доводами нельзя не согласиться, однако, с другой стороны, исходной эта ситуация называется потому, что речь идет об обстановке, которая формируется на момент начала досудебного расследования, поэтому она является исходной по расследованию. Однако правильнее указывать не исходные следственные ситуации, а следственные ситуации. Типизация этих ситуаций осуществляется также на основании отдельного компонента. Целесообразно заметить, что первоначальные следственные ситуации формируются в силу стечения обстоятельств и не зависят от следователя, а потому считаем, что выделение именно начальных типичных следственных ситуаций имеет одно из стержневых значений для формирования типового алгоритма действий следователя, от выполнения которого в основном и зависит успех и эффективность расследования. Поскольку направление, в котором «протекает» следственная ситуация, ее характер, содержание и суть после выявления события правонарушения обычно зависят от следователя, его правильной оценки этой ситуации и координации своих действий в соответствии с очерченной ситуацией.

Е.В. Валласк также считает, что важное значение для дальнейшей организации процесса предварительного расследования имеет следственная ситуация, которая возникла на начальном этапе, которая «... характеризуется неполнотой информации, ограниченностью времени для принятия важнейших процессуальных решений, множественностью версий, отсутствием достаточного опыта и знаний субъектов расследования». На этом этапе следователь анализирует исходную информацию, выдвигает следственные версии, формулирует общие и частные задачи расследования, определяет необходимые силы, средства и способы решения этих задач, планирует ход дальнейшего расследования [107].

По позиции О.А. Сурова, исходная типовая следственная ситуация – это элемент методики расследования уголовных правонарушений, который

отражает типично повторяющийся объем информации о совершении правонарушения определенного вида, который содержится в первичных материалах, что обуславливает систему и последовательность решения задач расследования [108].

А.Ю. Головин под исходной следственной ситуацией понимает динамически изменяющуюся обстановку, в которой осуществляется деятельность следователя по раскрытию и расследованию правонарушения, состоит из момента поступления в правоохранительный орган заявления или сообщения о преступлении и до окончания проведения первичных, в том числе неотложных, следственных действий и других процессуальных действий, тактических операций [109].

В.Ю. Стеценко утверждает, что подход типизации следственных ситуаций более приемлем именно для начального этапа расследования. Однако даже в тех досудебных расследованиях, где на этом этапе типичными являются ситуации дефицита информации о преступнике или иные существенные обстоятельства правонарушения на следующем этапе, особенно если трактовать его с позиций процессуального подхода, чаще всего типизация следственных ситуаций осуществляется не только и не столько в зависимости от количества доказательств, как от других обстоятельств, в частности позиции личности относительно предъявленных обвинений, противодействия расследованию и тому подобное [110].

Известно, типизация следственных ситуаций возможна лишь на основании одного компонента. Так, основанием для типизации следственных ситуаций на начальном этапе расследования традиционно является полнота информации о событии правонарушения, относящегося к объективной стороне деяния [96, с. 338].

Итак, следственная ситуация – это обстановка объективной реальности в конкретный момент досудебного расследования, в рамках которой осуществляется досудебное расследование уголовного правонарушения, формирующаяся под влиянием конкретных объективных условий, обстоятельств и деятельности субъекта расследования, отражающая и содержащая информацию о совершенном или готовящемся уголовном правонарушении, которое расследуется, условия и состояние расследования и другую информацию, необходимую для выполнения задач уголовного производства, что делает возможным выдвижение следственных версий, выбор эффективных средств и методов расследования и принятия тактических решений.

Дифференциация следственных ситуаций связано не только с объемом, но и с характером источников исходной информации об уголовном правонарушении на начальном этапе расследования. Несмотря на то, что УК РК существует не более 10 лет, то уже представляется возможным выделить типичные следственные ситуации по ст. 317 УК РК, зарегистрированные в ЕРДР с 2015 года. Мы считаем, что целесообразно выделить пять типичных следственных ситуаций первоначального этапа расследования медицинских

уголовных правонарушений, возникающих по ст. 317 УК РК. Предложенные типичные ситуации расположены в зависимости от степени их общности.

Ситуация 1. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР на основании материалов, собранных по результатам проведения специальных проверок.

Особенностью этой ситуации является то, что исходная информация собрана в результате принятия проверочных мероприятий и содержится в материалах проверки уполномоченных органов, во время которой выявлены признаки медицинских уголовных правонарушений, в том числе по результатам проведения плановой или внеплановой проверки, или по результатам клинко-экспертной оценки. В момент поступления материалов уполномоченными органами уже проведена оценка деятельности медицинского работника, выявлены нарушения стандартов оказания медицинской помощи и услуги, однако юридическая оценка этим действиям не дана и требуется досудебное расследование.

Основными факторами, которые негативно влияют на расследование в этой ситуации, являются: отсутствие внезапности, то есть субъекты уголовного правонарушения и заинтересованные лица, как правило, имеют информацию об объектах проверки и выявленных фактах нарушений; значительный разрыв во времени с момента совершения медицинского уголовного правонарушения до его выявления правоохранительными органами, что позволяет медицинским работникам принять меры по учинению противодействия, маскировки следов. Разрыв во времени между проверкой и регистрацией в ЕРДР может составлять 30 суток.

Благоприятным здесь является то, что в указанной ситуации установлена личность медицинского работника и вследствие акта или заключения получены сведения о факте медицинских уголовных правонарушений, неблагоприятным – то, что в данном случае отсутствует фактор внезапности.

Кроме того, факт медицинских уголовных правонарушений может быть выявлен в ходе осуществления мероприятий по проверке соблюдения лицензионных условий осуществления хозяйственной деятельности, если лечебная деятельность осуществляется частными медицинскими учреждениями.

Основными следственными действиями в данной типичной следственной ситуации являются:

- установление личности потерпевшего в лице пациента и его допрос;
- определение тяжести причиненного вреда в результате оказания медицинской услуги путем проведения судебно-медицинской экспертизы;
- назначение комиссионной судебно-медицинской экспертизы с привлечением независимых узких специалистов;
- процессуальные действия следователя с объявлением и ознакомлением о принятых процессуальных решениях для заинтересованных лиц в целях обеспечения прав и интересов участвующих в уголовном деле лиц;

- изучение деятельности медицинского учреждения, видов медицинских услуг, которые оно предоставляет;
- выемка медицинской документации, регламентирующей медицинскую деятельность учреждения;
- выемка должностных инструкций медицинского работника;
- осмотр и изучение изъятых документов;
- допрос медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу;
- установление хронологии событий обращения в медицинские учреждения и предоставления медицинских услуг;
- составление Таблицы доказательств и доказательственных фактов.

Основные действия следователя должны быть направлены на подтверждение наступления тяжких последствий и сбор доказательственной информации об обстоятельствах совершения медицинских уголовных правонарушений.

Ситуация 2. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР, поводом послужило обращение пациента. Факт ненадлежащего оказания медицинской помощи или услуги очевиден, медицинский работник, оказавший услугу, известен.

Такая типичная следственная ситуация характеризуется тем, что, в этом случае, имеет место единичное обращение в медицинское учреждение в результате которого наступил негативный исход для пациента. Известны медицинское учреждение, где оказывалась медицинская помощь или услуга, медицинский работник, который оказал медицинскую помощь или услугу, объем предоставленной медицинской помощи или услуги, медицинские процедуры, которые получил пациент, установлено время обращения и наступления негативных последствий. Данные обстоятельства позволяют целенаправленно провести следственные действия, направленные сбор информации о месте предоставления услуги, то есть осмотр места происшествия, выемку медицинской документации в бумажном и электронном формате, медицинских инструментов, которыми производились манипуляции.

Одним из важных условий названной типичной следственной ситуации является требования к материалам, подлежащим регистрации в ЕРДР. В соответствии с п. 1, ч. 1, ст. 179 не подлежат регистрации заявления, в которых отсутствуют сведения о невыполнении и надлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником, подтвержденные актами проверок, когда их наличие является обязательным условием для регистрации уголовного правонарушения. Названная проблема с момента регистрации создает конфликт, указывающий на наличие заявления и обращения пациента, пострадавшего в результате ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским и фармацевтическим работником, и невозможностью его регистрации в ЕРДР для последующего расследования уголовного дела по ст. 317 УК РК, если отсутствуют материалы специальных проверок уполномоченного органа.

Такое положение указывает на нарушение конституционных прав граждан в момент их возможного обращения в отношении медицинских работников. Поскольку реализовать защиту своих конституционных прав через правоохранительные невозможно в случае отсутствия актов проверки ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

Уполномоченный орган, который производит проверку качества оказания медицинской помощи – Комитет медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК, то есть заключение этого органа необходимо для регистрации заявления в ЕРДР.

Описанная проблема не является целью настоящего исследования и требует глубокого и тщательного изучения в рамках изучения теоретических практических проблем Уголовно-процессуального законодательства Республики Казахстан.

Несмотря на имеющиеся законодательные противоречия, в данной типичной следственной ситуации необходимо провести допросы пациента и медицинских работников, ознакомиться с функциональными обязанностями, порядком регистрации пациента, порядком осуществления медицинских записей в медицинской документации, изучить документы, содержащие перечень услуг, которые медицинское учреждение имеет право предоставить. Благоприятность может выразиться, когда о факте обращения правонарушителю не известно и органы досудебного следствия имеют возможность тщательнее подготовиться к сбору информации.

Названная типичная следственная может быть неблагоприятной, когда осведомленность о факте обращения потерпевшего в правоохранительные органы и внесения сведений об уголовном правонарушении в ЕРДР причастных лиц может предоставить им возможность с опережением влиять на источники доказательственной информации и иначе противодействовать расследованию. Помня об этом, следователь должен как можно оперативнее реагировать на соответствующие заявления о «препятствовании» и принять все меры для получения достаточной доказательственной информации в подтверждение факта уголовного правонарушения.

Приведенная ситуация обуславливает постановку и решение следующих задач: установление события правонарушения; факта медицинского уголовного правонарушения, места совершения правонарушения, его времени, орудий и средств его совершения; установление личности врача и его виновности: выяснение данных о личности медицинского работника или группы лиц, их квалификационные характеристики; установление причинной связи между лечебной деятельностью и наступлением тяжелых последствий.

В целом алгоритм процессуальных и следственных действий может быть применен по первой типичной следственной ситуации.

Ситуация 3. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР, поводом послужило обращение пациента. Факт ненадлежащего оказания

медицинской услуги очевиден, медицинский работник, причинивший вред, не установлен.

Такая ситуация является неблагоприятной, учитывая отсутствие сведений о личности медицинского работника. В случае, когда о факте обращения в правоохранительные органы правонарушителю ничего не известно, меньше вероятность уничтожения документов и вещественных доказательств и реализация других форм противодействия расследованию. Ситуация типична также, когда лечебную деятельность вели несколько медицинских работников в нескольких медицинских учреждениях. Процедура проведения процессуальных, следственных и негласных следственных действий приобретает комплексный характер, который предполагает участие в них органов дознания по совместному оперативно-следственному плану.

Основные действия группы расследования должны быть направлены на поиск источников информации в отношении медицинских работников и детализацию сведений об обстоятельствах совершения медицинских уголовных правонарушений. Должны быть установлены следующие сведения: время, место, обстановка совершения медицинских уголовных правонарушений; количество причастных к ситуации медицинских работников, их описание, соответственно, их квалификационные характеристики; характеристика действий каждого медицинского работника после совершения правонарушения.

В данной типичной следственной ситуации необходимо параллельно провести ряд следственных действий: осмотр каждого медицинского учреждения, где была оказана медицинская помощь или услуга, выемку медицинской документации в бумажном и электронном форматах, выемку медицинских инструментов, которыми производились манипуляции. Необходимо провести допросы пациента и медицинских работников, ознакомиться с функциональными обязанностями, порядком регистрации пациента, порядком осуществления медицинских записей в медицинской документации, изучить документы, содержащие перечень услуг, которые медицинское учреждение имеет право предоставить. Этот комплекс мероприятий необходимо провести одновременно по всем медицинским учреждениям, чтобы зафиксировать ситуацию и иметь исходные результаты для дальнейшего планирования расследования.

В целом алгоритм процессуальных и следственных действий может быть применен по первой типичной следственной ситуации.

Кроме того, считаем необходимым выделить *менее типичные* следственные ситуации.

Ситуация 4. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР во время расследования других уголовных правонарушений.

Практика деятельности правоохранительных органов свидетельствует, что признаки медицинских уголовных правонарушений могут быть выявлены во время расследования уголовных правонарушений, квалифицированных по признакам правонарушения, предусмотренного за смежные правонарушения. Приведенное может быть результатом осуществления проверок, следственно -

оперативных мероприятий, что и определяет специфику конкретной ситуации и влияет на объем и последовательность дальнейших действий. Кроме того, факт медицинских уголовных правонарушений может быть выявлен во время расследования отдельных уголовных правонарушений в сфере хозяйственной деятельности, уголовных правонарушений против собственности, совершенных должностным лицом с использованием своего служебного положения, завладения имуществом путем обмана или злоупотребления доверием.

Основной задачей является установление личности потерпевшего, если это не обнаружено материалами уголовного производства; если же личность потерпевшего установлена, то это означает подтверждение наступления тяжких последствий медицинских уголовных правонарушений, сбор доказательственной информации о квалификационных требованиях к личности преступника, выявление обстоятельств совершения уголовного правонарушения.

В этом случае целесообразной к применению является программа расследования во третьей типичной ситуации.

Ситуация 5. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР, поводом послужило обращение пациента. Факт ненадлежащего оказания медицинской услуги не очевиден, круг медицинских, фармацевтических работников, работников организации бытового или иного обслуживания населения, оказавших медицинскую услугу или бытовую услугу, не установлен.

Неблагоприятность указанной ситуации определяется существенным недостатком исходной информации об обстоятельствах совершения правонарушения и личности преступника, особенно если лечебная деятельность осуществлялась вне медицинского учреждения, в частности целителем или другим лицом.

В случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти в пределах лечебного учреждения существует высокий риск активного противодействия досудебному расследованию со стороны администрации медицинского учреждения.

Основной задачей органов расследования является установление факта оказания медицинской помощи, места осуществления медицинских манипуляций в связи с оказанием медицинской помощи или услуги, лиц, которые их оказали.

Если смерть пациента или клиента наступила вне медицинского учреждения, необходимо установить место получения пациентом, клиентом медицинской или бытовой услуги, а также лицо, ее предоставившее. В таком случае предлагается провести следующий ряд оперативно-розыскных мероприятий, следственных действий:

– осмотр места происшествия, где была оказана медицинская или иная услуга с целью установления обстановки места происшествия, оборудования и т.п.;

- выемку всей рабочей и медицинской документации на месте происшествия;
- оперативный опрос граждан на предмет установления свидетелей и очевидцев деятельности учреждения;
- получение информации о рекламе и рекламных роликах через запросы в СМИ для установления контактов и имен;
- произвести запросы в соответствующие учреждения о принадлежности места, где была оказана услуга;
- изучить социальные сети на предмет наличия рекламы и отзывов об изучаемом учреждении;
- допрос потерпевшего на предмет получения услуги, времени обращения, наступлении последствий, лиц, которые предоставили услугу;
- допрос родственников потерпевшего, сопровождавших его для получения услуги на предмет получения услуги, времени обращения, наступлении последствий, лиц, которые предоставили услугу;
- проверка и уточнение показаний на месте ранее допрошенного потерпевшего;
- назначить судебно-медицинскую экспертизу на предмет определения тяжести причиненного вреда и установления причинно-следственной связи между оказанной услугой и наступившими последствиями;
- в случаях противодействия расследованию в отношении подозреваемых лиц провести негласные следственные действия, связанные с наблюдением за ними.

Предложенный алгоритм может быть применен, в частности, по уголовным делам, в которых присутствует специальный субъект, предусмотренный ч. 5, ст. 317 УК, в остальных случаях необходимо применить алгоритм по первой типичной следственной ситуации. Расследование уголовного дела при данной типичной ситуации может иметь результат в виде принятия процессуального решения о прекращении уголовного дела по реабилитирующим обстоятельствам.

2.3 Организационные действия, реализуемые в ходе выдвижения следственных версий и планирования досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

Типичные следственные ситуации в криминалистической методике досудебного расследования тесно связаны с природой формирования и выдвижения типичных следственных версий по уголовному делу. Выдвижение общих версий является организационным этапом планирования и осуществляется в той стадии досудебного расследования, когда уже проведены основные неотложные оперативно-розыскные мероприятия, негласные следственные и следственные действия. Анализируя полученные доказательства, следователь выдвигает наиболее вероятные версии, среди которых весомое значение приобретают версии в отношении лица,

совершившего преступление, мотива и способа совершения уголовного правонарушения.

Следственная версия по уголовному делу является источником формирования планирования работы во время досудебного расследования и одновременно выступает тем ориентиром, которого придерживается следователь во время сбора, исследования и оценки доказательств. Построение версий и планирование их проверки – это две стороны, два направления процесса мышления следователя по криминальному факту. Проверка версий охватывает не только осуществление запланированных действий, но и оценку фактических данных, полученных в результате их проведения, а также построение выводов об истинности и ложности версий. Планирование досудебного расследования должно создавать условия для параллельной и одновременной проверки всех выдвинутых версий [111].

Следственная версия – это сложный, единый, многогранный мыслительный процесс, основу которого образует предположение. Я. Пещак отмечает, что следственная версия должна быть обоснованной, строиться на основе определенного фактического материала. Но правильность ее требует всесторонней практической проверки. Следует строить не любые следственные версии, так называемые теоретически возможные, а лишь такие, которые вытекают из собранного материала, то есть лишь обоснованные, реально возможные следственные версии. Следственная версия — это обоснованное собранным материалом предположение следователя о формах связей и причинах отдельных явлений расследования события (или события в целом) как одно из возможных объяснений установленных в настоящее время фактов и обстоятельств [112].

И.М. Лузгин считает, что версия в расследовании уголовных правонарушений – это одно из возможных обоснованных вероятных объяснений происхождения и сущности фактов, подлежащих установлению в уголовном производстве и используемых в качестве доказательств. Далее ученый конкретизирует, что общие версии примерно объясняют сущность и происхождение некоторой совокупности фактов, образующих преступление. Отдельные версии приблизительно объясняют либо отдельные факты, подлежащие доказыванию, либо сведения о них – доказательства. Для неотложных следственных (розыскных) действий характерны накопление, первичное изучение фактических данных и построение версий, дальнейшее исследование уже имеющихся фактических данных, получение и исследование новых [113].

Выдвижение версий всегда обусловлено видом уголовного правонарушения, способами его совершения и, главным образом, той информацией, которая обнаруживается на начальном этапе.

Типичными версиями о характере события, состоявшегося в досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений выделены:

1) имеют место признаки медицинских уголовных правонарушений в результате наступивших негативных последствий для пациента;

2) наступление негативных последствий не связано с осуществлением медицинской деятельности, оказанием медицинской услуги;

3) признаки медицинских уголовных правонарушений отсутствуют и имеет место другое уголовное правонарушение в сфере профессиональной деятельности медицинских работников;

4) имеет место иное уголовное правонарушение, не связанное с медицинской деятельностью.

Среди типичных версий, которые имеют значение на начальном этапе производства досудебного расследования, есть версии о личности преступника. Эти версии целесообразно выдвигать в случаях, когда на момент начала уголовного преследования не установлено лицо, которое потенциально необходимо привлечь к уголовной ответственности. В этой связи, можно выдвинуть следующие версии:

1) уголовное правонарушение совершено медицинским работником ввиду небрежного отношения к медицинским профессиональным обязанностям;

2) уголовное правонарушение совершено медицинским работником, уровень квалификации или образовательная степень которого недостаточны для осуществления медицинской практики;

3) уголовное правонарушение совершено медицинским работником, который не подтвердил в установленном порядке свои профессиональные качества или степень подготовки для медицинской практики;

4) уголовное правонарушение совершено лицом, которое не получило специального обязательного разрешения или лицензию на медицинскую практику в виде оказания медицинской или бытовой медицинско-косметологической услуги;

5) уголовное правонарушение совершено путем обмана и злоупотребления доверием лицом, которое выдает себя за специалиста медицины или за народного целителя. Если это подтверждается в ходе досудебного расследования, то в дальнейшем необходимо квалифицировать общественно опасные действия или бездействия подозреваемого как мошенничество.

Также типичными версиями, которые имеют значение на этом этапе уголовного производства, есть версии о способе совершения уголовного правонарушения:

1) совершение уголовного правонарушения в результате неправильной диагностики, повлекшей неправильное лечение;

2) совершение уголовного правонарушения в результате неправильного и неполноценного лечения;

3) совершение уголовного правонарушения путем проведения манипуляций, осуществляемых хирургическим вмешательством: оперативного доступа в виде обнажения органа или патологического очага; оперативного приема в виде хирургических манипуляций на органе или патологическом очаге; оперативного выхода в виде комплекса мероприятий по восстановлению

целостности тканей, поврежденных во время осуществления оперативного доступа;

4) совершение уголовного правонарушения путем назначения лекарственных средств для перорального или других видов приема, повлекшее негативное последствие для пациента.

В отношении пострадавшего лица целесообразно выделить следующие версии:

1) пострадавший самостоятельно обратился за консультацией в медицинское учреждение по поводу подозрения на заболевание;

2) пострадавший находился на амбулаторном или стационарном лечении в медицинском учреждении, наличие заболевания подтверждено в этом учреждении;

3) пострадавший занимался самолечением, в том числе обращался к народным целителям, тем самым усугубил состояние своего здоровья и был доставлен в медицинское учреждение в тяжелом состоянии;

4) пострадавший был экстренно доставлен транспортом скорой медицинской помощи для оказания медицинской помощи в результате внезапного ухудшения состояния здоровья.

Версии относительно объема и характера документов, отражающих образование лица, осуществляющего лечение, и соответствующих разрешений на осуществление такой деятельности, а также медицинских документов, в которых отражены ход и результаты соответствующего лечения, следует проверить версии на предмет того, в какой конкретно медицинской документации может содержаться криминалистически значимая информация о фактах, касающихся исследуемого события. В то же время — это версии относительно того, у кого и где могут быть имеются соответствующие документы, а также относительно проведения процессуальных действий, с помощью которых значимые документы можно обнаружить и изъять.

Первоочередное выдвижение и разработка следственных версий, касающихся определения характера и объема такой информации, а также необходимой медицинской документации, обусловлено тем, что она является едва ли не важнейшим источником доказательств, а потому часто подвергается исправлению, переписыванию или уничтожению со стороны будущего подозреваемого или посторонних лиц. Отметим, что уже установление факта осуществления определенного рода искажений в исследуемых медицинских карточках, выводах и тому подобное косвенно свидетельствует о наличии в действиях медицинского персонала определенных нарушений, которые они пытаются скрыть от потерпевшей стороны и правоохранительных органов.

Современная отечественная медицина уже перешла на электронный формат ведения медицинской документации. Это осуществляется при помощи специально созданного для этого программного обеспечения, внедренного в медицинские учреждения по всей республике на всех уровнях. Изучение данной документации предполагает новый подход, требующий специальных познаний и соответственно новое понимание электронного вида доказательств.

Электронные доказательства как данность современного цифрового общества имеют свои особенности и способы их изучения. В связи с чем необходимо применять новые методы изучения электронных медицинских документов, способы их несанкционированного изменения, переписывания, исправления или уничтожения, то есть действий, которые направлены на сокрытие электронных следов уголовных правонарушений.

Составление плана досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения предполагает также не только планирование последовательности проведения отдельных процессуальных действий, закрепленных в УПК, но и планирование отдельно взятого следственного и негласного следственного действия. Следователь, готовясь к производству следственных действий, таких как допрос, выемка и осмотр медицинской документации, планирует их проведение, выбирая эффективные криминалистические тактические комбинации и приемы их осуществления.

Планирование досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения пронизывает всю деятельность следователя, будучи одновременно его организующим началом и довольно сложной по своей сути интеллектуальной деятельностью, которая предполагает решение многих умственных и организационных задач, поставленных для достижения результата в виде установления объективной истины по уголовному делу. В планировании, как и в выдвижении версий, значительное место принадлежит рефлексивному мышлению и управлению, рассчитанному на имитацию (моделирование) обстоятельств события правонарушения и действий преступника.

Отслеживая возможные способы совершения преступных действий, следователь представляет не только схему правонарушения, но и одновременно круг обстоятельств, которые с ним связаны, обуславливали его совершение и, соответственно, могли найти отражение в тех или иных следах. Поэтому в процессе рефлексивного мышления, то есть такого, которое имитирует мышление и действия преступника, следователь выбирает самый оптимальный вариант своей деятельности, что и находит проявление в плане расследования. Так, продумывается перечень обстоятельств, которые подлежат установлению, их очередность, что обеспечивает и возможность получения ценной информации, и оперативность расследования. Таким же образом избирается перечень следственных и оперативно-розыскных действий, обеспечивающих выяснение намеченных обстоятельств [114].

Отражение запланированной работы и ее результатов может находить свое место в ранее описанной таблице доказательств и доказательственных фактов.

Выбирая обстоятельства, подлежащие установлению при досудебном расследовании, как и определяя вид и последовательность следственных и негласных следственных действий, следователь на первый план выдвигает такие, которые, по его предположению, могут быть самыми результативными, то есть способны обеспечивать получение значимой доказательственной

информации. В этом и находит свое практическое применение рефлексивное мышление, осуществляемое следователем в процессе планирования досудебного расследования.

Таким образом, мы постараемся предложить обобщенный вариант – алгоритм досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.

На первоначальном этапе досудебного расследования он будет выглядеть так:

1. Осмотр трупа – производится в случае наступления смерти для пациента как в процессе осмотра места происшествия, так и отдельно.

2. Осмотр места происшествия – первое, как неотложное следственное действие, которое может проводиться до момента внесения сведений в ЕРДР, а также после получения материалов проверки из уполномоченных органов.

3. Внесения сведений в ЕРДР – процессуальное действие, предшествующее началу досудебного расследования уголовного производства.

4. Изучение материалов проверки КМФК, зарегистрированных в ЕРДР по факту наступления негативных последствий для пациента в результате оказания медицинской помощи или услуги.

5. Допрос специалистов, которые проводили служебную проверку или расследование, на наш взгляд, необходимо допросить по правилам протокола свидетеля о порядке и методике оказания медицинской помощи пациенту.

6. Назначение судебно-медицинской экспертизы потерпевшего или трупа (при летальном исходе) для определения наличия телесных повреждений и тяжести последствий лечения: оказания медицинской услуги, услуги для потерпевшего.

7. Допрос потерпевшего и его родственников.

8. Опознание личности медицинских работников, которые оказывали медицинскую помощь по фотографиям.

9. Выемка, осмотр вещей и документов лица – медицинского работника: медицинских документов, лицензий на осуществление деятельности, документов об образовании и других.

10. В случае возникновения сомнений о достоверности указанных документов – назначения почерковедческой и технико-криминалистической экспертиз.

11. Выемка и осмотр медицинской документации, содержащей следовую информацию о процессе лечения пациента.

12. Выемка документов, содержащих информацию о функциональных обязанностях, стандартах оказания медицинской помощи, приказов и т.п.

13. Выемка медицинской следовой информации с электронных носителей, компьютеров с помощью специалистов и научно-технических средств.

Следующий этап досудебного расследования начинается с момента принятия решения о подозрении:

1. Вынесение постановления о признании лица подозреваемым и квалификации его деяния.

2. Допрос подозреваемого лица.

3. Предъявления потерпевшему для опознания подозреваемого.

4. Очная ставка между допрошенными лицами. Например, между подозреваемым и потерпевшим, для устранения противоречий в ранее данных показаниях.

5. Разрешение вопроса об избрании меры пресечения в отношении подозреваемого лица.

6. Сбор характеризующего материала в отношении подозреваемого лица для назначения судебно-психологической экспертизы.

7. Назначение комиссионной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской услуги с обязательной постановкой вопроса о наличии причинно-следственной связи между оказанием медицинской помощи и наступившими тяжкими и особо тяжкими последствиями для потерпевшего.

Организованность и плановость досудебного расследования уголовных правонарушений – предпосылка для выполнения задачи расследования, соблюдения его процессуальных сроков, сукцессивного и качественного выполнения процессуальных действий и применения мер по обеспечению уголовного производства.

В целом уголовно-процессуальная деятельность имеет свою регламентированную внутреннюю структуру, упорядоченность, согласованность, то есть взаимодействие всех составляющих, что именуется уголовно-процессуальной или организационной формой уголовного производства.

Любой метод, используемый в следственной практике, может быть представлен как способ действия, характеризующийся набором последовательных приемов. Кроме того, это логическая модель, которая постоянно детализируется, уточняется, совершенствуется и разрабатывается с помощью специальных инструментов в процессе разработки и практического использования [115].

Р.Х. Темиргазин в ходе диссертационного исследования рассматривал методику досудебного расследования уголовных правонарушений антропогенного происхождения и предложил внедрить такую криминалистическую методику для следователей, которую можно применить и при досудебном расследовании криминальных техногенных аварий и катастроф, которая основана на использовании эвристического метода Mindmap (интеллектуальная карта) Тони Бьюзена [116]. Техника Mindmap позволяет собрать на одном листе весь информационный фон, необходимый для установления причин и субъектов происшествия. Для реализации этого метода требуется следующая техническая поддержка: 5-10 листов флипчарта формата А1, 10-15 листов формата А4 и разноцветные маркеры. Таким образом, полученная информация записывается на определенные листы для дальнейшего анализа. В конце создания интеллектуальной карты тактических операций при

досудебном расследовании правонарушения техногенного происхождения обобщаются результаты работы, и разрабатывается план оперативно-розыскных мероприятий и следственных (розыскных) действий по отдельным направлениям проверки криминалистических историй для каждого предмета расследования [117].

Нами может быть предложено наряду с использованием метода Mindmap использование метода формирования Таблицы доказательств и доказательственных фактов (Приложение Г).

Суть данного метода при досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений заключается в использовании всех имеющихся данных, которые складываются в начале досудебного расследования уголовного дела и при его последующих этапах. Для реализации этого метода необходимо использование простых инструментов – лист бумаги формата А1, карандаши, разноцветные ручки, маркеры. Все эти инструменты необходимы для визуализации имеющейся информации на бумажном носителе и установления корреляционных связей между имеющейся информацией.

В обязательном порядке Таблицу необходимо начать формировать с самой очевидной информации по уголовному делу – наступивших негативных последствий в виде вреда здоровью для пациента или клиента. Это центральный ключевой момент с чего начинается досудебное разбирательство по уголовному делу. Затем производится восстановление данных и событий при помощи метода ретроспективного анализа. В ходе этих действий необходимо начать воссоздание визуализированной модели механизма уголовного правонарушения, установление фактора времени, периода обращения пациента в лечебно-диагностические учреждения, установление хронологии обращения, фиксирование фактов оказания медицинской услуги, установление цепочки лиц, которые оказывали медицинские услуги и медицинскую помощь и другими фактическими данными. Эти данные составляют элементы криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.

В итоге Таблица доказательств и доказательственных фактов начинает «обрастать» новыми данными, которые могут иметь значение для установления объективной истины. Описание связей между внесенными данными таблицы дает обоснование причинно-следственных связей с наступившими преступными последствиями. Для конкретизации связей необходимо использовать различные цвета ручек, карандашей и маркеров, что позволит сохранить систему и линии взаимосвязей без совершения ошибок. Подобный подход может дать положительные информационные результаты умозаключений о природе тех или иных действий, которые совершали сами медицинские работники и пациент.

Использование метода формирования таблицы доказательств и доказательственных фактов наряду с закреплением доказательств и установлением между ними логических связей позволяет провести анализ наступивших последствий от каждого действия. Масштабируемость таблицы

еще одно полезное свойство таблицы, оно позволяет не ограничиваться имеющимися ресурсами и расширять возможности изучения всех аспектов уголовного правонарушения, задавая векторы в зависимости от типичных следственных ситуаций, криминалистических версий.

Целостная картина по уголовному делу в качестве таблицы доказательств позволяет изучить уголовное дело лицам, осуществляющим контроль и надзор за расследованием уголовного правонарушения. Визуально отображенная информация облегчает задачу по изучению материалов уголовного дела, линии расследования, последовательности установления фактов в процессе досудебного производства.

Таким образом, при досудебном расследовании различных видов уголовных правонарушений наличие вышеуказанных обстоятельств не является исчерпывающим. Они могут быть расширены с учетом досудебного расследования уголовного дела, с установлением других условий совершения правонарушения.

Следует отметить, что следователю необходимы знания не только норм уголовного и уголовно-процессуального законодательства, но и понимание всего механизма функционирования различных видов человеческой, деятельности. В случае расследования медицинского уголовного правонарушения необходимо изучать стандарты оказания медицинской помощи, протоколы лечения, нормативные документы, регулирующие данные отношения, то есть овладеть медицинскими знаниями по поводу оказания медицинской помощи или услуги.

В отечественной юриспруденции вопросы, связанные с предупреждением медицинских уголовных правонарушений и их криминологическими и уголовно-правовыми особенностями, уделялось значительное внимание со стороны Г.Р. Рустемовой [72]. Что касается досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, она обращает внимание на причины их совершения. Это показывает, насколько сложным и важным является расследование данной категории уголовных правонарушений. Таким образом, это создает основу, обеспечивающую надлежащие условия для более эффективных криминалистических исследований и разработки действенной методики. Считаем необходимым привести мнение А.А. Аубакировой о том, что точное отображение в сознании объекта исследования имеет особо важное значение в юридической деятельности, где по результатам исследования принимаются судьбоносные решения. Для этого нужны методы, снижающие влияние субъективного и дающего объективные данные [118].

2.4 Обстоятельства, подлежащие установлению и доказыванию при досудебном расследовании медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

Процесс досудебного расследования уголовного производства неотделим от процесса доказывания, что фактически является его основой, поскольку уголовный процесс основывается на выявлении и дальнейшем исследовании

материальных и идеальных следов правонарушения, в чем, собственно, и заключается суть доказывания. Не вызывает особой дискуссии понятие доказывания, которое определяют, как формирование, выявление, собирание, закрепление, исследование, проверку и оценку доказательств и их процессуальных источников, обоснование выводов с целью установления объективной истины и принятия на ее основе правильного, законного, обоснованного и справедливого решения. Целью уголовно-процессуального доказывания является установление обстоятельств, имеющих значение для уголовного производства. Ее достижение возможно тогда, когда во время досудебного расследования с достаточной полнотой и достоверностью установлены все факты и обстоятельства, которые имеют значение для отыскания истины. Совокупность таких фактов и обстоятельств формирует предмет доказывания в уголовном производстве.

Предмет доказывания в уголовном производстве, а также содержание обстоятельств, подлежащих установлению в уголовных процессах, часто анализировали отечественные и зарубежные ученые в области уголовного процесса и криминалистики. Учеными исследованы категории обстоятельств, подлежащих выяснению, с наименованием последних обстоятельствами, подлежащих доказыванию, установлению и тому подобное.

Считаем, что понятие установления является несколько более широким и поэтому в исследовании определено именно понятием обстоятельств, подлежащих установлению, охватывая этим понятием не только обстоятельства, подлежащие доказыванию, но и другие, которые не определены в уголовно-процессуальном законе, однако должны быть изучены во время досудебного расследования конкретной категории уголовных дел в зависимости от следственных ситуаций, которые возникают.

Определение перечня обстоятельств, подлежащих установлению в ходе расследования уголовного правонарушения, имеет важное значение. Как подчеркивает А.Н. Колесниченко, прежде чем рассматривать проблему средств, приемов и методов расследования, следует определить круг решаемых задач и обстоятельств, подлежащих установлению [119].

Довольно дискуссионным в научных кругах является вопрос определения места и роли обстоятельств, подлежащих установлению, среди составляющих криминалистической методики, в частности их соотношение с криминалистической характеристикой. Большинство ученых соблюдает точку зрения, что отмежевание обстоятельств, которые подлежат установлению в уголовном производстве, от криминалистической характеристики является необходимым.

Однако существуют и противоположные точки зрения на этот вопрос. В частности, И.А. Возгрин не отделяет обстоятельства, подлежащие установлению от криминалистической характеристики, полагая, что они являются одним из видов справочной криминалистической информации, необходимой следователю и прокурору для успешной организации уголовного преследования лиц, совершивших преступление [120].

По нашему мнению, криминалистическая характеристика и обстоятельства, подлежащие установлению во время досудебного расследования уголовного производства, несмотря ни на что являются разноплановыми категориями.

А.А. Хмыров отмечает, что предмет доказывания обуславливает конечную цель, а криминалистическая характеристика помогает найти конкретные пути и способы ее достижения [121]. Поддерживая позицию относительно целесообразности выделения обстоятельств, которые подлежат установлению в уголовном производстве, заметим, что такими можно считать систематизированные на основе норм уголовного и уголовно-процессуального права фактические данные, которые как охвачены предметом доказывания, так выходят за его пределы, их неустановление исключает полное и всестороннее исследование предмета доказывания, они необходимы для реализации задач уголовного производства в ходе досудебного расследования и судебного разбирательства.

Поддерживаем позицию о том, что в методике досудебного расследования отдельных видов уголовного правонарушения речь идет об обстоятельствах, подлежащих установлению, их криминалистическом аспекте, который заключается в том, что они являются элементами деятельности совершения правонарушения и поэтому тесно взаимосвязаны. Наличие таких связей позволяет следователю при установлении какого-то одного или нескольких обстоятельств уголовного правонарушения делать выводы относительно других, неизвестных еще обстоятельств расследуемого события: виновных лиц, целей, мотивов их действий, формы вины.

Считаем, что правильное определение объема таких обстоятельств в каждом конкретном уголовном производстве способно обеспечивать полноту, целеустремленность и объективность исследования события правонарушения. Так, намеренное расширение предмета доказывания может повлечь неоправданное затягивание во времени досудебного расследования и рассмотрения уголовного производства в суде. С другой стороны, непозволительное ограничение обязательно предполагает неполноту и даже односторонность расследования уголовного производства [122].

По поводу уголовных правонарушений, связанных с расследованием медицинских уголовных правонарушений, следует согласиться с Р.С. Белкиным относительно того, что обстоятельства, составляющие предмет доказывания, нужно конкретизировать, учитывая и уголовно-правовой состав исследуемого правонарушения, и его криминалистическую структуру, обусловленную некоторыми особенностями соответствующего правонарушения [123].

Понятие предмета доказывания в научных источниках хоть и отличается по формальному определению, однако едино по содержанию.

М.М. Михеенко под предметом доказывания понимает совокупность предусмотренных уголовно-процессуальным законом обстоятельств, установление которых необходимо для решения заявлений и сообщений о

правонарушениях, уголовного производства в целом или судебного дела в стадии исполнения приговора, а также для принятия процессуальных профилактических мер во время досудебного расследования или его судебного разбирательства [124].

Другие определяют предмет доказывания как систему обстоятельств, которые отражают свойства и связи события, что исследуется, существенных для правильного расследования уголовного дела и реализации в каждом конкретном случае задач уголовного судопроизводства.

Таким образом, для формирования конкретного объема обстоятельств, подлежащих установлению, при расследовании каждого отдельного правонарушения следует устанавливать более конкретные факты, детализируя их с учетом нормы УК РК, особенностей совершенного правонарушения, имеющейся следственной ситуации и других факторов. Как отмечает С.Ю. Косарев, эти факты являются средством установления неизвестных элементов предмета доказывания, находящихся с ними в закономерной взаимосвязи. В свою очередь, их существование определяется с помощью анализа правонарушения с криминалистических позиций. В зависимости от проблемной ситуации, каждое из таких обстоятельств либо само подлежит установлению, либо выполняет эвристическую функцию [125]. Итак, предмет доказывания является целостным образованием, в котором отражается общественно опасное деяние, содержащее признаки правонарушения, как сложного социального явления. Внутренняя взаимосвязь элементов предмета доказывания определяется характером правонарушения и свойствами личности, его совершившего, а также проявляется в его целостности как системы [126]. Все обстоятельства, подлежащие установлению во время досудебного расследования, Л.А. Щербич предлагает детализировать по элементам состава правонарушения, сгруппировав их в четыре группы: 1) объект преступного посягательства; 2) объективная сторона посягательства, куда отнесены вопросы относительно места, времени, причин посягательства, характера и размера вреда, причинной связи между преступлением и ущербом, обстоятельства, которые способствовали совершению правонарушения; 3) субъект правонарушения, то есть сведения, характеризующие лицо, совершившее преступление; 4) субъективная сторона правонарушения, в частности вопрос относительно вины и ее формы, мотивов совершенного деяния [127].

В своем исследовании С.И. Земцова к обстоятельствам, подлежащим установлению, в уголовных производствах, в отношении уголовных правонарушений, совершенных медицинскими работниками, предлагает относить вопросы: 1) правильно и своевременно ли проведены в отношении больного медицинские мероприятия с точки зрения их соответствия основным, общепризнанным и обязательным правилам, разработанным в медицине; 2) наступление общественно опасных последствий в виде смерти или существенного вреда здоровью пациента; 3) существует ли причинная связь между установленными деяниями медицинского работника и неблагоприятными последствиями для здоровья больного; 4) социальные,

профессиональные и криминалистические сведения о медицинском работнике;
5) выявление причин и условий, способствовавших совершению правонарушения, и мер, которые необходимо принять для их устранения [128].

Учитывая приведенные точки зрения, охарактеризуем обстоятельства, что подлежат установлению во время расследования медицинских уголовных правонарушений, как элемент методики расследования уголовных правонарушений, которые, по нашему мнению, целесообразно объединить в следующие группы:

1) обстоятельства, касающиеся самого события медицинского уголовного правонарушения. К этой категории следует относить: сведения о времени совершения медицинского уголовного правонарушения, а именно манипуляции, которые повлекли причинение вреда пациенту; сведения о месте совершения медицинского уголовного правонарушения, как правило, это медицинское учреждение, в котором оказывалась медицинская услуга или помощь; сведения о способе совершения и сокрытия медицинского правонарушения, в данном случае местом может выступать медицинское учреждение и медицинское оборудование; сведения об орудии медицинского уголовного правонарушения; сведения о следах медицинского уголовного правонарушения, которыми могут выступать носители информации о медицинской деятельности субъекта;

2) обстоятельства, относящиеся к личности потерпевшего, то есть пациента, которому причинен вред;

3) обстоятельства, относящиеся к личности подозреваемого, то есть медицинского работника;

4) обстоятельства причинно-следственной связи: правильно и своевременно ли проведены относительно пациента медицинские меры с точки зрения их соответствия основным, общепризнанным и обязательным стандартам, которые разработаны в медицине; выявление причин и условий, которые способствовали совершению правонарушения, и меры, которые необходимо принять для их устранения; сведения о наличии связи по формуле медицинский работник – оказание медицинской помощи - пациент; наличие причинной связи между оказанием медицинской помощи и неблагоприятными последствиями, наступившими для пациента;

5) другие обстоятельства, к которым необходимо отнести: вид и размер вреда, причиненного медицинским уголовным правонарушением; обстоятельства, отягчающие или смягчающие уголовную ответственность и наказание; обстоятельства, влекущие освобождение от уголовной ответственности и наказания; обстоятельства о мерах противодействия расследованию и сокрытию следов медицинского уголовного правонарушения.

В научных кругах высказан ряд позиций относительно условий правомерности действий лиц, осуществляющих лечение. Так, Ф.Ю. Бердичевский противоправным считает деяние, совершенное медицинским работником во время оказания лечебной помощи, что не соответствует действующим в медицинской науке правилам и методам и

находится в причинной связи с следствием, которое наступило для пациента в виде смерти или ухудшения состояния здоровья [129].

А.П. Громов предлагает считать неправомерными действия медицинских работников, которые не соответствуют распространенным в медицинской науке правилам и методам лечения, а также в лечебной практике, и находятся в причинной связи с наступлением для больного неблагоприятных последствий, повлекших смерть или ухудшение состояния здоровья [26, с. 145].

Поэтому, считаем, лечебная деятельность должна считаться правомерной только при условии одновременного соответствия ее выработанным медицинской наукой правилам, лечебной практике и соответствующим нормативным актам. По утверждению П.П. Щеголева, правовое значение имеет не только объем определенных знаний, но и недостаточность или неиспользование тех знаний и навыков, которыми медицинский работник может и должен обладать и которые обязан применять для оказания медицинской помощи пострадавшему [130].

Для оценки правомерности действий врачей следователю нужно предварительно собрать некоторую информацию относительно непосредственного периода осуществления лечения, в частности надо установить:

- а) место и время принятия медицинских мер;
- б) содержание и объем медицинской помощи, начиная от момента формирования объема собранного анамнеза, оценки результатов осмотра и лабораторных исследований к моменту проведения определенного на их основе курса лечения;
- в) количество и должности работников, которые принимали участие в осуществлении лечения.

Ранее в исследовании нами были затронуты вопросы понятия надлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником. Мы пришли к выводу, что деятельность медицинского работника оценивается определенными критериями, которым она обязана соответствовать. В качестве этих критериев выступают стандарты оказания медицинской помощи или услуги. На основании принятых стандартов разрабатываются протоколы лечения, которые содержат в себе рекомендации лечения того или иного заболевания. Врач при оказании медицинской услуги руководствуется протоколом лечения и выбирает методику лечения. Однако четких алгоритмов лечения пациентов не существует. При рассмотрении такого факта, что медицинская помощь оказывается двум разным пациентам с одним диагнозом, методика лечения может быть разной. Это вызвано свойствами отдельно взятого организма человека, например, непереносимость определенных препаратов, наличие хронических заболеваний и т.д. По этой причине зарубежная медицина основывается на доказательственной медицине, которая дает четкие рекомендации при различных заболеваниях. В случае отечественной медицины многие врачи не имеют четкого представления о

лечении тех или иных заболеваний, поэтому каждый врач применяют свою методику, отвечающую некоторым позициям имеющихся протоколов.

Относительно обстоятельств, которые характеризуют место совершения правонарушения, предусмотренного статьей 317 УК РК, то следует установить место осуществления лечения и место наступления негативных последствий, если они не совпадают. В дальнейшем такие сведения дадут возможность следователю оценить обстановку по поводу возможности использования медиком средств и совершения действий, необходимых для предотвращения вреда здоровью, с учетом особенностей места оказания медицинской помощи. Так, М.М. Яковлев различает:

1) общее место деятельности субъекта, имея в виду медицинское учреждение, где пациенту была оказана медицинская помощь, что имело негативные последствия;

2) место выполнения субъектом правонарушения отдельных действий, где он реализует свою профессиональную активность (автомобиль скорой помощи, хирургическая палата тому подобное);

3) место наступления последствий преступного деяния [131].

В тоже время следователь должен изучить обстоятельства, касающиеся времени совершения правонарушения, в том числе и времени начала оказания лечения, и времени наступления вреда для здоровья потерпевшего (до начала осуществления лечения; после начала оказания медицинской помощи в целом, но до начала принятия мер, обусловленных картиной заболевания; после применения соответствующего комплекса действий). Следователь должен определить момент начала и окончания правонарушения с учетом его специфики и этапов деятельности, поскольку на квалификацию в дальнейшем будет влиять то, что незаконная лечебная деятельность по конструкции объективной стороны является преступлением с материальным составом, что обусловлено обязательностью установления наступления тяжелых последствий для здоровья и жизни потерпевшего. Выполнению задачи по установлению времени совершения медицинского уголовного правонарушения в следующей главе настоящего исследования нами предлагается тактическая операция «установление хронологии событий».

После установления количества и статуса лиц, осуществлявших лечение потерпевшего, уместно ознакомиться с должностными инструкциями каждого, с последующим приобщением их к материалам уголовного производства. Также после сбора фактических данных об обстоятельствах осуществления лечения следователю надо ознакомиться со стандартами и клиническими протоколами лечения диагноза, определенного для потерпевшего лица. На этом этапе эффективным будет привлечение специалиста, который поможет оценить диагностические и лечебные мероприятия медицинских работников в расследуемом случае, сопоставив их с рекомендациями теории медицины и лечебной практики.

Также заметим, что выводы следователя о правомерности действий медицинских работников исключают дальнейшую проверку в рамках

уголовного производства установления причин нанесения вреда здоровью потерпевшего.

В случае подтверждения информации о неправильном оказании медицинской помощи нужно установить последствия таких действий, то есть тяжесть причиненного вреда: определить причины смерти или тяжесть вреда для здоровья.

Таким образом, сложность установления причин нанесения вреда здоровью обуславливается тем фактором, что обычно осуществление лечения является комплексным процессом, а потому вред может быть нанесен вследствие совпадения незначительных нарушений некоторых работников, что в комплексе приводит к негативным последствиям.

Обязательным элементом любого состава правонарушения является наличие причинно-следственных связей при его совершении. В отношении исследуемой категории уголовных правонарушений также нужно установить причинную связь между деянием определенного работника и причиненным вредом.

В теории уголовного права выделяют причинную связь при непосредственном причинении (прямая) и опосредованную причинную связь. В медицинских уголовных правонарушениях имеет место каждый из названных видов. Относительно прямой причинно-следственной связи между осуществленным лечением и негативными последствиями, то её установление обычно не вызывает особых трудностей. Опосредованная причинная связь присутствует в случаях, когда деяние «медика» непосредственно не повлекло наступления вреда, однако снизило эффективность предоставленного лечения, что повлекло за собой негативные последствия для пациента.

Преграды в установлении причинной связи появляются также в случаях, когда осуществление лечения и наступление вреда разведены во времени, а также при условии принятия лечебных мер несколькими работниками. Это обусловлено тем, что лечебный процесс охватывает четыре стандартных этапа: сбор информации о пациенте; определение диагноза; выбор и проведение лечения; определение места и времени оказания помощи. При таких условиях нужно проверять версии о наличии причинной связи между каждым медицинским действием отдельно и их комплексом в целом, также каждым из вызванных последствий, что значительно усложняет процесс расследования.

Наряду с этим для решения задачи по установлению причинной связи важное значение имеет построение следственных версий о возможном источнике возникновения болезненного состояния, развитие которого привело к неблагоприятному исходу лечения с участием специалистов-медиков, поскольку следователь самостоятельно в отсутствие информации и участниках выдвигать предположения относительно этой категории уголовных производств не может [132].

Для выполнения задачи по установлению причинно-следственной связи в следующей главе настоящего исследования нами предлагается криминалистическая тактическая операция.

В отношении установления вины подозреваемого лица и мотивов его действий, то подлежит выяснению, кто фактически осуществлял лечение или на кого возложена нормативно-правовыми актами обязанность ее предоставления: медицинский работник или другое лицо. Если медицинскую помощь оказывало лицо, которое не является медиком, то следует установить его личные данные, семейное положение, образование, место учебы или работы, должность, характеристики с места работы и проживания, состояние здоровья и тому подобное.

В случае, когда виновным лицом оказывается медицинский работник, надо выяснить: какое образование у виновного лица; имеет ли лицо право осуществлять лечение; наделено ли оно правом осуществлять лечение соответствующей специализации; возложена ли на лицо законодательными актами обязанность заниматься лечением; какой у него стаж занятия лечебной деятельностью; какой объем и какими нормативными актами регламентируется полномочия лица в связи с занятием им соответствующей должности; или в соответствующем случае лицо оказывало медицинскую помощь в пределах своих полномочий или с их превышением; были ли случаи ненадлежащего исполнения своих обязанностей медицинским работником; если соответствующие факты имели место - какие меры принимались по результатам их рассмотрения; наличие у лица вины в форме преступной самоуверенности или преступной халатности.

Из обстоятельств, характеризующих личность пострадавшего, нужно установить его личные данные, профессию и условия на рабочем месте, образ жизни; сведения о состоянии здоровья и перенесенные заболевания до момента обращения за медицинской помощью; информацию о состоянии здоровья непосредственно перед и во время оказания медицинской помощи и тому подобное.

Выводы по разделу:

1. Существенной особенностью понятия «Частная методика досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК» является то, что оно представляет собой систему познавательной деятельности следователя, направленную на досудебное раскрытие, расследование и предупреждение медицинских уголовных правонарушений, обусловленную установлением объективной истины и предметом доказывания, основанную на принципах уголовного процесса. Эта деятельность складывается из системы криминалистических тактических задач, операций и приемов, основанных на разработке типичных следственных ситуаций, формулировании типичных следственных версий, определении круга установления и доказывания типичных доказательств и ориентиров для установления виновного лица, а также изучении принципов, стандартов и правил оказания медицинской помощи и услуги, личности медицинского работника и пациента. Криминалистическая методика досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения может учитывать и

быть адаптированной к служебной деятельности следователя в зависимости от условий работы, региона, творческого применения законов техники в новых следственных ситуациях.

2. Особенности криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст.317 УК РК, по нашему мнению, являются:

- криминалистически значимая и следовая информация о медицинском уголовном правонарушении, которая составляет содержание типичных следственных ситуаций;

- сведения о предмете посягательства медицинского уголовного правонарушения;

- данные о способах совершения медицинского уголовного правонарушения, способе сокрытия следов и образовании в целом механизма совершения медицинского уголовного правонарушения;

- типичные особенности личности медицинского или фармацевтического работника;

- данные о личности пациента, пострадавшего от некачественного оказания медицинской помощи или услуги;

- обобщенные данные о наиболее распространенных медицинских уголовных правонарушениях;

3. Криминалистическая характеристика как эффективный инструмент следователя позволит выработать общий и частный алгоритм расследования каждого медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК, вооружит органы уголовного преследования системным подходом к изучению феномена медицинского уголовного правонарушения. Научный критерий криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения позволит тщательно провести расследование и внести поправки в процесс досудебного расследования с учетом практики применения. Обращая внимание на элементы криминалистической характеристики, необходимо подчеркнуть, что каждый элемент требует полного изучения в целях пополнения научных знаний о процессе расследования и формировании общей и частной методики досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений.

4. Возникающие типичные и менее типичные следственные ситуации на начальном этапе расследования уголовного дела о медицинском уголовном правонарушении по ст. 317 УК РК, это неоднократно повторяющийся объем информации о совершении медицинского уголовного правонарушения, который содержится в материалах начала досудебного расследования, что обуславливает систему и последовательность решения задач расследования. Предложенные типичные следственные ситуации являются результатом обобщения опыта расследования медицинских уголовных правонарушений и построения типичных моделей, описывающих существенные признаки, общие для медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК. Среди предложенных типичных следственных ситуаций нами выделены наиболее и

менее типичные, которые могут иметь разные результаты досудебного расследования уголовного дела.

5. Продуктивное планирование досудебного расследования по медицинским уголовным правонарушениям – это сложный, многоаспектный, плодотворный, динамический процесс, который заключается в оптимальном решении задач, стоящих перед следователем, с минимальными затратами времени и умелым маневрированием силами и средствами, которые имеются у следователя на вооружении. Выдвижение версий совершения медицинского уголовного правонарушения позволяет правильно выстроить алгоритм действий следователя и органов дознания в их взаимодействии. По нашему мнению, необходимо объединить и апробировать два метода досудебного расследования MindMap и Таблицы доказательств и доказательственных фактов. Степень конкретизации частной методики досудебного расследования уголовных правонарушений зависит от юридически детализированной степени общественно опасного деяния и от последующих наступающих криминальных последствий. По объему конкретизация может подразумевать только полный алгоритм следственных и негласных следственных действий субъектов досудебного расследования. Для некоторых уголовных правонарушений алгоритм является сложным, поскольку он охватывает несколько связанных уголовных правонарушений.

6. Методика досудебного расследования отдельных видов уголовных правонарушений как заключительная часть криминалистики предполагает принципиальную задачу просвещения следователей комплексом научных и методологических знаний, необходимых для досудебного раскрытия, расследования и предотвращения определенных видов уголовных правонарушений в различных расследуемых ситуациях. Такой подход к повышению профессионального уровня расследования уголовных дел дает возможность эффективно использовать новые методы, синтезировать их между собой, обеспечить творческий подход, повысить мотивацию профессионального развития, рационально организовать досудебное расследование и достигнуть результата расследования с меньшими затратами.

7. Обстоятельства, подлежащие установлению по медицинским уголовным правонарушениям можно выразить в виде перечня, который включается в себя следующее:

1) обстоятельства, касающиеся самого события медицинского уголовного правонарушения;

2) обстоятельства, относящиеся к личности пациента, которому причинен вред;

3) обстоятельства, относящиеся к личности медицинского работника, который оказал некачественную медицинскую помощь или услугу;

4) причинно-следственную связь между оказанием медицинской помощи и наступлением последствий для пациента;

5) вид и размер вреда, причиненного медицинским уголовным правонарушением; обстоятельства, отягчающие или смягчающие уголовную

ответственность и наказание; обстоятельства, влекущие освобождение от уголовной ответственности и наказания; обстоятельства о мерах противодействия расследованию и сокрытию следов медицинского уголовного правонарушения.

8. Названные обстоятельства, подлежащих установлению, в составе частной методики расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного статьей 317 УК РК играют роль процессуальных задач, которые следователь обязан разрешить в ходе досудебного расследования. Систематизация и обоснование каждого из названных обстоятельств, определяет направление и четкость расследования в зависимости от поставленных целей, тем самым определяя понимание содержания самого процесса расследования. Установление обстоятельств, подлежащих доказыванию важная задача органов уголовного преследования, потому как служит гарантом объективного, полного и всестороннего досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения.

3 КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДОСУДЕБНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УГОЛОВНОГО ПРАВОНАРУШЕНИЯ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО СТ. 317 УК РК

3.1 Криминалистические тактические операции последующего этапа досудебного расследования

Важным направлением досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений являются криминалистические тактические операции по его проведению.

Начало учения о тактической операции принадлежит А.В. Дулову. По его мнению, тактическая операция представляет собой сложный комплекс, систему, а не простую «... совокупность (блок) следственных, организационно-управленческих и обслуживающих действий» [133].

Проблема разработки понятия криминалистической тактической операции А.В. Дуловым явилось следствием того, что в свое время ученые-криминалисты видели определенные кризисы творческие. Так, Н.К. Кузьменко отмечал, что «... криминалистика, занимаясь в настоящее время главным образом вопросами отдельных следственных действий, не дает рекомендаций о построении системы действий по делу в целом» [134].

Далее А.В. Дулов пишет, что термин операция имеет отношение к военному делу и военной науке. Так, в Большой Советской Энциклопедии, она определяется как «... комплекс боевых действий различных родов войск, входящих в состав войскового соединения и объединенных общим оперативным замыслом» [135]. Со временем термин «операция» все шире стал использоваться в криминалистике для обозначения комплекса следственных, негласных следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий, направленных на достижение определенных целей в зависимости от поставленных задач.

В современной науке криминалистике существует две основные точки зрения относительно содержания тактической операции.

Первая точка зрения, изложена К.Г. Ивановым, Н.А. Марочкиным, В.Я. Решетниковым, А.Б. Смушкиным и другими. Это тактическая операция – как система согласованных между собой следственных, оперативно-розыскных и иных мероприятий, направленных на решение определенной задачи досудебного расследования.

Другая точка зрения, предложенная Р.С. Белкиным, О.Я. Баевым, А.В. Дуловым, А.А. Эксархопуло и другими. Это тактическая операция – как комплекс следственных и негласных следственных действий, оперативно-розыскных и иных процессуальных мероприятий, а также система тактических приемов, которые реализуются в рамках одного следственного действия.

Не отдавая предпочтения ни тем, ни другим, мнение которых имеют ценность, хотелось бы отметить, что вопросы о структурных элементах тактической операции до сих пор остаются дискуссионными. В этом плане

можно согласиться с мнением Л.В. Галановой о том, что «... деятельное движение к определенной цели или решению той или иной проблемы наиболее продуктивно, когда не пытаются сразу добиться конечного результата, а делят процесс его достижения на отдельные этапы» [136].

В ходе досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, для всех выделенных типичных следственных ситуаций, можно применить несколько общих тактических операций.

Первая тактическая операция, её условно назовем: «*Изучение личности медицинского работника*». Для реализации этой тактической операции имеют значение сведения, которые характеризует лицо, оказавшееся в поле зрения. Это могут быть: медицинский или фармацевтический работник, работник организации бытового или иного обслуживания населения. Тщательное и щепетильное изучение личности медицинского, фармацевтического работника, работника организации бытового или иного обслуживания населения является условием правильной оценки действия или бездействия. В последующем – установления вины либо ее отсутствия по уголовному делу. В ходе изучения личности необходимо тщательно уделить внимание не только изучению свойств личности, но и также обратить внимание на уровень образования, уровень специальных познаний, профессиональные качества, соответствие своей должности и квалификации.

Для реализации этой тактической операции можно рекомендовать выполнить следующее:

- истребовать документы, подтверждающие первичное специальное образование, документы о прохождении повышения квалификации и т.п. медицинского или фармацевтического работника;

- затребовать должностные инструкции, копию штатного расписания, устав медицинского учреждения;

- допросить коллег в качестве свидетелей на предмет внутренних взаимоотношений, отношения к работе;

- получить характеристику от работодателя, изучить послужной список, истребовать копию трудовой книжки для изучения личности на прежних местах работы;

- для полноты допросить выборочно пациентов или клиентов, получавших услугу, об отношении к пациентам (клиентам);

- путем допроса соседей и друзей в качестве свидетелей получить характеристику по месту жительства, в том числе от участкового уполномоченного инспектора полиции;

- изучить социальные сети, в которых присутствует изучаемая личность или данный фигурант;

- в отдельных случаях, когда в поле зрения попадают несколько фигурантов из числа медицинских работников, находящихся под подозрением, необходимо провести судебно-психологическую экспертизу с целью установления лидерских способностей каждого фигуранта.

Выполнение тактической операции по изучению личности медицинского работника дает возможность получить сведения о профессиональной подготовке, образовании, навыках и опыте медицинского работника; психологических особенностях характера; отношении к своей работе, к пациентам; наличии признаков девиантного поведения; определить психологическую направленность; выявить жизненные приоритеты; определить трудовую нагрузку; уровень заработной платы, наличие мотивации в медицинской работе, участие в медицинских интернет-форумах.

Сбор характеризующего материала на медицинского работника возможен посредством проведения перечисленных допросов свидетелей, выемки служебной документации. Возможно расширить изучение личности путем получения характеристик по месту обучения и диплома, среди преподавателей, сокурсников.

Особое внимание следует уделить изучению присутствия медицинского работника в социальных сетях. Социальные сети в настоящее время относятся к четким и конкретным показателям направленности личности в целом. Человек находящийся в сети может сознательно быть источником агрессии по отношению к другим людям. Это может коснуться и медицинского работника, и его отношения к пациентам. По этой причине для изучения социальных сетей можно привлечь специалистов в области кибербезопасности и психологии, каждый из которых будет выполнять свои задачи в ходе изучения личности медицинского работника.

Вторая тактическая операция, её условно назовем: «Изучение личности пациента». При возможном возникновении и сформировании такой тактической операции при досудебном расследовании всех медицинских уголовных правонарушений, в них условно устанавливается наступление тяжелых последствий для пациента или клиента. В ходе изучения личности потерпевшего необходимо выяснить предрасположенность лица к определенным заболеваниям. Например, узнать особенности человеческого организма, на основе имеющихся медицинских записей и обследований потерпевшего до факта обращения по уголовному делу, частоту обращения пациента в медицинские учреждения. По данной тактической операции можно предложить выполнить следующее:

1. Допрос потерпевшего по факту обращения для получения медицинской помощи или услуги. В ходе допроса необходимо выяснить причины обращения, состояние на момент обращения, факт учета в медучреждениях, наличие хронических и других заболеваний. Допрос потерпевшего имеет важное значение для установления и закрепления состояния до момента обращения и после наступления негативного исхода процесса оказания медицинской помощи или услуги. Устанавливая названные «границы», следователь получает поле деятельности, ограниченное промежутком времени и действиями медицинского работника.

2. Производство выемки амбулаторных карт по месту прикрепления пациента. Изъятые медицинские документы будут подтверждением показаний

самого потерпевшего. По этим документам можно произвести дополнительный допрос с целью уточнения некоторых моментов относительно состояния здоровья, хронических заболеваний и т.п.

3. Допрос соседей и родственников в качестве свидетелей. Эти следственные действия помогают сформировать общую характеристику состояния здоровья потерпевшего, в идеальных условиях показания названных лиц должны подтвердить показания самого потерпевшего. В ходе допросов необходимо получить характеристику на потерпевшего об образе жизни, наличии вредных привычек, свойств характера, выяснить о наличии или отсутствии комплаентности, ранее перенесенных травм и болезней. Эти данные могут оказаться ценными для сличения их с данными анамнеза, которые собрал медицинский работник.

4. Допрос коллег и друзей потерпевшего. Эти допросы необходимы для построения психологического портрета потерпевшего, его отношении к незнакомым людям, выяснения уровня агрессивности и других нравственно-психологических свойств.

5. По месту работы провести выемку копий трудовой книжки, медицинских документов у медицинского работника, например, бюллетеней, справок и др.

Третья тактическая операция, её условно назовем: «Установление причинно-следственной связи между оказанием медицинской услуги (услуги) и наступлением тяжких последствий для пациента (клиента)». Исследование причинно-следственных связей «... позволяет установить причастность конкретного лица к расследуемому преступлению, выявить причины и условия, способствовавшие совершению данного преступления, разработать предложения по их предотвращению и направить в соответствующие инстанции...» [137].

Наиболее сложной по количеству затраченного времени и умственных усилий занимает выполнение третьей тактической операции. По этой причине следователю необходимо в обязательном порядке использовать визуальное отображение действий и результатов при ее выполнении. Универсальным инструментом для закрепления собранных доказательств и доказательственных фактов будет использование ранее описанного метода Таблицы доказательств и доказательственных фактов.

Анализ следственной практики демонстрирует, что установление причинной связи является одним из самых трудоемких и сложных процессов. Определение и обоснование этого признака объективной стороны медицинского уголовного правонарушения во взаимосвязи с деянием медицинского работника и наступившими последствиями чаще всего становятся главной целью досудебного расследования этого вида уголовных правонарушений.

Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей может иметь место на любой стадии лечебно-диагностического процесса. Негативное последствие в результате дефекта оказания медицинской помощи может

наступить не сразу, а с течением времени. В связи с этим перед следственным аппаратом стоит задача установления связи между наступлением неблагоприятных последствий и дефектом оказания медицинской помощи или услуги. Доказывание детерминации последствий по некоторым уголовным делам о медицинских уголовных правонарушениях бывает недостижимым.

Необходимо рассмотреть весь процесс оказания медицинской помощи в качестве цепи событий и действий. Каждое звено может иметь логическое завершение в виде обращения, диагностики и получения медицинской услуги. Эти условные звенья необходимо разбирать детально по датам, времени, количеству и объему медицинских услуг. Наличие дефекта на определенной стадии диагностики и лечения может повлечь за собой появление «эффекта бабочки». Если интерпретировать, то неправильная диагностика влечет за собой неэффективное лечение, которое может явиться вредным для пациента или же неправильно выбранная тактика лечения на начальном этапе может вызвать неправильное последующее лечение. Но и с другой стороны, мы можем предположить, правильная диагностика может повлечь выбор неправильных средств лечения врачом ввиду своего невежества или халатного отношения к своим обязанностям.

Для реализации этой тактической операции можно рекомендовать выполнить следующее:

1. Произвести выемку медицинской документации в учреждениях, где пациент наблюдался, получал медицинские услуги, обращался за медицинской помощью. Осуществить выемку, с привлечением специалистов в соответствующих отраслях знаний и науки, тех данных с персональных рабочих компьютеров цифровой информации, относящейся к ведению истории болезни.

2. С привлечением независимых узких специалистов произвести осмотр медицинской документации, изучить последовательность действий медицинских работников, оказавших медицинскую помощь и услуги, все действия разбить по дням и времени, при необходимости составить таблицу.

3. По имеющимся данным (составленной таблице) произвести допросы каждого медицинского работника, участвовавшего в диагностическом и лечебном процессах, в качестве свидетеля, имеющего право на защиту. В ходе допросов необходимо выяснить, какие показатели явились причиной выполнения их медицинских манипуляций над пациентом, какими нормативными документами они руководствовались, использовали ли положения доказательственной медицины. Также необходимо отметить, что свидетель, имеющий право на защиту, в силу его процессуального происхождения, должен быть заинтересованным в конечном результате, следовательно, речь идет о его возможном переходе в статус подозреваемого [138].

4. Назначить комиссионную судебно-медицинскую экспертизу качества оказания медицинской помощи или услуги.

Четвертая тактическая операция, условно назовём её «Установление хронологии событий», заключается в установлении последовательности событий, имевших место в реальных условиях. Это является важным условием для воссоздания картины механизма развития дефекта или наличия халатности при оказании медицинской услуги и предшествующих ему действий потерпевшего как пациента во взаимосвязи с манипуляциями со стороны медицинского работника. Для выполнения данной тактической операции эффективно использовать метод ретроспективного моделирования [139]. Ретроспективное моделирование или как процесс познания прошлого криминального события, может выступить в виде универсального инструмента. Реализация данного метода познания заключается в построении и изучении модели каких-либо явлений и процессов, объектов или их системы для тщательного исследования [140]. Целью четвертой тактической операции будет установление последовательности всех точек в цепи криминального события и факта. Это позволит закрепить следовую информацию и последующим преобразованием её в доказательство, свидетельствующее о наличии предоставленных медицинских услуг, процедур, обследований, диагностики, лечения и т.д. Разграничение каждого события по времени с детализацией или условно до 1-го часа может дать возможность установления факта наступления отрицательных последствий в виде обнаруженных симптомов у пациента и т.п. Определение временных промежутков находится в зависимости от индивидуальности каждого уголовного дела. По нашему мнению, можно для начала предложить разграничение в промежутки, равные 24 часам, то есть измеряемые сутками, а затем детализировать каждые сутки до более коротких временных отрезков. Для наглядности реализации данного метода и получения возможных результатов в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, на наш взгляд, можно предложить использовать зарисовки схем, выделенные различным цветом в Таблице доказательств и доказательственных фактов. Например, в зависимости от полученной медицинской услуги, медицинского учреждения и др. Такой подход позволит выявить упущения в проведении диагностики и лечения. Для правильной реализации этой тактической операции рекомендуется выполнить следующее:

1. Подробно допросить потерпевшего на предмет установления хронологии одновременно изучив и отраженные записи в медицинских документах, проводя параллели между медицинской документацией и событиями.

2. Допросить в качестве свидетелей родственников или лиц, которые сопровождали потерпевшего в момент получения медицинской помощи и услуги, на предмет уточнения времени обращения в медицинские учреждения.

3. В ходе допросов предъявлять для обозрения выписки из медицинских документов, чтобы уточнить время и исключения его из ошибочного определения.

В ходе допроса при необходимости обратить внимание на производство осмотра средств телефонной и сотовой связи медицинских работников и

пациента. Это необходимо реализовать для того, чтобы узнать о входящих и исходящих звонках, тем самым получить сведения о времени и дате их совершения, примерном содержании телефонных разговоров. Получение этих данных можно произвести путем выемки сведений у оператора связи или путем осмотра средств связи с привлечением специалистов для просмотра журнала звонков.

4. В случае имеющихся противоречий между ранее допрошенными лицами, предусмотреть возможность проведения очных ставок для уточнения и детализации времени и обстоятельств отдельных событий;

3.2 Криминалистические тактические приемы, реализуемые при проведении отдельных следственных и негласных следственных действий в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

Криминалистический анализ уголовных дел по ненадлежащему исполнению профессиональных обязанностей медицинскими работниками позволяет сделать вывод, что наиболее распространенными следственными действиями являются здесь следственный осмотр, изъятие медицинских документов и предметов, допросы потерпевших, свидетелей и подозреваемых лиц, назначение судебно-медицинской экспертизы на предмет качества оказания медицинской услуги.

Осмотр документов может производиться как самостоятельное следственное действие на месте их выявления или в кабинете следователя, так и при проведении осмотра места происшествия с занесением информации о месте обнаружения и описания документов в протокол осмотра места происшествия.

Для участия в осмотре может быть приглашен потерпевший, подозреваемый, защитник, законный представитель и другие участники уголовного производства. С целью получения помощи по вопросам, требующим специальных знаний, следователь для участия в осмотре может пригласить специалистов.

При проведении осмотра места происшествия разрешается изъятие только тех вещей и документов, что имеют значение для уголовного производства. Все изъятые вещи и документы подлежат немедленному осмотру и опечатыванию с заверением подписями лиц, участвовавших в проведении осмотра. В случае если осмотр вещей и документов на месте осуществить невозможно или их осмотр связан с осложнениями, они временно опечатываются и хранятся в таком виде, пока не будут осуществлены их окончательные осмотры с целью определения их необходимости для доказывания и принятия по ним процессуального решения о приобщении или исключении из материалов уголовного дела.

При осмотре следователь, процессуальный прокурор или приглашенный специалист вправе проводить измерения, фотографирование, звуковые видеозаписи, составлять планы и схемы, изготавливать графические

изображения осмотренного места или отдельных вещей, изготавливать отпечатки и слепки, осматривать и изымать вещи и документы, имеющие значение для уголовного производства. Предметы, запрещенные законом к обращению, подлежат изъятию независимо от их отношения к уголовному производству. Изъятые вещи и документы, не относящиеся к предметам, запрещенным законом к обращению, считаются временно изъятым имуществом.

Некоторые авторы выражают в целом одинаковые по существу мысли относительно понятия «осмотра как следственного действия». Г.А. Пашинян и В.Н. Волошко считают, что следственный осмотр является комплексом познавательных действий следователя, заключающихся в непосредственном восприятии качеств, состояния, характерных признаков и связей объектов материального мира с целью установления места происшествия, обстановки, поиск средств совершения преступления и предметов, которые могут быть вещественными доказательствами, и других обстоятельств, указывающих на совершение преступления или имеющих значение для правильного расследования уголовного дела [141].

А.П. Рыжакوف достаточно узко понимает понятие осмотра, считая, что это следственное действие, направленное на сбор доказательств путем непосредственного наблюдения за объектом, не являющимся телом лица, и его отражением в соответствующем протоколе [142].

Не отрицая приведенных понятий, считаем, что под осмотром можно понимать непосредственное исследование и процессуальную фиксацию, в том числе посредством использования специальных знаний и средств следователем, прокурором, судом местности, помещений, предметов, документов и трупов с целью установления обстоятельств происшествия, выявления следов уголовного правонарушения и других объектов, которые могут быть вещественными доказательствами, а также других обстоятельств, имеющих значение для уголовного производства.

Под другими обстоятельствами, которые подлежат установлению в ходе проведения осмотра необходимо отнести фиксацию обстановки места, где была оказана медицинская услуга, необходимо указать какое оборудование имеется и тому подобное. Это даст оценку действиям медицинского работника, о том, была ли у него полноценная возможность оказания качественной медицинской услуги. Устанавливается и наличие систем видеонаблюдения, систем контроля доступа медицинского персонала в те или иные помещения медицинского учреждения, что позволит сделать выводы о том, кто мог присутствовать в момент оказания медицинской услуги и тем самым определить или сузить круг причастных лиц. Тщательность осмотра необходимо соблюдать при описании медицинского оборудования, подвергнутого осмотру на месте происшествия. Это создает возможность определения оборудования неиспользуемого и непригодного для оказания медицинской услуги на месте происшествия.

Осмотр документов определяют как следственное действие, заключающееся в их изучении и исследовании с целью выявления и фиксации

признаков, придающих документам значение вещественных доказательств, а также установление удостоверенных ими или изложенных в них обстоятельств и фактов, имеющих значение для дела [143].

Л.В. Сухарникова приводит понятие медицинского документа как должным образом оформленного материал-носителя, содержащего сведения о проведенном лечении на разных этапах, имеет официальный источник происхождения, определенную форму, реквизиты и составляется в соответствии с установленной процедурой [144].

В юридической литературе чаще всего по таким делам основными источниками доказательств называют медицинские карты амбулаторного и стационарного больного, считая другие первичные учетные медицинские документы менее криминалистически значимыми или производными. С такой позицией трудно согласиться, поскольку лечебный процесс достаточно сложный и начинается обычно с оказания медицинской помощи работниками скорой помощи, а не с момента поступления больного в лечебное учреждение. Врачи достационарного этапа при оказании медицинской помощи решают вопрос определения дальнейшего места лечения пациента: амбулаторное лечение в поликлинике, в домашних условиях или госпитализация для стационарного лечения.

Наряду с этим при досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений недопустимо отдавать предпочтение одним источникам доказательств, игнорируя или умаляя значение других, что приводит к невозможности следователям правильно реконструировать весь процесс оказания медицинской помощи. Отметим, что приводить весь перечень медицинской документации, в которой учитывается лечебная деятельность, сложно и не требуется, поскольку он варьируется в зависимости от вида заболевания или повреждения и учреждения или подразделения, оказывавшего медицинскую помощь.

Как отмечал И.Ф. Огарков, неправильное ведение медицинской документации заключается в незаполнении отдельных пунктов, отсутствии подписей и дат, отсутствии полного описания проведенных диагностических и лечебных мероприятий; небрежных и малограмотных записях, наличии разногласий между историей болезни и другими документами; наличии дописок и подчисток [145]. Часто небрежное отношение врачей к ведению медицинской документации приводит к невозможности полной оценки действий медицинских работников комиссионной судебно-медицинской экспертизой.

При осмотре медицинских документов следует обращать внимание на признаки механических изменений текста определенных документов или их частей. Для этого следователь самостоятельно или с помощью эксперта-криминалиста, что более целесообразно, предварительно осматривает документы с целью наличия следов пищеварения, подчистки, исправлений, дописок, вставок и т.д. Окончательное заключение по техническому состоянию исполненного документа делается соответствующим экспертом в ходе технико-

криминалистической экспертизы документов. На этапе же изъятия документов предварительное заключение об их подделке побуждает следователя выяснить условия хранения и режим доступа к соответствующей медицинской документации.

Учитывая тот факт, что медицинская документация в отношении пациента в последнее время ведется в электронном формате, то использование вышеописанных рекомендаций не применимо. Использование баз данных, содержащих электронные истории болезни и другие медицинские документы, не позволяют привычным способом их изучить. Для их изучения необходимо «переформатирование» собственного сознания для применения новых инновационных методов, которые включают в себя применение специальных познаний. Криминалистические рекомендации по изучению электронной медицинской документации освещены в следующем разделе настоящей работы.

Ещё одним из самых популярных следственных действий по уголовным делам о медицинских уголовных правонарушениях является допрос.

Н.И. Порубов определяет допрос как процессуальное средство получения и проверки информации, содержащее в себе процессуальный, криминалистический, организационный, психологический и нравственный аспекты [146].

В.Ю. Шепитько характеризует допрос как процессуальное действие, представляющее собой регламентированный уголовно-процессуальными нормами информационно-психологический процесс общения между лицами, участвующими в нём, направленный на получение свидетельств об известных допрашиваемому факте, имеющих значение для установления истины по делу [147].

Допрос в процессуальном доказывании является связующим звеном между средствами сбора доказательств, направленных на получение показаний, и их проверкой, осуществляемой путем проведения следственных действий. Это обусловлено тем, что гносеологическая природа допроса, основанная на методе познания, касается и других следственных действий, что сближает и обуславливает их тесную взаимосвязь. Характерно здесь то, что следователь постоянно должен сохранять инициативу в направленности медицинскими работниками общения, в регулировании процесса обмена информацией.

Допрос является тактически и психологически сложным следственным действием, которое в большинстве случаев проходит в условиях конфликтности и противостояния допрашиваемого. Следователь, как утверждал Р.С. Белкин, это обусловлено не только тем, что следователю в ряде случаев противодействует лицо, не желающее говорить правду или давать показания в целом, но и возможностью наличия в показаниях лица, сообщаемого следователю все известные ему сведения по делу, ошибок и искажений, которые во время допроса следует своевременно выявить и учесть при оценке и использовании показаний [148].

Результативность допроса в ходе исследуемой категории уголовных производств зависит от профессиональных навыков следователя, прокурора по

применению тактических приемов в зависимости от процессуального статуса и владения специальными медицинскими знаниями допрашиваемых. Также на информативность рассматриваемого вербального следственного действия влияет качество подготовки к его проведению. К таким подготовительным действиям или тактическим приемам относят: определение предмета допроса; предварительное изучение личности допрашиваемого; составление примерного плана предстоящего допроса; определение круга и принятие мер по обеспечению участия в следственном действии других участников в соответствии с законом; определение тактически оптимальных мест и времени проведения следственного действия; подготовка для тактического использования материалов дела и вещественных доказательств; определение тактической необходимости и обеспечения использования звука и видеозаписывающей техники для фиксации течения допроса [149]. Считаем, что отдельным пунктом тактики подготовительного этапа допроса должно быть обязательно ознакомление следователям с организационно-распорядительными и нормативно-правовыми актами, регуливающими соответствующую сферу медицинской деятельности, специальной медицинской литературой.

Что касается предмета допроса, то отмечает В.А. Коновалова, что он охватывает обстоятельства, которые необходимо установить во время расследования, и на его формирование в каждом случае влияют два фактора: перечень обстоятельств, подлежащих выяснению по делу, и данные, которые должны быть известны или могут быть известны лицам, причастным к происшествию преступления [150].

При расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинскими работниками, можно выделить такие виды допроса, как допрос потерпевшего, как первоочередное следственное действие, допрос свидетелей, допрос специалиста, допрос эксперта и допрос подозреваемого. При подготовке к каждому виду допроса целесообразно привлекать стороннего специалиста, который поможет следователю правильно сформулировать и определить очередность постановки вопросов, что позволит минимизировать количество тактических ошибок.

Следовательно, допрос потерпевшего о ненадлежащей предоставленной медицинской помощи должен быть, если это объективно возможно, проведен безотлагательно, что обусловлено, во-первых, вероятным ухудшением его состояния здоровья, во-вторых, возможностью получения сведений от лица, непосредственно причастного к той лечебной деятельности и могущего наблюдать ее течение полностью или частично. При оценке показаний потерпевшего следователь должен учитывать специфику формирования отражений и воспроизведения соответствующих событий в памяти потерпевшего, что обусловлено его психофизиологическим состоянием. Имеет значение, например, ощущение боли, оскорбления за причиненный вред и т.п.

При допросе потерпевшего следователь выясняет особенности его профессиональной деятельности, условия проживания, наличие в прошлом

травм, перенесенных или хронических заболеваний. В дальнейшем устанавливаются обстоятельства возникновения и протекания болезни или повреждения до момента обращения за медицинской помощью. Также необходимо выяснить, применялись ли допрашиваемыми самостоятельно или другими лицами методы лечения до обращения в медицинское учреждение.

После этого следователем ставится блок вопросов относительно диагностических лечебных мероприятий, которые применялись к пациенту после обращения за квалифицированной медицинской помощью. Выясняются обстоятельства обращения в учреждение, период и методы обследования и параметры проведенных исследований, содержание выставленного диагноза и рекомендуемого лечения, характеристика выполнения как пострадавшим, так и медицинским работником назначенного лечения. Относительно каждого из указанных обстоятельств необходимо установить медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь на каждом из этапов лечения, и характер их непосредственного участия. Также следователь должен выяснить у потерпевшего его состояние как после каждого этапа, так и после окончания лечения в целом. При этом можно использовать рекомендации данные для осуществления второй тактической операции.

Что касается допроса свидетелей, то Ф.Ю. Бердичевский предлагал свидетелей профессиональных преступлений медицинских работников делить на две группы: а) свидетели-неспециалисты. Например, родственники, соседи, больные, находившиеся вместе с пациентами в медицинском учреждении и т.п.; б) Свидетели-специалисты, например, медики, принимавшие участие в лечебной деятельности, специалисты, проводившие ведомственную проверку и т.п. [129, с. 253].

Л.В. Сухарникова предлагает делить их на следующие группы: 1) медицинские работники, участвовавшие в оказании медицинской помощи потерпевшему и контролировавшие ее качество; 2) медицинские работники, обладающие организационно-распорядительными функциями; 3) больные, находившиеся одновременно с пациентом в лечебно-профилактическом учреждении, их родные; 4) родные, друзья, знакомые потерпевшего, обладающие сведениями о состоянии его здоровья, развитии заболевания и обстоятельствах оказания ему медицинской помощи; младший медицинский персонал – санитарки, регистраторы и т.д. [151].

В качестве свидетелей должны быть допрошены также медицинские работники, которые хотя и не участвовали в оказании медицинской помощи потерпевшему, но наблюдали за отдельными моментами ее предоставления и могут сообщить полезную для следствия информацию.

При допросе свидетелей, обладающих специальными медицинскими знаниями, следователь должен быть готов к общению с использованием специальной терминологии, не всегда понятной ему. Поэтому снова отметим, что к допросу целесообразно привлекать специалиста, который поможет понять содержание получаемых сведений и сформулировать вопросы, которые следует задать допрашиваемому.

При допросе медицинских работников, участвовавших в оказании медицинской помощи потерпевшему, следователь должен выяснить объем обязанностей соответствующих свидетелей и нормативно правовые акты, которые их регламентируют, а при необходимости копии таких документов следует изъять и приложить к материалам уголовного дела. Среди других вопросов, которые следует задать допрашиваемому, должны быть вопросы содержания и особенностей диагностирования поставленного диагноза, проведенных исследований, системы и специфики назначенного лечения. Что касается методики лечения, то следует выяснить, происходило ли уточнение поставленного диагноза, привлекались ли для дополнительной консультации другие специалисты и каким образом были учтены их выводы в ходе дальнейшего лечения. У такой группы свидетелей выясняется их мнение относительно причин возникновения дефектов в оказании медицинской помощи, которые привели к причинению вреда пациенту, и возможности их предвидения и избегания. В процессе допроса целесообразно предъявлять отдельные медицинские документы с целью актуализации памяти и проверки отдельных сведений, указанных в документации. Оценивая полученную в результате информацию, следователь должен учесть, что медицинские работники могут скрывать или искажать определенные сведения, что обуславливается профессиональной солидарностью или желанием сохранить хорошие отношения с администрацией учреждения. В качестве выявления таких действий со стороны медицинского работника необходимо предварительно с помощью независимого специалиста изучить стандарты оказания медицинской услуги, порядок их оказания, обратиться к опыту доказательственной медицины.

При допросе медицинских работников, выполняющих организационно-распорядительные функции в соответствующем подразделении или больнице в целом, кроме указанных выше вопросов, выясняют порядок и особенности организации предоставления медицинской помощи в соответствующем отделении, устанавливаются лица, на которых возложена обязанность контролировать лечебную деятельность соответствующего медика, и нормативные акты, где закреплены соответствующие возможности. То есть, при допросе этой категории свидетелей следователь должен выяснить особенности организации предоставления медицинской помощи, сопоставить ее с нормативными требованиями и установить, какие и почему имеют место нарушения.

Если из допроса потерпевшего, его родственников или медицинской документации следователь получил информацию о предварительном лечении аналогичного или иного диагноза в другом медицинском учреждении, обязательно необходимо провести допрос медиков, осуществлявших такое лечение. Они могут сообщить как отдельные особенности физиологических реакций организма пострадавшего, так и высказать свое мнение о причинах наступления дефектов для здоровья последнего. Ценна также информация, полученная от медицинских работников, которые исправляли недостатки,

причиненные ненадлежащими принятыми медицинскими мерами, поскольку они наблюдали состояние пациента после соответствующих преступных действий. Во время допроса каждого из таких свидетелей следователю целесообразно выяснять их мнение о причинах наступивших негативных последствий для потерпевшего. Такая информация в сочетании с другими уликами может использоваться для построения следственных версий.

Что касается допроса свидетелей, не являющихся специалистами в медицинской сфере, которые не могут в полной мере понимать суть тех или иных медицинских манипуляций, то полученные от них показания будут менее специализированы, но от этого не менее значимы. Родственники и знакомые потерпевшего могут охарактеризовать состояние пострадавшего при обращении за медицинской помощью, а также изменения, наблюдаемые за весь период его лечения. Также они могут владеть информацией о предварительном или одновременном лечении больного другими специалистами, соблюдении им прописанного режима лечения и т.д. Больные, которые находились в медицинском учреждении вместе с потерпевшим и наблюдали отдельные обстоятельства, могут как охарактеризовать действия и выражения медиков, так и пациента по ходу лечения последнего. В ходе допроса этой категории лиц необходимо избегать вопросов, которые могут дать необъективные критерии оценки качества предоставляемых медицинских услуг. Кроме этого следует минимизировать использование медицинской терминологии, поскольку они могут ее не понимать или понять ложно. Если следователем для консультации был привлечен специалист, то перед ним тоже целесообразно поставить соответствующее требование.

При подготовке к допросу подозреваемого следует детально изучить материалы уголовного производства, в том числе изъятые медицинские документы, особенно составленные самим подозреваемым, справки специалистов и заключения судебно-медицинской экспертизы, протоколы допросов потерпевшего, свидетелей, экспертов и т.п. Целесообразно с помощью специалиста определить тактику постановки вопросов при допросе, определив их содержание и очередность. Следует продумать возможность предъявления или объявления допрашиваемому отдельных материалов уголовного производства с целью преодоления противодействия последнего. Своевременное предъявление всех или отдельных доказательств в зависимости от личности допрашиваемого, занятой им позиции и ситуации допроса может стать эффективным средством преодоления следователем выбранной обвиняемым линии поведения в отношении искомой информации [152]. Такое использование доказательств является тактическим приемом по реализации следователем имеющейся доказательственной информации как путем непосредственного так и опосредованными способами ознакомления с ней допрашиваемого с целью изменения ложной позиции, а также получения свидетельств по предъявленным доказательствам и связанным с ними обстоятельствам расследуемого уголовного дела [153].

Допрос подозреваемого по каждому этапу лечения пациента следует строить «от общего к особенному». Например, устанавливая обстоятельства проведения обследования потерпевшего, сначала у допрашиваемого выясняются общие положения методики обследования при соответствующих симптомах, в дальнейшем подробно выясняется порядок проведения диагностирующих мероприятий с привязкой к конкретному случаю.

Отметим, что допрос подозреваемого особенный тем, что он является лицом, которому лучше других известны все обстоятельства ненадлежащей медицинской помощи, а потому следует обратить внимание на сообщение допрашиваемой информации, которую не могло знать лицо, не проводившее лично соответствующее медицинское мероприятие.

Учитывая ограниченность знаний следователя по поводу закономерностей лечебной деятельности и возможность извращения подозреваемым тех или иных сведений, целесообразно к допросу привлекать специалиста, обладающего необходимыми медицинскими знаниями.

Ф.В. Глазырин отрицает эффективность такого тактического приема, считая, что наиболее благоприятным психологическим фактором является допрос «один на один» [154]. Однако соглашаемся с тем, что установление благоприятной психологической атмосферы допроса при наличии других участников, кроме подозреваемого, будет менее сложным для следователя, чем самостоятельное общение в рамках этого следственного действия с медицинским работником, обладающим объемом специализированных знаний и стремящимся избежать уголовной ответственности за ненадлежащие действия своих коллег. В таком случае специалист будет способствовать более точному и более полному пониманию допрашиваемого, употребляющего в показаниях специальную терминологию; поможет проанализировать действующие специальные правила, инструкции и другие документы; установить способ совершения преступления; разоблачить ложные показания, касающиеся специальных вопросов [155].

В ходе допроса подозреваемого следует выяснить информацию о его профессиональной квалификации, в частности, сведения о специальной медицинской подготовке, медицинском стаже в целом, а также стаже работы по соответствующей специализации. Полученная информация позволит, во-первых, определиться с тактической линией допроса и методами установления психологического контакта, во-вторых, позволит оценить позицию потерпевшего по причине негативных последствий для пациента из-за отсутствия надлежащих теоретических и практических навыков. Как отмечалось, также нужно получить сведения о технологии оказания медицинской помощи соответствующего вида пациентам.

После выяснения общих сведений допрашиваемому ставятся вопросы о характеристике личности потерпевшего, его индивидуальных физиологических особенностях и чертах имеющегося патологического процесса. Допрашиваемый должен описать место, время и обстоятельства оказания медицинской помощи соответствующему лицу; применяемые меры

диагностики, а также медицинские показания для их применения. Подозреваемый должен объяснить взаимосвязь полученных результатов обследования с выбранной методикой лечения, объяснив влияние выбора каждого из показателей исследования.

В дальнейшем подробно должна быть восстановлена картина применения лечебных мероприятий: какие, в какое время, кем, на основе каких показателей состояния пациента. Если медицинские манипуляции проводились не непосредственно подозреваемым, следует выяснить, был ли он обязан проконтролировать их результаты, а если нет, то на кого возложена такая обязанность.

Выяснению подлежит информация о динамике течения заболевания и соответственно лечения больного. Как они контролировались, проводились ли исследования по влиянию медицинских мероприятий на состояние пациента, если да, то какие были результаты и каким образом корректировалась выбранная методика лечения.

После допроса подозреваемого о ходе лечебной деятельности можно переходить к вопросу возникновения дефектов (ошибок), причинивших вред здоровью или жизни пациента. Выясняется позиция допрашиваемого по поводу возникновения недостатков в лечении и возможности их устранения. Если соответствующий дефект не устранен, то с чем это связано. Подозреваемый допрашивается относительно характера последствий, наступивших для пациента, принимались ли меры к их исправлению, если кем, какие и почему именно такие, если нет, то по каким причинам. Наконец, нужно получить показания подозреваемого о возникновении дефектов в оказании медицинской помощи и причинах их неустранения, в полной или в какой мере и было ли оказано своевременно. Во-вторых, о причинах нанесения соответствующего вреда для здоровья или жизни пациента, причин их несвоевременного противодействия и т.д.

Среди ориентировочных вопросов, которые ставятся при расследовании рассматриваемой категории преступлений во время допроса подозреваемого выделяют: правильно ли установлен диагноз больному, если нет, чем это обусловлено и к каким последствиям привело; или в полном объеме было в условиях лечебного учреждения проведено обследование больного; соответствовало ли примененное лечение установленному для больного диагнозу; не было ли противопоказанным лечение, примененное к больному; имели место нарушения действующих инструкций о лечении, какие конкретно отклонения наблюдались, к каким последствиям они привели и кто за соответствующее нарушение должен нести ответственность; правильно ли проводились послеоперационный уход и лечение больного [156]. Однако следует иметь в виду, что врачи довольно часто не признают свою вину, зная о сложности установления причинных связей между действиями, осуществляемыми при оказании медицинской помощи, и причиненным для пациента вредом. Поэтому нельзя рассчитывать на получение объективных и правдивых ответов при допросе этой категории лиц. Необходимо учесть и

процессуальную возможность подозреваемого воспользоваться правом отказа от дачи показаний, то есть процесс установления истины по делу осуществляется совокупностью других доказательств.

Во время допроса для установления истины целесообразно предъявлять медицинские документы, заключения экспертных исследований или показания лиц, противоречащих позиции подозреваемого, выясняя причины таких разногласий. Вся полученная в ходе допроса подозреваемого информация должна быть детально и объективно проверена посредством сопоставления с имеющимися доказательствами и поиском новых.

Таким образом, представляется, допрос подозреваемого при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинскими работниками, можно подать в следующей схеме: 1) допрос лица в форме свободного рассказа, когда допрашиваемый сообщает все, что ему известно об обстоятельствах дела; 2) допрос подозреваемого в форме «вопрос-ответ», когда ставятся как уточняющие или дополняющие вопросы по поводу сообщенных лицом сведений, так и вопросы, касающиеся новых обстоятельств; 3) предъявление имеющейся в материалах дела медицинской документации с целью разоблачить ложные показания допрашиваемого или получить его объяснения по поводу их содержания; 4) демонстрация закрепленных процессуально показаний потерпевшего, других свидетелей по факту оказания медицинской помощи, в результате которой лицу причинен вред; 5) фиксация полученных показаний в соответствии с уголовно-процессуальным законом путем протоколирования, аудио- и видеофиксации с последующей демонстрацией допрашиваемому для ознакомления и сличения с составленным протоколом

В качестве тактической рекомендации можно предложить применение негласных следственных действий по негласному получению информации о соединениях между абонентами и абонентскими устройствами, негласному наблюдению за подозреваемым лицом. Данные мероприятия целесообразно выполнять после допроса подозреваемого лица, которое во время допроса испытывает переживания по поводу начатого досудебного расследования по факту ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей и может предпринять действия, направленные на формирование противодействия процессу объективного расследования. В подобные моменты возможно установить круг лиц, которые имеют свою причастность к оказанию медицинской помощи пострадавшему пациенту, установить суть разговоров, имеющих значение для правильного разрешения тактических задач.

В ряде уголовных дел по медицинским уголовным правонарушениям, где в качестве преступного последствия выступает смерть пациента, возникает необходимость проведения такого следственного действия как эксгумация. Уголовно-процессуальный порядок проведения эксгумации регламентирует глава 28 УПК РК. В процессе досудебного расследования уголовного дела по медицинскому уголовному правонарушению по ст. 317 УК РК в целях обеспечения полноты может возникнуть необходимость в получении образцов

для экспертизы, проведении самой экспертизы и установлении иных обстоятельств, имеющих существенное значение для дела. Эксгумация как следственное действие имеет ряд уголовно-процессуальных требований, одно из которых наличие санкции суда. Постановление об проведении эксгумации обязательно для администрации места захоронения.

Получение разрешения на эксгумацию подразумевает убедительную аргументацию ее необходимости. В процессе подготовки ходатайства о производстве целесообразности эксгумации нужно учесть мнения родственников, их убежденность в проведении эксгумации, это важное условие для исключения жалоб и заявлений в отношении органа уголовного преследования. То есть, следователь обязан провести работу по психологической подготовке родственников, убедить их оказать содействие для получения объективных последующих результатов, из-за которых проводится это следственное действие. Организация досудебного расследования уголовного дела возлагается на орган уголовного преследования. Следовательно необходимо составить план проведения этого следственного действия и привлечь необходимых специалистов. К таким специалистам нужно отнести и персонал администрации места захоронения и лиц, которые будут выполнять действия по раскопке. Нравственная сторона этого следственного действия предполагает выполнить действия по раскопке места захоронения усопшего, но при этом надо избегать нарушения эстетичности самого места захоронения. Это означает, что следственное действие должно проходить в спокойной обстановке без проявления отрицательных эмоций, при соблюдении сохранности построек самого места захоронения и рядом стоящих. Проведение этого следственного действия не должно порождать конфликтов, которые могут отразиться на объективности общего хода досудебного расследования уголовного дела. Значение эксгумации заключается в возможности получения заключений экспертизы, например, гистологического исследования, целостности костного строения организма и другого.

3.3 Научные и специальные знания, применяемые в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

В сфере здравоохранения складывается негативная тенденция качества предоставления медицинской помощи, в связи с чем в средствах массовой информации и данных правоохранительных органов все чаще появляются сведения о негативных последствиях, наступающих для здоровья пациентов врачебных учреждений. Одно из важных мест в методике досудебном расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, занимает вопрос эффективного применения специальных знаний, что связано, в первую очередь, с особенностями сферы общественных отношений, которые посягают на такие преступные деяния.

Специальные знания — это теоретические знания и практические навыки в области конкретной науки, техники, искусства или ремесла, полученные в результате специальной подготовки или профессионального опыта [157].

С точки зрения Д.В. Зотова, понятие «специальные знания» является, в первую очередь, элементом, определяющим процессуально-правовое состояние эксперта и специалиста. То есть специальные знания — это сначала обязательный элемент процессуального статуса указанных выше субъектов, а затем качественный показатель знаний. Благодаря владению специальными знаниями экспертом и криминалистом, их процессуальный статус отличается от положения других участников уголовного производства, которые могут обладать различными научными знаниями [158].

Говоря об использовании специальных знаний при досудебном расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинскими работниками, речь надо вести о специальных медицинских знаниях. Как специальные знания в целом, так и медицинские, в частности, в ходе уголовного производства могут использоваться как в процессуальных, так и в непроцессуальных формах.

К процессуальным формам использования специальных знаний относят: привлечение специалиста для участия в проведении следственных действий; проведение судебных экспертиз; получение следователем разъяснений от лиц, проводивших экспертизу и допрос эксперта [159]. К непроцессуальным, в свою очередь, можно отнести: проведение ведомственных проверок, а также дальнейшее использование их результатов при принятии процессуальных решений; получение консультации у специалиста вне следственных и негласных следственных действий; непосредственное ознакомление следователя со специальной литературой и нормативными актами, относящимися к расследуемому событию.

Среди перечисленных процессуальных форм использования специальных знаний наиболее распространены привлечение специалиста к проведению следственных и негласных следственных действий для выявления, закрепления и изъятия доказательств и, безусловно, назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз.

Одной из первых в советской правовой науке о необходимости введения в уголовное производство такой новой процессуальной фигуры, как специалист высказалась Э.Б. Мельникова, рассмотревшая целесообразность его участия в осмотре места происшествия, осмотре вещественных доказательств, получении образцов для сравнительных исследований и в следственном эксперименте [160].

Исходя из того, что к специалисту обращаются с целью получения профессиональной консультации при проведении, например, осмотра места происшествия, осмотра и изъятия медицинской документации, освидетельствования, допроса, обыска и других следственных действий, он может применять те или иные средства или самостоятельно, по поручению уполномоченного лица или помогать в их использовании. Таким образом,

специалист непосредственно наблюдает определенные обстоятельства, имеющие или те, что могут иметь значение для досудебного расследования преступления.

В связи с этим, как считал В.Н. Махов, возможно выделение еще одной процессуальной формы применения специальных знаний на досудебном следствии – допроса специалиста по правилам допроса свидетеля [161].

В литературе неоднократно обращалось внимание на нецелесообразность допроса специалиста, привлеченного к участию в следственном действии, как свидетеля, учитывая их разный правовой статус, права, обязанности и характер приобретенного знания специалиста, поскольку если в свидетельских показаниях ценны прежде всего его наблюдения, особенности восприятия им информации, то в показаниях специалиста на первый план выходят его точка зрения и умозаключение [162].

Как отмечает Ф.Ю. Бердичевский, комиссионность судебно-медицинской экспертизы по оценке принадлежности оказанной медицинской помощи обусловлена, во-первых, комплексностью лечебных мероприятий, правильность которых проверяется во время следствия, во-вторых, в лечении больного часто участвуют врачи разных специальностей, в-третьих, отрицательный результат заболевания может быть связан с разноплановыми заболеваниями [20, с. 19; 121, с. 48-53].

Как утверждал В.Н. Махов, присутствие следователя во время проведения экспертизы позволит избежать или свести к минимуму необоснованное назначение повторной и дополнительной экспертизы, а также дополнительных вызовов экспертов на допрос для выяснения тех частей заключения, которые остались для следователя непонятны [163]. Также присутствие следователя может быть полезно для эксперта в случае необходимости получения последним объяснений. Это позволит в редких случаях заменить предоставление дополнительных материалов, что, в свою очередь, сэкономит время проведения экспертизы. Безусловно, личный контакт следователя и эксперта поможет некоторым деталям предмета экспертизы уточнить на месте [164].

Судебно-медицинскую экспертизу как один из видов судебных экспертиз, В.Л. Попов определял, как предусмотренное и регламентированное законом научно-практическое исследование конкретных объектов, проводимое врачом для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении дознания, досудебного расследования и судебного разбирательства. Следует уточнить, что соответствующее исследование проводит все же судебно-медицинский эксперт, а врача соответствующей специализации и квалификации привлекают по необходимости или в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов.

Таким образом, под судебно-медицинской экспертизой при досудебном расследовании «профессиональных преступлений» медицинских работников можно понимать предусмотренное и урегулированное законом и подзаконными

нормативно-правовыми актами научно-практическое исследование определенных объектов, проводимое судебно-медицинскими экспертами с привлечением врача соответствующей специализации для решения конкретных диагностических медицинских и медико-биологических вопросов, имеющих значение для досудебного следствия и судебного разбирательства.

Свое заключение экспертная комиссия дает после прикладных исследований подаваемых для исследования объектов. В целом объект судебно-медицинской экспертизы в производствах, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников, представляет собой определенную систему, структурными элементами которой являются конкретные объекты [165], есть закономерное возникновение информации о них в результате отражения, являющегося свойством всех материальных объектов, явлений и процессов, включая болезнь и действия медицинских работников [166].

Таковыми объектами являются:

1) медицинская документация установленной формы, где отражены клинические сведения о пациенте, медицинская карта амбулаторного больного (амбулаторная карта), медицинская карта стационарного больного (история болезни), сопроводительное письмо скорой медицинской помощи, журнал регистрации больных в медицинском учреждении. Некоторые из них в электронном формате;

2) сам пациент при необходимости проведения дополнительного обследования во время экспертизы;

3) протокол патологоанатомического исследования трупа, включая данные гистологического исследования его тканей;

4) протокол биопсионного исследования биологического материала;

5) гистологические объекты (зафиксированные части тканей и органов трупа и т.п.);

6) соответствующий акт судебно-медицинского исследования трупа, включая результаты судебно-медицинских лабораторных экспертиз и исследований (судебно-химические и т.п.);

7) протоколы клинико-анатомических конференций;

8) акты ведомственных проверок, ведомственного контроля качества предоставления медицинских услуг;

9) акты вневедомственного контроля;

10) необходимые материалы дела (заявления заинтересованных лиц, протоколы допросов медицинских работников, свидетелей, других лиц, владеющих информацией о деянии, служебные характеристики медицинского персонала, лицензионно-аккредитационная документация лечебного учреждения и т.д.).

Кроме названных объектов к ним также можно отнести протокол операции, заключения гистологических, рентгеновских, электрокардиологических исследований и лабораторные данные.

По наблюдениям И.Г. Вермеля, чаще всего на рассмотрение экспертной комиссии выносятся вопросы характера заболевания потерпевшего;

правильности диагностики и полноты обследования; правильности проведенного лечения или определенных действий медицинских работников; последствия неправильного лечения или неправильных действий и возможность их предупреждения; о причине смерти [167].

На основе указанных положений и изученных материалов уголовных дел о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками можно привести более детальный перечень вопросов, которые целесообразно ставить перед экспертами. Отметим, что они вытекают из обстоятельств, подлежащих установлению следователем при досудебном расследовании уголовных правонарушений и оценке действий подозреваемых с точки зрения уголовного закона. Эксперт же изучает предоставленные для исследования материалы уголовного производства и дает заключение, основываясь на результатах прикладных специальных исследований.

Следовательно, эксперту целесообразно ставить задание установить, через какую болезнь или повреждение фактически пострадало лицо; какая медицинская помощь должна быть предоставлена при наличии такой патологии у пациента и какими нормативными документами регламентируется предоставление необходимого вида медицинской помощи, например: клинические протоколы, стандарты, инструкции и т.п.; какой возможен результат для пациента при предоставлении надлежащей медицинской помощи на этом этапе развития теории и практики медицины. Отвечая на эти вопросы, можно установить состояние пострадавшего и вероятный положительный результат при отсутствии дефектов лечебной деятельности. Также нужно определить, какой вред причинен для здоровья и жизни личности, ее характер и причины наступления.

Эксперт должен ответить на вопрос, какие дефекты в оказании медицинской помощи имели место. Если имели место недостатки в лечении, то какие конкретно правила и нормы оказания медицинской помощи нарушены. Необходимо ответить на вопрос, кем были допущены обнаруженные в лечении дефекты. При этом в случае оказания медицинской помощи несколькими лицами следует отметить, какие обязанности и правила, возложенные на каждого из медиков персонально и как надлежащие или ненадлежащие действия каждого, повлияли на конечный результат. Если эксперт приходит к выводу, что имелись организационные недостатки в оказании медицинской помощи, то следует указать, на основе изучения должностных инструкций и ведомственных актов, ответственное за организацию конкретного этапа лечебной деятельности лицо.

В теории уголовного права, как общеизвестно, для установления и привлечения к уголовной ответственности лица необходимо наличие в действиях или бездействиях признаков состава уголовного правонарушения, причинно-следственной связи между деянием и последствиями. Это положение является аксиомой, поэтому перед экспертом нужно ставить вопрос, имеется ли причинно-следственная связь между негативными последствиями для пострадавшего лица и выявленными дефектами предоставления медицинских

услуг. Следует проанализировать механизм взаимодействия каждого дефекта отдельно с наступившими последствиями, чтобы установить, что именно привело к причинению вреда. Также целесообразно установить, возможно ли было избежать вреда здоровью пациента при надлежащем исполнении профессиональных обязанностей медиками.

После ответа экспертом на вопросы, какие именно действия повлекли за собой ненадлежащую медицинскую помощь, нужно определить, владел ли соответствующий медицинский работник надлежащими профессиональными знаниями и навыками, которые давали бы ему право оказывать соответствующую медицинскую помощь в необходимом для пациента объеме. Наряду с этим следует установить, он, исходя из конкретных условий места, времени, обстановки и т.д., имел ли возможность принять необходимые медицинские меры. В случае негативного вывода о наличии правовой и фактической возможности оказать специализированную медицинскую помощь, соответствующую патологии потерпевшего, нужно определить, какого содержания и объема должен был и имел возможность предоставить помощь медик исходя из своих профессиональных характеристик.

Для выяснения следователем обстоятельств, характеризующих субъективное отношение подозреваемого к своим поступкам, на рассмотрение эксперту выносятся вопросы оценки возможности медицинского работника с его уровнем знаний и навыков предусмотреть наступление негативных последствий вследствие его действий или бездействия.

Ответы на все вышеприведенные вопросы отражаются в заключении и должны быть четкими, научно обоснованными и исключать возможность двойной трактовки или сомнения. Если на любые вопросы эксперты не смогли дать ответ, то об этом обязательно следует указывать с объяснением причин, которые не позволили этого сделать. Экспертная комиссия должна определить наличие или отсутствие и характер недостатков в действиях медицинских работников, причины таких дефектов, а также как они повлияли на конечный результат оказанной медицинской помощи. Поскольку уголовная ответственность в РК индивидуализирована, то эксперты должны по возможности дать конкретный ответ, какие именно действия и каких конкретно медиков привели к причинению вреда здоровью или жизни пациента.

Проводя экспертизу, комиссия должна принимать во внимание фактические обстоятельства организационного и материально-технического обеспечения, которые влияли на оказание медицинской помощи. Если они окажутся ненадлежащими, то в заключении также следует отразить, кто отвечает за их обеспечение и чем обусловлены выявленные недостатки [26, с. 81].

Проведение допроса экспертов позволяет следователю выяснить содержание отдельных понятий и формулировок; уточнить данные, характеризующие компетенцию каждого из экспертов и их отношение к делу; выяснить ход исследования предоставленных материалов, применяемых методик, оборудования и т.п.; установить причины разногласий между объемом

поставленных вопросов и ответами эксперта или протокольной частью заключения и его итогами; выявить идентифицирующие и диагностирующие признаки, которые позволили экспертам сделать соответствующие выводы; выяснить причины разногласий выводов отдельных членов комиссии; проверить полноту использования экспертами предоставленных материалов и т.д. [168].

Перечисленные рекомендации в том или ином похожем содержании отчасти уже имеются в методиках досудебного расследования ятрогенных преступлений. Эти рекомендации можно применить и при досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений в Республике Казахстан.

Одной из существенных проблем, возникающих при проведении судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской услуги, являются «размытые» заключения экспертов. Думается, что корпоративность самих медицинских работников, оказавших некачественную медицинскую услугу, и судебно-медицинских экспертов является одной из важных причин того, что вина медицинского работника по уголовному делу часто не установлена. Эксперты в таких заключениях указывают на неправильные действия врачей, прямо описывают допущенные ошибки, нарушения, при этом выражают вину врача в процентном соотношении, например, 70/30, 60/40, 50/50 и т.д. И в последствии эксперты могут дать заключения о том, что действия врача прямо не связаны с наступлением негативных последствий для пациента, то есть не состоят в причинной связи. Для большинства следователей, ведущих расследование по данным видам уголовных правонарушений нет возможности проверки этого заключения, поэтому следователи прибегают к назначению комиссионной экспертизы с целью проверки ранее данного заключения судебно-медицинской экспертизы.

Ученые-криминалисты уже отмечали такие причины и предлагали пути преодоления этого вида противодействия досудебного расследованию.

Нами предлагается новая форма взаимодействия следственных подразделений и судебно-медицинских бюро в целях искоренения фактов дачи заведомо ложных заключений по уголовным делам по медицинским уголовным правонарушениям. Возникла необходимость установления взаимодействия между тремя ведомствами Министерством внутренних дел, Министерством юстиции, Министерством здравоохранения Республики Казахстан. Каждое из этих ведомств представляет определенный вид работы в этом направлении. МВД обеспечивает досудебное расследование уголовного дела по медицинским уголовным правонарушениям наиболее опытными следователями. Минюст обеспечивает проведение судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи или услуги наиболее опытными экспертами. Минздрав обеспечивает участие независимых специалистов высокой квалификации в области экспертного исследования. Предлагается урегулировать данный вид взаимоотношений путем создания межведомственного приказа. Инициатором приказа с нашей точки зрения должен выступить Следственный департамент

МВД РК, заинтересованный в качественном досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений. Приказ должен содержать общие цели и задачи, обеспечивающие качественное досудебное расследование медицинских уголовных правонарушений с привлечением специальных научных познаний, которыми обладают эксперты и узкие специалисты, а также порядок предоставления экспертов и специалистов для производства экспертизы. В обязательном порядке должна быть предусмотрена дифференцированная оплата труда в зависимости от степени квалификации и наличия ученой степени каждого привлеченного эксперта и узкого специалиста. В случаях привлечения узких специалистов к проведению судебно-медицинской экспертизы с отрывом от основной трудовой деятельности необходимо регулирование вопросов освобождения их от основных обязанностей (с сохранением рабочего места) для производства экспертизы.

Опрос медицинских работников, привлекаемых к проведению экспертиз показал, что привлечение их производится с отрывом от рабочего процесса, лечебной деятельности и на бесплатной основе. То есть узкий специалист принимает на себя дополнительную трудовую нагрузку, которая снижает качество основной работы, его медицинской деятельности, при этом качество экспертизы может тоже гипотетически «страдать». Незаинтересованность узких специалистов в участии при проведении судебно-медицинской экспертизы обусловлена прежде всего отсутствием оплаты труда. В конечном итоге судебно-медицинские эксперты выдают своё заключение на основании результатов привлеченных узких специалистов.

Корпоративность медиков – наибольшая проблема с чем сталкивается общество, когда ведется досудебное расследование по медицинским уголовным правонарушениям. «Размытость» заключений судебно-медицинских экспертиз обусловлена именно этим фактором. Универсального способа преодоления такого «корпоративного» противодействия не существует.

На примере уголовного дела по заявлению гр. Исеновой К.А. по факту причинения вреда её новорожденному сыну Алемжану можно сделать вывод, что медицинские эксперты неоднократно давали заключение об исключении вины медицинских работников перинатального центра. Органы следствия принимали процессуальные решения о приостановлении уголовного дела в виду отсутствия лиц, подлежащих привлечению к уголовной ответственности на основании заключений эксперта. Это решение было изменено экспертами ввиду того, что в момент обследования пострадавшего независимыми врачами в Израиле был установлен диагноз: «Последствия тяжелой краниоспинальной травмы шейного отдела позвоночника. Ротационный подвывих С1 вправо, подвывих С2 влево. Вялый парапарез обеих рук». Здесь налицо явное присутствие корпоративного духа медицинских работников, оказавших медицинскую услугу и судебно-медицинских экспертов, которые не подвергли сомнениям выводы узких специалистов.

Для преодоления подобного рода противодействия досудебному расследованию медицинских уголовных правонарушений предлагается на базе Минздрава РК создать отдельные независимые группы узких специалистов из числа наиболее опытных и пользующихся авторитетом врачей в медицинском сообществе. Привлечение узких специалистов необходимо осуществлять на конфиденциальной основе.

Цель создания специальных групп – проверка правильности данного судебно-медицинского заключения. Соблюдение конфиденциальности узкого специалиста – важный фактор обеспечения объективности судебно-медицинского заключения. Материалы дела и медицинские документы необходимо предоставлять в «обезличенном» виде, чтобы исключить возможность распознавания узкими специалистами среди фигурантов уголовного дела своих знакомых, родственников и т.п. Также считается необходимым не указывать истинные анкетные сведения о пациенте.

Для объективного судебно-медицинского исследования качества оказания медицинской помощи в рамках уголовного дела необходимо рассмотреть возможность привлечения иностранных узких специалистов из числа лиц, которые находятся на территории Республики Казахстан временно или постоянно. Требования ко всем привлекаемым узким специалистам должны быть унифицированы. Для привлечения иностранных узких специалистов необходимо разрешить вопрос об оплате стоимости их услуг путем вынесения следственными органами постановления об оплате услуг специалиста и внесении этих затрат в перечень судебных издержек.

Подводя промежуточный итог, отметим, что заключение эксперта в уголовных производствах по профессиональным преступлениям медицинских работников является одним из важнейших доказательств, поскольку содержит оценку их действий с профессиональной точки зрения медицинской науки и практики. Значение, которое придавалось экспертизе в уголовном судопроизводстве, ранее можно оценить по словам Л.Е. Владимирова: «Судьи и присяжные не могут критически относиться к экспертизе, для понимания оснований которой требуется целый ряд лет научных занятий. ...Суд самостоятелен в выборе экспертов. Но раз последние избраны, суд следует за ними, как слепой за поводырем» [169].

Однако, в настоящее время все доказательства (включая заключение эксперта) оцениваются судьями свободно по своему внутреннему убеждению, исходя из знания всех материалов уголовного дела в совокупности. И приоритет не может быть «выдан» даже заключению эксперта.

Сложность процесса досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений в настоящее время в некоторой степени обусловлена переходом на электронный формат ведения медицинской документации, это означает постепенный полный переход от бумажного документооборота к электронному. Процесс сбора доказательств постепенно приобретает явно «цифровой» характер. Этот процесс предполагает высокую эрудицию и профессионализм представителей следственных подразделений в вопросах

обработки информации системами баз данных при помощи электронно-вычислительных машин в виде компьютеров. Природа следственного доказывания заключается в получении «следов» и их исследовании в уголовно-процессуальной форме. Легко представить изъятый след обуви на месте происшествия и провести ряд мероприятий, которые направлены на установление лица, его оставившего. Этот след материальный, легко осязаемый. У большей части населения Земли есть представления о следе обуви, который может оставить человек. Среднестатистический гражданин может элементарно изучить след и провести самые простые точные замеры, не обладая специальными познаниями, потому что обладает жизненным опытом.

Электронные доказательства как таковые не имеют физической оболочки, но могут храниться на материальных объектах: жестких дисках, распечатках, в памяти устройств, флэш-накопителях и других материальных объектах в виде программ, отдельных файлов, набора символов. Электронные доказательства в виде медицинской истории болезни представляют собой информацию об обращении в медицинское учреждение, анамнезе, диагностике, процессе лечения пациента, вносимой с использованием ЭВМ в виде компьютера, на котором установлена соответствующая программа. Внесение информации в медицинские документы осуществляется посредством компьютера, лицом, оказывающим медицинскую услугу или помощь. Программа представляет собой совокупность данных, операций, алгоритма их выполнения, работающих в различных комбинациях. Запуск программы осуществляется через исполнительный файл, который чаще всего имеет расширение в виде «*.exe» или «*.com». Внешняя визуализация программы называется программной оболочкой или интерфейсом. Именно программная оболочка и сам исполнительный файл чаще всего пользователями ЭВМ воспринимается как сама программа. Такие программы, как КМИС, Дамумед и другие, реализованы не в одном исполнительном файле, к ним в качестве информационной платформы прилагаются базы данных, в которых происходит хранение всей медицинской информации, вносимой в процессе оказания медицинской помощи и услуги. Интерес следственных подразделений для досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений представляет сама база данных, которая содержит в себе всю медицинскую информацию, то есть следовую информацию. Среди следователей существует поговорка: «Там, где ходишь, должны следы оставаться». Понимание этой поговорки в практическом смысле означает, что появление медицинской информации в базе данных обусловлено манипуляциями с программой, которые совершает человек, а значит должны остаться «следы» этой манипуляции. Для понимания природы электронных следов можно представить себе художника, который рисуя маслом изменяет картину путем наложения новых штрихов поверх уже имеющихся. Образование новых наслоений красок может дать возможность определения предыдущих слоев и информации о них. В электронном доказывании проводится аналогия, в которой видоизменение информации носит наглядный характер, если применить расшифровку данных, например,

используя научно-технические средства. Для получения подобных результатов, о том, что информация в базе данных уже изменена, необходимо привлечение специальных научных познаний в области программирования, цифровой защиты и кибербезопасности. Для следующего примера можно привести любые цифровые фотоснимки, которые сделаны при помощи цифрового фотоаппарата и подверглись изменению в программе. В каждой цифровой фотографии содержатся метаданные, закладываемые в процессе получения кадра в фотоаппарате. Эти метаданные содержат информацию о том, когда был сделан кадр, на каком устройстве, какой размер, разрешение. Количество метаданных зависит от самого фотоаппарата и уровня его профессиональности. Однако при редактировании фотокадра в программах по обработке, часть метаданных подвергаются дополнению и изменению. В этих случаях появляются данные о том, в какой программе была произведена обработка фотокадра, кем, когда. Также можно отследить формат файла и изменение его размера.

Изменения цифровой информации – есть ничто иное как элемент предмета доказывания, если дело касается преодоления противодействия со стороны медицинских работников. Медицинские работники могут предпринимать попытки уйти от уголовной ответственности путем внесения изменений в уже имеющиеся истории болезней для сокрытия другой информации.

Цифровые следы могут быть выявлены, если в программе заранее прописаны средства защиты в виде протоколов безопасности, которые по умолчанию созданы для отдельного прямого протоколирования всех изменений информации в базе данных. Как правило, в момент внесения изменений указываются дата, время, изменения информации, имя работника персонала, который имеет доступ и вносит эти изменения. Если системы защиты информации не разработаны, это означает что условия для изменения информации существуют.

Думается, что специалист-программист может с уверенностью заявить о том, что большая часть программного обеспечения дает возможность внесения изменений в информацию уже имеющуюся. Исключением не является программа КМИС, Дамумед и другие, в которой работают медицинские учреждения по всей республике. Целью этой программы был переход от бумажного документооборота к электронному, способному обеспечить доступ каждого медицинского учреждения к досье пациента, но при этом обеспечение защиты является упущением этой программы.

В связи с этим, мы согласны с мнением Е.Н. Бегалиева, о том, что применение научно-технических средств, в рамках досудебного производства по уголовным делам, являются неотъемлемой частью деятельности сотрудников оперативно-криминалистических подразделений правоохранительных органов [170]. Этим мы предлагаем расширить возможности к получению доказательств по делам о медицинских уголовных правонарушениях по ст. 317 УК Республики Казахстан, то есть использовать специальные научные познания наряду с использованием научно-технических

средств, позволяющими без ущерба для медицинской практики, в медицинских учреждениях изъять необходимую информацию с носителей и служебных компьютеров, чтобы не «парализовать» работу медицинского учреждения и медицинского персонала.

3.4 Проблемы реализации криминалистической профилактики медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК

Говоря о качественном досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений, не следует забывать об эффективном уголовно-процессуальном и криминалистическом обеспечении профилактических мероприятий, которые должны направляться на предупреждение таких преступных деяний.

Следует отметить, что категория «профилактика преступлений» является более привычной в контексте криминологической науки, которая определяет ее как комплекс мероприятий, направленных на выявление, ограничение или устранение факторов преступности в целом и ее отдельных видов, общественной опасности личности преступника [171]. Однако криминология является своеобразной «сигнализирующей наукой», поскольку, хотя определяет основные направления и меры предупреждения преступлений, но не разрабатывает конкретных предупредительных средств и приемов, поскольку они относятся к компетенции других отраслей знаний и производства [172].

Сейчас можно с уверенностью утверждать, что профилактика медицинских уголовных правонарушений является одной из задач криминалистики. Применительно к криминалистической профилактике, своеобразие и сложность ее построения как составляющей науки криминалистики в том, что она опирается на положения и выводы общей криминологической теории профилактики преступности, но одновременно является элементом предмета такой науки, как криминалистика. Это обусловлено тем, что в условиях интеграции и дифференциации научного знания все большее число объектов становится общим для двух и более отраслей знания, каждая из которых исследует их в комплексе с другими или отдельно, в своем аспекте, исходя из своей цели.

Итак, криминалистическая профилактика решает свои профилактические задачи специальными методами, предоставляя правоохранительным органам научно обоснованные рекомендации относительно средств, тактических приемов и методик установления обстоятельств, способствующих совершению преступлений и сокрытию преступников [173].

Относительно содержания криминалистической профилактики, то, по утверждению В.Ф. Зудина, под предупреждением преступлений в криминалистике следует понимать специальную систему процессуально-тактических, научно-технических, частно-методических и организационно-воспитательных средств, методов с использованием общественных форм воздействия в отношении установления и устранения причин и условий, способствующих совершению преступлений [174].

И.Я. Фридман считал, что криминалистическое учение о профилактике изучает закономерности возникновения обстоятельств, способствующих правонарушениям, их выявление, исследование, оценку и использование для предупреждающих целей [175].

Говоря о криминалистической профилактике, И.И. Иванов использовал категорию «криминалистическая превенция», которую рассматривал как самостоятельную частную теорию криминалистики, она представляет систему научных положений и практических рекомендаций о закономерности разработки и использования в уголовном судопроизводстве технических средств, тактических и методических приемов для предупреждения подготавливаемых преступлений, своевременного выявления, быстрого, полного раскрытия и качественного расследования совершенных преступлений, пресечение конкретной преступной деятельности и ликвидации ее опасных последствий, выявления и устранения в процессе расследования обстоятельств, способствовавших совершению преступлений, преодолению любых форм противодействия расследованию [176].

Достаточно полно круг основных направлений криминалистической профилактики определил Н.П. Яблоков. Среди таких: изучение закономерностей образования, выявления и исследования следов-признаков криминогенных обстоятельств, характерных для определенных видов преступлений; исследование и разработка технико-криминалистических и тактических средств, приемов и методов обнаружения, фиксации и изучения обстоятельств криминогенного характера, защиты отдельных объектов от преступных посягательств; разработка и совершенствование методов и приемов выявления и устранения причин и условий, способствующих совершению преступлений; выделение в каждом случае расследования объектов криминалистически-профилактического воздействия; выявление и исследование особенностей типичных следственных ситуаций профилактического характера, которые возникают во время расследования, и разработка на их основе главных направлений деятельности по предотвращению преступлений; определение и прогнозирование комплекса профилактических мер, которые являются самыми эффективными и самыми действенными в каждой из соответствующих ситуаций; разработка и исследование мер пресечения отдельных видов преступлений и их предотвращения при подготовке, совершении или сокрытии [177].

Относительно проблемы определения места теории криминалистической профилактики в системе науки криминалистики, то сегодня многие ученые рассматривают криминалистическую профилактику как заключительный и самостоятельный элемент криминалистической методики. Решение вопроса о месте криминалистической профилактики в системе криминалистики позволит: упорядочить существующие представления о криминалистической профилактике в целом, её взаимосвязи с отдельными структурными разделами криминалистики и теории смежных наук; обнаружить в полной мере знания, достигнутые в сфере криминалистической профилактики и, соответственно, в

целом науки криминалистики; создать объективные условия для выявления роли и значения криминалистической профилактики в системе криминалистики; разработать теоретические основы обеспечения дальнейшего изучения проблем криминалистической профилактики в соответствии с растущими потребностями практики правоохранительных органов и общественных организаций [178].

По нашему мнению, нельзя согласиться с утверждением Г.Г. Зуйкова о том, что нецелесообразно вообще говорить о формировании учения о криминалистической профилактике, поскольку криминалистические средства, приемы и методы предупреждения и раскрытия преступлений разрабатываются в каждом из разделов криминалистики [179]. Считаем, что в рамках раздела «криминалистическая техника» рассматриваются технические средства, которые могут использоваться как в ходе досудебного расследования уголовных правонарушений, так и для их предупреждения, то есть такие технические устройства не имеют заранее установленного профилактического назначения. Это утверждение применимо и для приемов, разрабатываемых криминалистической тактикой. В частности, в ходе планирования досудебного расследования учитывается также возможность принятия мер для установления условий и причин, способствовавших совершению уголовного преступления; вероятность использования отдельных следственных действий для установления соответствующих обстоятельств наряду с основной их задачей.

Исследуя криминалистическую профилактику медицинских уголовных правонарушений, по нашему мнению, в первую очередь следует говорить о следственной профилактике.

Следственная профилактика на практике – это такая деятельность по выявлению причин и условий, способствовавших совершению уголовных правонарушений, которая является творческим процессом, и поэтому требует от следователя теоретических знаний, практических навыков и творческого мышления. Так, следователь должен не только в достаточном объеме владеть знаниями в сфере медицины, оказания медицинской услуги, организации оказания медицинской помощи и её стандартов, а также иметь способность к аналитической деятельности.

В ходе такой профилактики криминалистические методы должны быть направлены на пресечение совершаемого преступления или на предупреждение возможных преступлений [180]. Подобно средствам и методам экспертной профилактики средства и методы криминалистической профилактики следователя обусловлены спецификой тактической и методической сущности, являясь органическими составляющими системы приемов и методов досудебного расследования. И с другой стороны, является вторым направлением деятельности следователя по установлению причин и условий, способствующих совершению медицинского уголовного правонарушения.

Среди условий, способствующих ненадлежащему оказанию медицинской помощи, следует выделить: низкий уровень подготовки медицинских кадров; ненадлежащий уровень материально-технического обеспечения медицинской

отрасли; высокая латентность исследуемого вида преступлений; низкая социальная и юридическая защищенность медицинского работника; высокая нагрузка; несоответствующий размер оплаты труда; отсутствие четких методик лечения, основанных на доказательственной медицине; ненадлежащий уровень контроля за качеством предоставления медицинских услуг со стороны руководства медицинского учреждения; ненадлежащий контроль за качеством ведения медицинской документации; ненадлежащий уровень организации лечебного процесса в медицинских учреждениях, в том числе, слабое взаимодействие в процессе медицинской практики между врачами различной специализации;

Перечень условий не ограничивается представленным списком и может быть расширен в зависимости от характеристик отдельного медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК.

Выводы по разделу:

1. Предложенные криминалистические тактические операции ни в коем случае не являются однозначными для обязательной реализации их в ходе досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений. Предложенные криминалистические тактические операции носят рекомендательный характер и учитывают практический следственный опыт автора. В предложенных тактических операциях имеются общие универсальные рекомендации, которые используются для общих тактических задач.

2. Применение тактических операций не ограничивает следственные подразделения в выборе средств и методов доказывания. Предложенные криминалистические тактические операции, тесно связаны со сложившейся типичной следственной ситуацией. Использование этих тактических операций может облегчить работу органов уголовного преследования в выполнении задач и достижении промежуточных результатов в общем процессе досудебного расследования по медицинскому уголовному правонарушению. Использование алгоритма криминалистических тактических операций позволит распределить силы и средства между субъектами уголовного преследования, а также создаст возможность на практике проверить работоспособность метода «таблицы доказательств». Рассматривая выполнение тактических операций в комплексе предложенных, а также других процессуальных и следственных действий обеспечат полноту, объективность и своевременность расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК. Универсальность предложенных тактических операций заключается в их использовании для досудебного расследования иных отдельных видов уголовных правонарушений в исходном или модифицированном виде.

3. Выбор и использование тактических приемов в досудебном расследовании медицинских уголовных правонарушений при проведении отдельных следственных действий является удобным и эффективным средством достижения целей доказывания. Использование

криминалистического инструментария в виде тактических приемов и тактических комбинаций способно свести процесс досудебного расследования к рациональному использованию средств и времени. Предложенные тактические приемы содержат в себе рекомендации по эффективному достижению целей, применение приемов в комбинации с негласными следственными действиями позволят существенно расширить возможности доказывания.

4. Не следует недооценивать такую форму непроцессуального применения специальных знаний, как непосредственное ознакомление следователя со специальной литературой и нормативными актами по расследованию ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Это позволит следователю более эффективно ориентироваться в медицинской терминологии, самостоятельно оценивать определенные медицинские действия, позволит улучшить взаимодействие следователя с экспертами, специалистами и т.п., а также легче устанавливать психологический контакт с лицами при совершении следственных действий в ходе уголовного производства. Еще одним важным моментом является формат современной медицинской деятельности – цифровое здравоохранение. Этот формат предполагает разработки нового подхода к процедуре досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения. Новый подход выражается в «переформатировании» методов исследования доказательств, разработки новых или адаптации уже используемых. Это свидетельство того, что технический прогресс, цифровизация движется вперед, а методы расследования остаются прежними «аналоговыми», то есть не успевающими за прогрессом.

5. Применение специальных знаний в комплексе с научно-техническими средствами в ходе досудебного расследования преступлений, связанных с ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей медицинскими работниками, являются его неотъемлемой составляющей, что все же требует дальнейшего усовершенствования правового регулирования их использования. Научно обоснованные и обусловленные практикой процессуальные и непроцессуальные формы использования специальных знаний позволяют следователю значительно оптимизировать процесс расследования, избежать ряда следственно-тактических ошибок.

6. Деятельность следователя по досудебному расследованию уголовного правонарушения, как и его профилактическая деятельность, обязательно должна планироваться комплексно. Так, планируя проведение допроса руководителя структурного подразделения лечебного учреждения, сотрудник которого осуществил ненадлежащее лечение, следователь должен определить не только перечень вопросов, касающихся непосредственно события преступления, а также вопросы особенностей организации оказания соответствующего вида медицинской помощи в целом и в больнице частности, о механизме взаимодействия и функций, возложенных на каждого из медицинских работников, участвовавших в оказании помощи. Целесообразно

также поставить конкретно вопрос о возможных причинах и условиях, которые могли способствовать такому преступлению, чтобы выяснить позицию допрашиваемого. Особенность криминалистической профилактики в том, что она начинает свое «действие» в тот момент, когда досудебное расследование по медицинскому уголовному правонарушению уже начато. Проведение процессуальных и следственных действий является своего рода превентивным воздействием, отчего недобросовестный медицинский работник может пересмотреть своё отношение к выполнению профессиональных обязанностей. Функция уголовного права, которая достигается путем криминалистической профилактики – воспитательная. Воспитательная функция позволяет медицинским или фармацевтическим работникам повысить качество своего отношения к профессиональным обязанностям, тем самым избежать дефектов оказания медицинской помощи или услуги. Наличие самого уголовного дела, начатого по факту причинения вреда пациенту – весомое условие для того, чтобы недобросовестные медицинские работники «насторожились» и прекратили свои преступные общественно опасные деяния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе диссертационного исследования нами изучались теоретические и методические основы досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК. С практической стороны рассмотрен организационный порядок досудебного расследования и криминалистические тактические рекомендации производства следственных и негласных следственных действий.

Законодательное закрепление и обеспечение надлежащей и качественной медицинской помощи в Республике Казахстан прошло через несколько этапов развития с момента обретения независимости в 1991 году. Международные стандарты и требования в области охраны здоровья закономерно обусловили развитие здравоохранения в Республике Казахстан, использование положений международных нормативных актов положительно повлияло на повышение качества оказания медицинской помощи.

Методика досудебного расследования отдельных видов уголовных правонарушений как заключительная часть криминалистики предполагает принципиальную задачу просвещения следователей комплексом научных и методологических знаний, необходимых для досудебного раскрытия, расследования и предотвращения определенных видов уголовных правонарушений в различных расследуемых ситуациях. Такой подход к повышению профессионального уровня досудебного расследования уголовных дел дает возможность эффективно использовать новые методы, синтезировать их между собой, обеспечить творческий подход, повысить мотивацию профессионального развития, рационально организовать досудебное расследование и достигнуть результата расследования с меньшими затратами.

Это позволило сделать следующие **выводы** и предложения:

1. Правовая регуляция отношений в сфере здравоохранения как индикатор определяет круг интересов и правовые границы. Обращение к нормам уголовного права возникает в тот момент, когда иное воздействие к надлежащему выполнению профессиональных обязанностей медицинского и фармацевтического работника становятся недостаточными, а действия и бездействия по характеру и степени общественной опасности подпадают под определения медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных главой 12 Особенной части УК РК.

1.1. Под частной методикой досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК следует понимать систему уголовно-процессуальных, оперативно-розыскных мероприятий, следственных и негласных следственных действий, закрепленных формой уголовно-процессуального законодательства, основанных на криминалистических методических рекомендациях, определенных предметом доказывания по медицинским уголовным правонарушениям, которая отвечает требованиям эффективности, экономии ресурсов и сил органа уголовного преследования.

1.2. Частная методика досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК, представляет собой систему познавательной деятельности следователя, направленную на досудебное раскрытие, расследование и предупреждение медицинских уголовных правонарушений, обусловленную установлением объективной истины и предметом доказывания, основанную на принципах уголовного процесса. Эта деятельность складывается из системы криминалистических тактических задач, операций и приемов, основанных на разработке типичных следственных ситуаций, формулировании типичных следственных версий, определении круга установления и доказывания типичных доказательств и ориентиров для установления виновного лица, а также изучении принципов, стандартов и правил оказания медицинской помощи и услуги, личности медицинского работника и пациента. Криминалистическая методика досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения может учитывать и быть адаптированной к служебной деятельности следователя в зависимости от условий работы, региона, творческого применения действующих законов техники в новых следственных ситуациях.

1.3. Структура частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК включает следующие элементы:

1) теоретические основы частной методики досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК;

2) организационно-методические основы досудебного расследования и раскрытия уголовного правонарушения;

3) круг обстоятельств, подлежащих обязательному установлению и доказыванию по медицинскому уголовному правонарушению по ст. 317 УК РК;

4) криминалистическая характеристика медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК;

5) типичные следственные ситуации на момент начала досудебного расследования, система типичных тактических задач и тактических операций, направленных на их решение в ходе первоначального и последующего этапов досудебного расследования;

6) содержание первоначального этапа досудебного расследования уголовных правонарушений данного криминалистического вида, включающего в себя организационные вопросы первоначального этапа досудебного расследования;

7) организационно-тактические особенности назначения и производства следственных и негласных следственных действий;

8) особенности последующего этапа досудебного расследования вида уголовных правонарушений;

9) меры по профилактике и предупреждению медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК.

1.3. Особенности криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК, являются:

– криминалистически значимая и следовая информация о медицинском уголовном правонарушении, которая составляет содержание типичных следственных ситуаций;

– сведения о предмете посягательства медицинского уголовного правонарушения;

– данные о способах совершения медицинского уголовного правонарушения, способе сокрытия следов и образовании в целом механизма совершения медицинского уголовного правонарушения;

– типичные особенности личности медицинского, фармацевтического работника и работника организации бытового или иного обслуживания населения;

– данные о личности пациента, пострадавшего от некачественного оказания медицинской помощи или услуги;

– обобщенные данные о наиболее распространенных медицинских уголовных правонарушениях по ст. 317 УК РК и пути их предупреждения;

1.4. Криминалистическая характеристика как инструмент и абстрактная категория для следователя позволяет выработать общий и частный алгоритм досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения по ст. 317 УК РК, вооружает органы уголовного преследования системным подходом к изучению феномена медицинского уголовного правонарушения. Научный критерий криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения позволяет тщательно провести досудебное расследование. Обращая внимание на элементы криминалистической характеристики необходимо подчеркнуть, что каждый элемент требует полного изучения в целях пополнения научных знаний о процессе досудебного расследования и формировании общей и частной методики расследования медицинских уголовных правонарушений.

1.5. Уголовно-правовая характеристика медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК, входящая в структуру частной методики досудебного расследования данного уголовного правонарушения, и она необходима следственным подразделениям, чтобы четко выявить элементы и признаки состава медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК. В том числе, облегчает процесс квалификации общественно опасного деяния субъекта уголовного правонарушения в результате общественных отношений медицинского работника и пациента по следующей формуле: медицинский работник – оказание медицинской помощи – пациент – наступление негативных последствий.

1.6. Способы совершения медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК: нарушение стандартов и правил оказания при ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником при оказании медицинской помощи или услуги; невыполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

1.7. Изучение уголовного правонарушения с криминологической точки зрения имеет значение для расследования уголовного дела в целом путем выделения и детализации структурных элементов криминалистической характеристики медицинского уголовного правонарушения. Установление причин и условий, как элемента криминологической характеристики, является одной из задач расследования уголовного дела, поскольку в порядке ст. 200 УПК РК следователь вправе внести представление по устранению обстоятельств, способствовавших совершению уголовного правонарушения и других нарушений действующего законодательства. Дальнейшие криминологические исследования в рамках досудебного производства по уголовному делу дают возможность следователю тщательно изучить состояние, динамику, структуру медицинских уголовных правонарушений, личность подозреваемого лица, личность потерпевшего и выработать меры по профилактике и предупреждению медицинских уголовных правонарушений, квалифицируемых по ст. 317 УК РК.

2. Специальным субъектом медицинских уголовных правонарушений выступают медицинские и фармацевтические работники, которые в соответствии с квалификационными требованиями и специализацией выполняют свои профессиональные обязанности, связанные с предоставлением медицинской помощи и услуги. Учитывая особенности ч. 5, ст. 317 УК РК, интерпретировано понятие специального субъекта – работника организации бытового или иного обслуживания населения, изучены руководящие стандарты бытового обслуживания, правила, регулирующие виды бытовых услуг, установлен критерий выделения данной группы субъектов в отдельную категорию. Дается расширительное толкование субъекта уголовного правонарушения, предусмотренного ч. 5, ст. 317 УК РК - медицинский работник, работник организации бытового и иного обслуживания населения, оказывающий бытовую услугу, связанную с воздействием на кожу и тело человека, использующий в качестве инструментов, предметы подверженные медицинским манипуляциям в виде дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментов. По нашему мнению, необходимо внести дополнение в ст. 3 УК РК по включению и толкованию специального медицинского, фармацевтического и работника организации бытового или иного обслуживания населения как специальные субъекты уголовного правонарушения.

3. Типичные следственные ситуации на начальном этапе расследования уголовного дела о медицинских уголовных правонарушениях по ст. 317 УК РК есть типично повторяющийся объем информации о совершении медицинского уголовного правонарушения, который содержится в материалах начала досудебного расследования, что обуславливает систему и последовательность решения задач расследования. Предложенные типичные следственные ситуации являются результатом обобщения опыта расследования медицинских уголовных правонарушений и построения типичных моделей, описывающих существенные признаки, общие для медицинского уголовного правонарушения

по ст. 317 УК РК:

3.1. Среди предложенных типичных следственных ситуаций выделены наиболее и менее типичные, которые могут иметь разные результаты досудебного расследования уголовного дела. Выявлены благоприятные и неблагоприятные стороны каждой типичной следственной ситуации, даны криминалистические рекомендации по их проверке. Выработаны рекомендации по оптимальному сочетанию следственных и негласных следственных действий в зависимости от сложившейся следственной ситуации, предложен алгоритм следственных мероприятий по каждой типичной следственной ситуации:

Ситуация 1. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР на основании материалов, собранных по результатам проведения специальных проверок. Специальные проверки проводятся Комитетом медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК на основании жалоб пациентов и неблагоприятных исходов медицинской деятельности.

Особенностью этой ситуации является то, что исходная информация собрана в результате принятия проверочных мероприятий и содержится в материалах проверки уполномоченного органа, во время которой выявлены признаки медицинских уголовных правонарушений. В момент поступления материалов уполномоченными органами уже проведена оценка деятельности медицинского работника, выявлены нарушения стандартов оказания медицинской помощи и услуги, однако юридическая оценка этим действиям не дана и требуется досудебное расследование.

Основными факторами, которые негативно влияют на расследование в этой ситуации, являются: отсутствие внезапности, то есть субъекты уголовного правонарушения и заинтересованные лица, как правило, имеют информацию об объектах проверки и выявленные факты нарушений; значительный разрыв во времени с момента совершения медицинского уголовного правонарушения до его выявления правоохранительными органами, что позволяет медицинским работникам принять меры по учинению противодействия, маскировки следов. Разрыв во времени между проверкой и регистрацией в ЕРДР может составлять 30 суток и более.

Благоприятным является то, что в указанной ситуации установлена личность медицинского работника и вследствие акта или заключения получены сведения о факте медицинских уголовных правонарушений, неблагоприятным – то, что в данном случае отсутствует фактор внезапности.

Основными следственными действиями данной типичной следственной ситуации являются:

- установление личности потерпевшего в лице пациента и его допрос;
- определение тяжести причиненного вреда в результате оказания медицинской услуги путем проведения судебно-медицинской экспертизы;
- назначение комиссионной судебно-медицинской экспертизы с привлечением независимых узких специалистов;

- процессуальные действия следователя с объявлением и ознакомлением о принятых процессуальных решениях для заинтересованных лиц в целях обеспечения прав и интересов участвующих в уголовном деле лиц;
- изучение деятельности медицинского учреждения, видов медицинских услуг, которые оно предоставляет;
- выемка медицинской документации, регламентирующей медицинскую деятельность учреждения;
- выемка должностных инструкций медицинского работника;
- осмотр и изучение изъятых документов;
- допрос медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу;
- установление хронологии событий обращения в медицинские учреждения и предоставления медицинских услуг;
- составление Таблицы доказательств и доказательственных фактов.

Основные действия следователя должны быть направлены на подтверждение наступления тяжких последствий и сбор доказательственной информации об обстоятельствах совершения медицинских уголовных правонарушений.

Ситуация 2. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР, поводом послужило обращение пациента. Факт ненадлежащего оказания медицинской помощи или услуги очевиден, медицинский работник, оказавший услугу известен.

Такая типичная следственная ситуация характеризуется тем, что, в этом случае, имеет место единичного обращения в медицинское учреждение, в результате которого наступил негативный исход для пациента. Известны медицинское учреждение, где оказывалась медицинская помощь или услуга, медицинский работник, который оказал медицинскую помощь или услугу, объем предоставленной медицинской помощи или услуги, медицинские процедуры, который получил пациент, установлено время обращения и наступления негативных последствий. Данные обстоятельства позволяют целенаправленно провести следственные действия, направленные сбор информации о месте предоставления услуги, то есть осмотр места происшествия, выемку медицинской документацию в бумажном и электронном формате, медицинских инструментов, которыми производились манипуляции. Необходимо провести допросы пациента и медицинских работников, ознакомиться с функциональными обязанностями, порядком регистрации пациента, порядком осуществления медицинских записей в медицинской документации, изучить документы, содержащие перечень услуг, которые медицинское учреждение имеет право предоставить.

Благоприятность может выразиться, когда о факте обращения правонарушителю неизвестно и органы досудебного следствия имеют возможность тщательнее подготовиться к сбору информации.

Названная типичная следственная может быть неблагоприятной, когда осведомленность о факте обращения потерпевшего в правоохранительные органы и внесения сведений об уголовном правонарушении в ЕРДР

причастных лиц может предоставить им возможность с опережением влиять на источники доказательственной информации и иначе противодействовать расследованию. Помня об этом, следователь должен как можно оперативнее реагировать на соответствующие заявления о «препятствовании» и принять все меры для получения достаточной доказательственной информации в подтверждение факта уголовного правонарушения.

Ситуация 3. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР, поводом послужило обращение пациента. Факт ненадлежащего оказания медицинской услуги очевиден, медицинский работник причинивший вред не установлен.

Такая ситуация является неблагоприятной, учитывая отсутствие сведений о личности медицинского работника. В случае, когда о факте обращения в правоохранительные органы правонарушителю ничего не известно, меньше вероятность уничтожения документов и вещественных доказательств и других форм противодействия расследованию. Ситуация типична также, когда лечебную деятельность вели несколько медицинских работников в нескольких медицинских учреждениях. Процедура проведения процессуальных, следственных и негласных следственных действий приобретает комплексный характер, который предполагает участие в них органов дознания по совместному оперативно-следственному плану.

Основные действия группы расследования должны быть направлены на поиск источников информации в отношении медицинских работников и детализацию сведений об обстоятельствах совершения медицинских уголовных правонарушений. Должны быть установлены следующие сведения: время, место, обстановка совершения медицинских уголовных правонарушений; количество медицинских работников, их описание, соответственно, квалификационные характеристики; характеристика действий каждого медицинского работника после совершения правонарушения.

Ситуация 4. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР во время расследования других уголовных правонарушений.

Практика деятельности правоохранительных органов свидетельствует, что признаки медицинских уголовных правонарушений могут быть выявлены во время расследования уголовных правонарушений, квалифицированных по признакам правонарушения, предусмотренного за смежные правонарушения. Приведенное может быть результатом осуществления проверок, следственно-оперативных мероприятий, что и определяет специфику конкретной ситуации и влияет на объем и последовательность дальнейших действий. Кроме того, факт медицинских уголовных правонарушений может быть выявлен во время расследования отдельных уголовных правонарушений в сфере хозяйственной деятельности, уголовных правонарушений против собственности, совершенных должностным лицом с использованием своего служебного положения, завладение имуществом путем обмана или злоупотребления доверием.

Основной задачей является установление личности потерпевшего, если это не обнаружено материалами уголовного производства; если же личность

потерпевшего установлена, то это означает подтверждение наступления тяжких последствий медицинских уголовных правонарушений, сбор доказательственной информации о квалификационных требованиях к личности преступника, выявление обстоятельств совершения уголовного правонарушения.

Ситуация 5. Сведения об уголовном правонарушении внесены в ЕРДР, поводом послужило обращение пациента. Факт ненадлежащего оказания медицинской услуги не очевиден, круг медицинских работников или работников организации бытового или иного обслуживания населения, оказавших медицинскую или бытовую услугу не установлены.

Неблагоприятность указанной ситуации определяется существенным недостатком исходной информации об обстоятельствах совершения правонарушения и личности преступника, особенно если лечебная деятельность осуществлялась вне медицинского учреждения, в частности целителем или другим лицом.

В случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти в пределах лечебного учреждения существует высокий риск активного противодействия расследованию со стороны администрации медицинского учреждения.

Основной задачей органов расследования является установление факта оказания медицинской помощи, места осуществления медицинских манипуляций в связи с оказанием медицинской помощи или услуги, лиц, которые их оказали.

Если смерть пациента или клиента наступила вне медицинского учреждения, необходимо установить место получения пациентом, клиентом, медицинской, бытовой или иной услуги, а также лица, ее предоставившего.

В таком случае предлагается провести следующий алгоритм оперативно-розыскных мероприятий и следственных действий:

- осмотр места происшествия, где была оказана медицинская или иная услуга с целью установления обстановки места происшествия, оборудования и т.п.;
- выемка всей рабочей и медицинской документации на месте происшествия;
- оперативный опрос граждан на предмет установления свидетелей и очевидцев деятельности учреждения;
- получение информации о рекламе и рекламных роликах через запросы в СМИ для установления контактов и имен;
- произвести запросы в соответствующие учреждения о принадлежности места, где была оказана услуга;
- изучить социальные сети на предмет наличия рекламы и отзывов об изучаемом учреждении;
- допрос потерпевшего на предмет получения услуги, времени обращения, наступлении последствий, лиц, которые предоставили услугу;

– допрос родственников потерпевшего, сопровождавшего его для получения услуги на получения услуги, времени обращения, наступлении последствий, лиц, которые предоставили услугу;

– проверка и уточнение показаний на месте ранее допрошенного потерпевшего;

– назначить судебно-медицинскую экспертизу на предмет определения тяжести причиненного вреда и установления причинно-следственной связи между оказанной услугой и наступившими последствиями;

– в случаях противодействия расследованию в отношении подозреваемых лиц провести негласные следственные действия, связанные с наблюдением за ними.

Предложенные типичные следственные ситуации являются результатом обобщения опыта расследования медицинских уголовных правонарушений и построения типичных моделей, описывающих существенные признаки, общие для медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК.

4. Разработаны и предложены под условными названиями 4 криминалистические тактические операции, определяемые задачами досудебного расследования медицинских уголовных правонарушений, предусмотренных ст.317 УК РК. В каждой криминалистической тактической операции установлена цель и определены задачи. Описанием необходимости проведения криминалистической тактической операции и способов их достижения достигнуто четкое назначение каждой тактической операции. Многие из операций могут выполняться одновременно в разных направлениях, что позволяет установить комплекс оперативно-розыскных мероприятий, следственных и негласных следственных действий и сэкономить силы и средства органов уголовного преследования.

Первая криминалистическая тактическая операция под условным названием «*Изучение личности медицинского работника*». Для реализации этой тактической операции имеют значение сведения, которые характеризует лицо, оказавшегося в поле зрения. Это могут быть: медицинский, фармацевтический работник, работник организации бытового или иного обслуживания населения. В ходе изучения личности необходимо тщательно уделить внимание не только на изучение свойств личности, но и также обратить внимание на уровень образования, уровень специальных познаний, профессиональные качества, соответствие своей должности и квалификации.

Для реализации этой тактической операции можно рекомендовать выполнить следующее:

– истребовать документы, подтверждающие первичное специальное образование, документы о прохождении повышения квалификации и т.п. медицинского или фармацевтического работника;

– затребовать должностные инструкции, копию штатного расписания, устав медицинского учреждения;

– допросить коллег в качестве свидетеля на предмет внутренних взаимоотношений, отношения к работе,

– получить характеристику от работодателя, изучить послужной список, истребовать копию трудовой книжки для изучения личности на прежних местах работы;

– для полноты допросить выборочно пациентов или клиентов, получавших услугу об отношении к пациентам, клиентам;

– путем допроса соседей и друзей в качестве свидетелей получить характеристику по месту жительства, в том числе от участкового уполномоченного инспектора полиции;

– изучить социальные сети, в которых присутствует изучаемая личность или данный фигурант;

– в отдельных случаях, когда в поле зрения попадают несколько фигурантов из числа медицинских работников, находящихся под подозрением, необходимо провести судебно-психологическую экспертизу с целью установления лидерских способностей каждого.

Выполнение тактической операции по изучению личности медицинского работника дает возможность изучить профессиональные подготовку, образование, навыки и опыт медицинского работника; психологические особенности характера; отношение к своей работе, к пациентам; наличие признаков девиантного поведения; определить психологическую направленность; выявить жизненные приоритеты; определить трудовую нагрузку; уровень заработной платы, наличия мотивации в медицинской работе, участие в медицинских интернет-форумах.

Вторая криминалистическая тактическая операция «Изучение личности пациента». При возможном возникновении и сформировании такой тактической операции при досудебном расследовании всех медицинских уголовных правонарушений, в них условно устанавливается наступление тяжелых последствий для пациента или клиента. В ходе изучения личности потерпевшего необходимо изучить предрасположенность лица к определенным заболеваниям. Например, особенности человеческого организма, на основе имеющихся медицинских записей и обследований потерпевшего до факта обращения по уголовному делу, частоту обращения пациента в медицинские учреждения.

Третья криминалистическая тактическая операция, условно названная, «Установление причинно-следственной связи между оказанием медицинской услуги, услуги и наступлением тяжких последствий для пациента, клиента».

Наиболее сложной по количеству затраченного времени и умственных затрат занимает выполнение третьей тактической операции. По этой причине следователю необходимо в обязательном порядке использовать визуальное отображение действий и результатов при ее выполнении. Универсальным инструментом для закрепления собранных доказательств и доказательственных фактов необходимо использовать метод «Таблицы доказательств и доказательственных фактов».

Анализ следственной практики демонстрирует, что установление причинной связи является одним из самых трудоемких и сложных процессов.

Определение и обоснование этого признака объективной стороны медицинского уголовного правонарушения во взаимосвязи с деянием медицинского работника и наступившими последствиями чаще всего становится главной целью расследования этого вида уголовных правонарушений.

Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей может иметь место на любой стадии лечебно-диагностического процесса. Негативное последствие в результате дефекта оказания медицинской помощи может наступить не сразу, а с течением времени. В связи с этим, перед следственным аппаратом стоит задача в установлении связи между наступлением неблагоприятных последствий и дефектом оказания медицинской помощи или услуги. Доказывание детерминации последствий по некоторым уголовным делам о медицинских уголовных правонарушениях бывает недостижимым.

Необходимо рассмотреть весь процесс оказания медицинской помощи в качестве цепи событий и действий. Каждое звено может иметь логическое завершение в виде обращения, диагностики и получения медицинской услуги. Эти условные звенья необходимо разбирать детально по датам, времени, количеству и объему медицинских услуг. Наличие дефекта на определенной стадии диагностики и лечения может повлечь за собой появление «эффекта бабочки». Если интерпретировать, то неправильная диагностика влечет за собой неэффективное лечение, которое может явиться вредным для пациента или же неправильно выбранная тактика лечения на начальном этапе может вызвать неправильное последующее лечение. Но и с другой стороны, мы можем предположить, правильная диагностика может повлечь выбор неправильных средств лечения врачом ввиду своего невежества или халатного отношения к своим обязанностям.

Четвертая криминалистическая тактическая операция под названием «Установление хронологии событий», заключается в установлении последовательности событий, имевших место в реальных условиях. Это является важным условием для воссоздания картины механизма развития дефекта или халатности оказания медицинской услуги и предшествующих ему действий потерпевшего как пациента во взаимосвязи с манипуляциями со стороны медицинского работника. Для выполнения данной тактической операции эффективно использовать метод ретроспективного моделирования.

Целью четвертой тактической операции будет установление последовательности всех точек в цепи криминального события и факта. Это позволит закрепить следовую информацию и последующим преобразованием её в доказательство, свидетельствующую о наличии предоставленных медицинских услуг, процедур, обследований, диагностики, лечения и т.д. Разграничение каждого события по времени с детализацией или условно до 1-го часа может дать возможность установления наступления отрицательных последствий в виде обнаруженных симптомов у пациента и т.п. Определение временных промежутков находится в зависимости от индивидуальности каждого уголовного дела. По нашему мнению, можно для начала предложить

разграничение в промежутки равные 24 часам, то есть измеряемые сутками, а затем детализировать каждые сутки до более коротких временных отрезков.

Для наглядности реализации данного метода и получение возможных результатов в ходе досудебного расследования медицинского уголовного правонарушения, на наш взгляд, можно предложить использовать зарисовки схем, выделенные различным цветом в Таблице доказательств.

Использование алгоритма криминалистических тактических операций позволит распределить силы и средства между субъектами уголовного преследования, а также создаст возможность на практике проверить работоспособность метода «таблицы доказательств и доказательственных фактов». Рассматривая выполнение тактических операций в комплексе предложенных, а также другими процессуальными и следственными действиями обеспечат полноту, объективность и своевременность расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК. Универсальность предложенных тактических операций заключается в их использовании для расследования отдельных видов уголовных правонарушений в исходном или модифицированном виде.

5. Предложено использование эвристического метода «таблицы доказательств и доказательственных фактов» в расследовании медицинского уголовного правонарушения, в анализе причин и условий медицинского уголовного правонарушения.

Использование этого метода позволит установить механизм уголовного правонарушения, корреляционные связи между объектами доказывания, имеющейся криминалистически значимой информации, обосновать преступные последствия в зависимости от визуально выстроенных версиях и моделях преступного поведения, сформировать задачи и проследить последовательность их выполнения для достижения цели.

6. На основе изучения эмпирического материала, проведенных в виде 3 анкетных опросов более 300 граждан, более 100 медицинских работников и свыше 150 сотрудников следственных аппаратов работников МВД РК получены сведения о факторах, способствующих ненадлежащему выполнению профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником. Выделены социально-экономические и субъективные причины. Обращено внимание на отсутствие социальной и юридической защищенности медицинских работников, которая приводит к последствиям, как халатность, синдром эмоционального выгорания, отсутствие побуждений к повышению профессионального качества, профессиональное невежество, прямо ведущим к совершению медицинских уголовных правонарушений по ст. 317 УК РК.

6.1. Для повышения эффективности досудебного расследования, предупреждения и профилактики медицинских уголовных правонарушений предложены меры по общему и специальному предупреждению:

– внедрить в образовательный процесс для обучающихся в медицинских высших учебных заведениях преподавание дисциплин: «Медицинское право», «Основы уголовного законодательства», «Судебная

медицина» в целях повышения правовой грамотности и правосознания будущих медицинских и фармацевтических работников;

– для обеспечения повышения качества оказания медицинской помощи и повышения уровня здравоохранения в Республике Казахстан внедрить для практикующих медицинских работников проведение регулярных курсов повышения квалификации в зависимости от их квалификации и специализации, с привлечением зарубежных специалистов на базе ведущих медицинских учреждений как отечественных, так и зарубежных;

– на базе управлений и департаментов полиции в вузах системы МВД РК разработать курсы повышения квалификации по частной методике расследования медицинского уголовного правонарушения по ст.317 УК Республики Казахстан для следователей и дознавателей, с использованием материалов настоящего диссертационного исследования;

– предложить разработку межведомственного Приказа МВД, МЗ, МЮ РК о порядке привлечения узких специалистов в досудебное расследование по медицинским уголовным правонарушениям при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи.

6.2. Предложен порядок привлечения узких специалистов для проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи или услуги. Создание межведомственного Приказа о порядке привлечения узких специалистов к проведению комиссионной судебно-медицинской экспертизы между тремя ведомствами – Министерством юстиции, Министерством здравоохранения и Министерством внутренних дел позволит выполнить задачи для достижения цели объективного исследования и расследования уголовного дела по медицинским уголовным правонарушениям.

Внесено предложение о привлечении узких специалистов на конфиденциальной основе для преодоления медицинского корпоративного противодействия расследованию медицинских уголовных правонарушений. При назначении экспертизы в некоторых случаях предложено предоставлять материалы уголовного дела для назначения судебно-экспертизы в «обезличенном» виде, чтобы исключить возможность противодействию расследования уголовного дела.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года (с изм. и доп. по состоянию на 19.09.2022 г.) // https://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000_.13.10.2022.
- 2 Глава государства на открытии 1-й сессии Парламента Республики Казахстан 7-го созыва // <https://www.inform.kz/ru/polnyu-tekst>. 13.10.2022.
- 3 Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» на 2021-2025 годы: нац. проект // <https://akorda.kz/assets/media/files/zdorovaya-natsiya.pdf>. 13.10.2022.
- 4 Президент К.-Ж. Токаев провел заседание Высшего совета по реформам, в ходе которого высказался о важности модернизации сельского здравоохранения // https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/nasha. 17.11.2022.
- 5 Галюкова М.И. Профессиональные преступления медицинских работников: современное состояние проблемы // Криминологический журнал ОГУЭП. – 2007. – №3-4 (2) – С. 37-41.
- 6 Поркшеян О.Х. Врачебные ошибки, правонарушения: лекция. – Л., 1970. – 26 с.
- 7 Караванов Г., Коршунова В. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга. – Львов: Вища Школа, 1974. – 84 с.
- 8 Толеубаев М. Отношение к врачебным ошибкам в Казахстане и мире // Клиническая медицина Казахстана. – 2016. – №4(42). – С. 22-26.
- 9 Constitutio criminalis carolina-c.c.c.; peinliche gerichtsdordnung - p.g.o // <https://www.vostlit.info/Texts/Dokumenty/Germany/XVI/1520-1540>. 14.03.2022.
- 10 Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения: монография. – Новосибирск: Наука, 1998. – 231 с.
- 11 Зинуров Р.Н. «Жети жаргы» («Семь установлений») Тауке-хана как великий памятник права: правовой обычай, судопроизводство и наказание // Проблемы востоковедения. – 2012. – №4(58). – С. 33-37.
- 12 Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга. – 2006 г. – 196 с.
- 13 Штадт-физик // <https://ru.wikipedia.org/wiki>. 15.03.2022.
- 14 Судебно-медицинская экспертиза в России в XVIII столетии // http://dental.historymed.ru/forensic_dentistry/forensic_medical. 14.03.2022.
- 15 Свод законов Российской империи: в 5 кн. / сост. Н.П. Бакланов, С.С. Войт, В.Э. Гейценберг. – СПб., 1912. – Кн. 4. – 1913. – 1911 с.
- 16 Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1866 года: с доп. по 1 января 1876 г. / сост. С.Н. Таганцев. – СПб.: Тип. М. Стасюлевича, 1876. – 726 с.
- 17 Уголовное уложение (май 1903 г.): приложение / Министерство Юстиции // Журнал Министерства Юстиции. – 1903. – №5. – С. 1-204.

18 Бобров О.Е. Медицинское право или бесправие медицины? // <https://proza.ru/2003/06/03-43>. 14.03.2022.

19 Акопов В.И. К истории судебной ответственности врачей и судебно-медицинской экспертизы при дефектах медицинской помощи // ПЭМ. – 2002. – №5-1. – С. 3-8.

20 Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. – М.: Юрид. лит., 1970. – 128 с.

21 Уголовный Кодекс Казахской ССР: принят 22 июля 1959 года (с изм. и доп. на 15 апреля 1996 года) // <https://online.zakon.kz/Document>. 13.03.2019.

22 Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. – Киев: Вища шк., 1987. – 198 с.

23 Ившин И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.24. – М., 2005. – 261 с.

24 Язухин А.Н. Спорные вопросы квалификации преступных действий медицинских работников // Вопросы совершенствования уголовно-правового регулирования: межвуз. сб. науч. тр. – Свердловск: Изд-во Свердловского юрид. ин-та, 1988. – С. 101-105.

25 Дубовец П.А. Ответственность за телесные повреждения по советскому уголовному праву. – М.: Юрид. лит., 1964. – 159 с.

26 Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. – М.: Медицина, 1976. – 168 с.

27 Постановления и определения по уголовным делам Верховного Суда РСФСР (1981-1988 гг.) / под ред. Е.А. Смоленцова. – М.: Юрид. лит., 1989. – 447 с.

28 Уголовный кодекс Республики Казахстан: принят 16 июля 1997 года, №167-І/ІІПС // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30527155. 14.03.2019.

29 Кодекс Республики Казахстан: принят 18 сентября 2009 года, №193-ІV (утратил силу Кодексом Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI) // https://www.sud.gov.kz/sites/default/files/pagefiles/kodeks_republiki. 14.03.2019.

30 Тайторина Б.А., Доцанова Р.С., Гогаладзе К.Л. Эволюция государственной политики Республики Казахстан в сфере охраны здоровья населения // Молодой ученый. – 2020. – №30(320). – С. 94-102.

31 Рустемова Г.Р. Проблемы совершенствования борьбы с преступлениями в сфере медицинского обслуживания населения: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.08. – Алматы, 2003. – 359 с.

32 Антонова Е.Ю. Ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником по уголовному законодательству Республики Казахстан // Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. – 2018. – №1(68). – С. 110-115.

33 Горемыкина М.В., Цигенгагель О.П. Законодательное обеспечение сферы охраны здоровья населения в Республики Казахстан (обзор) // Наука и здравоохранение. – 2013. – №5. – С. 12-15.

34 Понкина А.А. Право на безопасную медицинскую помощь: конституционно-правовое исследование: автореф. ... канд. юрид. наук: 12.00.02. – М., 2013. – 27 с.

35 Закон Республики Казахстан. О национальной безопасности Республики Казахстан: принят 6 января 2012 года, №527-IV (с изм. и доп. по состоянию на 27.12.2021 г.) // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.27.12.2021>.

36 Всеобщая декларация прав человека: утв. и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года // <https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR.24.03.2022>.

37 Устав (Конституция): утв. Международной конференцией здравоохранения 7 апреля 1948 года // https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf.24.03.2022.

38 Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации: утв. резолюцией 2106 (XX) Генеральной Ассамблеи от 21 декабря 1965 года // <https://www.ohchr.org/sites/default/files/ICERD.24.03.2022>.

39 Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах: утв. резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года // https://www.ohchr.org/sites/default/files/ICESCR_ru.pdf.24.03.2022.

40 Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: утв. резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи от 18 декабря 1979 года // https://www.ohchr.org/sites/default/files/CEDAW_ru.pdf.24.03.2022.

41 Конвенция о правах ребенка: утв. резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года // <https://www.ohchr.org/sites.24.03.2022>.

42 Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине ETS №164: утв. Комитетом министров Совета Европы от 19 ноября 1996 года // <https://rm.coe.int/168007d004.24.03.2022>.

43 Алма-Атинская декларация: утв. Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи от 12 сентября 1978 года // https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.24.03.2022.

44 Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи: Астанинская декларация (Астана, 2018 – 25 и 26 октября) // <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328127/WHO-HIS.24.03.2022>.

45 Тайторина Б.А., Дощанова Р.С., Гогаладзе К.Л. Эволюция государственной политики РК в сфере охраны здоровья населения // Молодой ученый. – 2020. – №30(320). – С. 94-101.

46 Указ Президента Республики Казахстан. О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы: утв. 13 сентября 2004 года, №1438 // https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438_.29.03.2022.

- 47 Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы: утв. 29 ноября 2010 года, №1113 // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30861087&pos=2;-106#pos. 29.03.2022.
- 48 Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы»: утв. 15 октября 2018 года, №634 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634>. 29.03.2022.
- 49 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI // https://online.zakon.kz/document/?doc_id=34464437#sub_id=0. 29.03.2022.
- 50 За врачебную ошибку наказывать нельзя – Биртанов // <https://www.zakon.kz/4901060-za-vrachebnuyu-oshibku-nakazyvat>. 30.03.2022.
- 51 Шиктыбаев Т. Врачебная ошибка: о противоречии понятия // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37594751&pos=52;-58#po. 30.03.2022.
- 52 МЗ РК разработана классификация случаев медицинского инцидента // <https://pharm.reviews/novosti/novosti-kazakhstan/item/5422-mz-rk>. 30.03.2022.
- 53 Иностранные языки для всех // <https://classes.ru/all-russian>. 30.03.2022.
- 54 Рустемова Г.Р. Избранные труды: монография. – Астана: НИИ государства и права имени Гайрата Сапаргалиева, 2012. – 252 с.
- 55 Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017-2021 гг. // <https://kaznmu.kz/rus/wp-content/uploads>. 31.03.2022.
- 56 Антонова Е.Ю. Медицинские уголовные правонарушения по уголовному законодательству Республики Казахстан // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики: сб. ст. по матер. всерос. науч.-практ. круглого стола. – СПб., 2017. – С. 23-28.
- 57 Огнерубов Н.А. Профессиональные преступления медицинских работников: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. – М., 2014. – 171 с.
- 58 Каиржанов Е.И. К вопросу о методологии познания объекта преступления // В кн.: Уголовное правопонимание на современном этапе: методологические аспекты правоприменения. – Алматы, 2009. – 60 с.
- 59 Рустемова Г.Р. Медицинские уголовные правонарушения: монография. – Алматы: КазАтисо, 2016. – 133 с.
- 60 Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учеб. пос. – СПб.: СПб юрид. Ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. – 60 с.
- 61 Профессиональные медицинские ассоциации привлекают к разработке клинических протоколов // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id. 4.04.2022.
- 62 Комментарий к Уголовному кодексу Республики Казахстан / под ред. С.М. Рахметова, И.И. Рогова. – Алматы: ТОО «Издательство «Норма-К», 2016. – 752 с.
- 63 СТ РК 3015-2017. Бытовое обслуживание населения: термины и определения. – Введ. 2019-01-01. – Астана, 2017. – 54 с.
- 64 Инвазивная процедура // <https://ru.wikipedia.org/wiki>. 31.03.2022.

65 Закон Республики Казахстан. О разрешениях и уведомлениях: принят 16 мая 2014 года, №202-V (с изм. и доп. по состоянию на 07.03.2022 г.) // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31548200&pos=955. 31.03.2022.

66 Дерматокосметология // <https://ru.wikipedia.org/wiki>. 31.03.2022.

67 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности: утв. 22 октября 2020 года, №ҚР ДСМ-148/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021502>. 31.03.2022.

68 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам коммунального назначения»: утв. 26 июля 2022 года, №ҚР ДСМ-67 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 июля 2022 года, №28925) // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200028925>. 31.03.2022.

69 Уголовное право Республики Казахстан. Общая часть / под ред. И.И. Рогова, К.Ж. Балтабаева. – Астана: ЕНУ им. Л.Н. Гумилева, 2015. – 406 с.

70 ТГСК. Д. 3524-18-001/49, №6 (Приговор в отношении граждан Сокол Е.В., Шимановской О.А. по ст. 317 ч. 3 УК РК. – Темиртау, 1993.

71 Ахпанов А.Н. «Презумпция невиновности в уголовном процессе Республики Казахстан: de lege ferenda» // Сб. выступ. и реком. по результатам науч.-практ. конф. «Презумпция невиновности в Республике Казахстан: реализация конституционной гарантии». – Нур-Султан, 2020. – С. 19-24.

72 Рустемова Г.Р. Криминологические проблемы предупреждения преступлений в сфере медицинского обслуживания населения. – Алматы: Норма-К, 2003. – 104 с.

73 Тузлукова М.В. Причины и условия, способствующие совершению ятрогенных преступлений // Вестник РГГУ. – 2014. – №9(131). – С. 122-126.

74 Еспергенова Е.В. К вопросу о социально-экономических причинах преступности в сфере медицины // Вестник Карагандинской академии МВД Республики Казахстан им. Баримбека Бейсенова. – 2018. – №3. – С. 26-29.

75 Портал органов правовой статистики и специальных учетов // <https://qamqor.gov.kz/>. 31.10.2022.

76 Шмонин А.В. Методология криминалистической методики: монография. – М.: Юрлитинформ, 2010. – 416 с.

77 Корноухов В.Е. Курс криминалистики. Общая часть. – М.: Юрист, 2000. – 784 с.

78 Аверьянова Т.В. и др. Криминалистика: учеб. – М.: Норма, 2001. – 990 с.

79 Ануфриева Е.А. Особенности методики предварительного расследования и судебного разбирательства по делам о коррупционных преступлениях, совершаемых сотрудниками ОВД: монография. – Новосибирск, 2013. – 267 с.

80 Об утверждении положений республиканского государственного учреждения "Комитет медицинского и фармацевтического контроля

Министерства здравоохранения Республики Казахстан" и его территориальных подразделений // <https://www.gov.kz/memleket/entities/kmfk/documents>. 1.10.2022.

81 Приказ Генерального Прокурора Республики Казахстан. Об утверждении Правил приема и регистрации заявления, сообщения или рапорта об уголовных правонарушениях, а также ведения Единого реестра досудебных расследований: утв. 19 сентября 2014 года, №89 (зарегистр. в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 сентября 2014 года №9744) // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V14W0009744>. 26.10.2022.

82 СА№2. Д. 18-1/273 (Ким А.Ю. по ст. 317 ч.2 УК РК). – Атырау, 2018. – 20 сентября.

83 БГСК. Д. 4356-18-00-1/77 (Тульсибаева А.Т. по ст. 317 ч.3 УК РК). – Кызылорда, 2018 – 19 ноября.

84 Я никогда не забуду этот худший день в моей жизни // <https://alemzhan-zholy.com/>. 21.10.2022.

85 Курашвили Г.К. Изучение следователем личности обвиняемого: автореф. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – М., 1977. – 14 с.

86 Гавло В.К. Теоретические проблемы и практика применения методики расследования отдельных видов преступлений. – Томск, 1985. – 333 с.

87 Колесниченко А.Н. Научные и правовые основы методики расследования отдельных видов преступлений: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – Харьков, 1967. – 236 с.

88 Орлов Ю.К. Лица, обладающие специальными познаниями, как субъекты уголовного процесса // Советская юстиция. – 1988. – №8. – С. 14-15.

89 Лубин А.Ф. Криминалистическая характеристика преступлений // В кн.: Криминалистика: расследование преступлений. – Н. Новгород, 1995. – С. 48-52.

90 Матусовский Г.А. Экономические преступления: криминалистический анализ. – Х.: Консум, 1999. – 480 с.

91 Лопушной Е.Я. Участие специалиста-криминалиста в следственных действиях (по УПК Казахской ССР): автореф. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – Алма-Ата, 1971. – 26 с.

92 Орлов Ю.К. Специалист – это сведущее лицо, не заинтересованное в исходе дела // Российская юстиция. – 2003. – №4. – С. 30-37.

93 Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. – М., 2006. – 201 с.

94 Денисова А.С. Уголовно-правовое значение орудий и средств совершения преступления. – Оренбург: ИПК Газпром печать, 2005. – 140 с.

95 Руководство для следователей / под ред. В.В. Мозякова. – М.: Экзамен, 2005. – 912 с.

96 Попов В.Л., Гурочкин Ю.Д. Судебная медицина: учеб. – М.: Спарк, 1999. – 463 с.

97 Лисиченко В.К., Циркаль В.В. Использование специальных знаний в следственной и судебной практике: учеб. пос. – Киев: КГУ. – 1987. – 100 с.

- 98 Винницкий Л.В. Специалист на предварительном следствии по УПК России, Беларуси и Казахстана // Вестник ЮУрГУ. – 2007. – Вып. 12, №28. – С. 25-30.
- 99 Руководство для следователей / под ред. Н.А. Селиванова, В.А. Снеткова. – М., 1998. – 287 с.
- 100 Бахин В.П. Криминалистика. Проблемы и мнения (1962-2002). – Киев, 2002. – 268 с.
- 101 Руководство для следователей / под ред. В.В. Мозякова. – М.: Экзамен, 2005. – 912 с.
- 102 Литовченко Е.Б. Соотношение пределов доказывания на стадиях предварительного расследования и судебного разбирательства // Вестник ЮУрГУ. – 2008. – №8. – С. 68-70.
- 103 Криминалистика: учеб. / под ред. И.Ф. Герасимова, Л.Я. Драпкина. – М.: Высш. шк., 2000. – 672 с.
- 104 Образцов В.А. Криминалистика: модели средств и технологий раскрытия преступлений. – М.: Изд-во ИМПЕ–ПАБЛИШ, 2004. – 400 с.
- 105 Макаренко Е.И. Особенности расследования квартирных краж, совершаемых группой лиц: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – М., 1984. – 191 с.
- 106 Криминалистика: учеб. / под ред. А.П. Резвана, М.В. Субботиной, Н.Ф. Колосова и др.. – М.: ЦОКР МВД России, 2006. – 328 с.
- 107 Валласк Е.В. Криминалистическая характеристика и программы расследования хищения путем мошенничества с использованием ценных бумаг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – СПб., 2006. – 198 с.
- 108 Суров О.А. Методика по расследованию злоупотребления полномочиями в коммерческой или иной организации: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – Красноярск, 2006. – 174 с.
- 109 Головин А.Ю. Криминалистическая систематика: монография. – М.: ЛексЭст, 2002. – 307 с.
- 110 Стеценко В.Ю. Использование специальных медицинских знаний в уголовном судопроизводстве: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – М., 2004. – 189 с.
- 111 Бахин В.П. Методика расследования заказных убийств: учеб. пос. – Алматы: Оркениет, 2000. – 81 с.
- 112 Пещак Я.М. Следственные версии: криминалистическое исследование. – М.: Прогресс, 1976. – 228 с.
- 113 Лузгин И.М. Расследование как процесс познания: учеб. пос. – М.: НИ и РИО, 1969. – 176 с.
- 114 Лефевр В.А., Смолян Г.Л. Алгебра конфликта. – М., 1959. – 50 с.
- 115 Sommer M., Njå O., Lussand K. Police officers' learning in relation to emergency management: A case study // International Journal of Disaster Risk Reduction. – 2017. – Vol. 21. – P. 70-84.

116 Witanto J.N., Lim H., Atiquzzaman M. Smart government framework with geo-crowdsourcing and social media analysis // Future Generation Computer Systems. – 2018. – Vol. 89. – P. 1-9.

117 Temirgazin R.Kh. Approaches to Improving the Effectiveness of Forensic Tactical Operations Implemented During Pre-Trial Investigation of Manufactured Accidents in The Republic of Kazakhstan // Journal of Advanced Research in Law and Economics. – 2018. – Vol. 9, Issue 33. – P. 1131-1143.

118 Аубакирова А.А. Математические методы и определения критерия достоверности доказательств // Вестник Московского университета МВД России. – 2009. – №1. – С. 67-70.

119 Колесниченко А.Н. Общие положения методики расследования отдельных видов преступлений: текст лекции. – Харьков: Юрид. ин-т, 1976. – 28 с.

120 Возгрин И.А. Введение в криминалистику: история, основы теории, библиография. – СПб., 2003. – 475 с.

121 Хмыров А.А. Криминалистическая характеристика и предмет доказывания // Криминалистическая характеристика преступлений: сб. науч. тр. – М., 1984. – С. 48-54.

122 Коберник С.Д., Сегай М.Я., Стрижа В.К. и др. Совершенствование тактики следственного осмотра с участием группы специалистов // Криминалистика и судебная экспертиз: республ. междувед. науч.-метод. сб. – Киев, 1986. – Вып. 33. – С. 33-39.

123 Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия. – Изд. 2-е, доп. – М.: Мегатрон XXI, 2000. – 334 с.

124 Михеенко М.М. Доказывание в советском уголовном процессе. – Киев: Выща школа, 1984. – 132 с.

125 Косарев С.Ю. Криминалистические методики расследования преступлений: становление и перспективы развития: монография. – СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2005. – 307 с.

126 Стовповой А.Г. Обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого, как элемент предмета доказывания: автореф. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – Л., 1980. – 25 с.

127 Щербич Л.А. Обстоятельства, подлежащие установлению, как один из элементов криминалистической характеристики преступлений, посягающих на конституционные права и свободы человека и гражданина // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2007. – №2(34). – С. 92-95.

128 Земцова С.И. Актуальные вопросы использования специальных знаний в доказывании по уголовному делу // Современное право. – 2009. – №7. – С. 104-107.

129 Бердичевский Ф.Ю. Основные вопросы расследования преступных нарушений медицинским персоналом профессиональных обязанностей: криминалистическое и уголовно-правовое исследование: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.00. – М., 1966. – 437 с.

- 130 Щеголев П.П. Процессуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы // Сб. науч.-практ. работ судебных медиков и криминалистов. – Петрозаводск: Каральское книжное изд-во, 1966. – Вып. 3. – С. 161-168.
- 131 Яковлев М.М. Проблемы теории и практики выявления и расследования преступлений, связанных с профессиональной деятельностью: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.09. – М., 2006. – 491 с.
- 132 Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. – М.: Юрид. лит., 1970. – 128 с.
- 133 Дулов А.В. Тактические операции при расследовании преступлений. – Минск: Изд-во БГУ, 1979. – 128 с.
- 134 Кузьменко Н.К. Систематизация неотложных следственных действия при раскрытии и расследовании преступлении: учеб. пос. – Киев, 1981. – 96 с.
- 135 Советский энциклопедический словарь / под ред. А.М. Прохорова. – Изд. 3-е. – М.: Сов. Энциклопедия, 1985. – 1600 с.
- 136 Галанова Л.В. Следственные ситуации и тактические операции при расследовании, связанных с вымогательством: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – Саратов, 2000. – 211 с.
- 137 Чистова Л.Е. Пространственно-временные отношения и причинная связь в расследовании преступлений // Вестник криминалистики. – 2010. – №1(33). – С. 137-142.
- 138 Жамиева Р.М., Жакупов Б.А. Право на защиту и реформирование уголовно-процессуального законодательства Республики Казахстан // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2022. – №1. – С. 96-104.
- 139 Лузгин И.М. Моделирование при расследовании преступлений. – М.: Юрид. лит., 1981. – 152 с.
- 140 Веренич И.В., Кустов А.М., Прошин В.М. Криминалистическая наука и теория механизма преступления: монография. – М.: Юрлитинформ, 2016. – 672 с.
- 141 Руководство для следователей / под ред. Н.А. Селиванова, В.А. Снеткова. – М.: Инфра-М, 1997. – 732 с.
- 142 Рыжаков А.П. Осмотр: основание и порядок производства: научно-практическое руководство. – Р-на-Д.: Феникс, 2006. – 158 с.
- 143 Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г. и др. Криминалистика. – М.: Норма-Инфра-М, 2000. – 990 с.
- 144 Семенова О.Ю. Проблемы получения медицинских документов на этапе проверки сообщений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения ими профессиональных обязанностей // Вестник Института права БашГУ. – 2020. – №2(6). – С. 38-43.
- 145 Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. – Л.: Медицина, 1966. – 196 с.
- 146 Порубов Н.И. Допрос на предварительном следствии // Публичное и частное право. – 2010. – №2 (6). – С. 127-133.

- 147 Шепитько В. Ю. Теория криминалистической тактики: монография. – Харьков: Гриф, 2002. – 349 с.
- 148 Лившиц Е.М., Белкин Р.С. Тактика следственных действий. – М.: Новый Юрист, 1997. – 176 с.
- 149 Питерцев С.К., Степанов А.А. Тактические приемы допроса: учеб. пос. – СПб., 2006. – 54 с.
- 150 Коновалова В.Е. Допрос: тактика и психология: учеб. пос. – Харьков: Консум, 1999. – 157 с.
- 151 Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.09. – СПб., 2006. – 253 с.
- 152 Луценко О.А. Расследование хищений в сфере банковской деятельности: науч.-практ. пос. – Р-на-Д.: Изд-во Рост.ун-та, 1998. – 138 с.
- 153 Соловьев А.Б. Использование доказательств при допросе. – М.: Юрид. лит., 1981. – 104 с.
- 154 Глазырин Ф.В. Изучение личности обвиняемого и тактика следственных действий: учеб. пос. – Свердловск, 1973. – 156 с.
- 155 Ищенко П.П. Специалист в следственных действиях: уголовно-процессуальные и криминалистические аспекты. – М.: Юрид. лит., 1990. – 157 с.
- 156 Селиванов Н.А. Справочник следователя: практ. пос. – М.: Российское право, 1992. – Вып. 3. – 317 с.
- 157 Волчецкая Т.С. Основы судебной экспертологии: учеб. пос. – Калининград, 2004. – 195 с.
- 158 Зотов Д.В. Уголовно-процессуальное доказывание и научно-технические достижения: теоретические проблемы: монография. – Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та. – 2005. – 199 с.
- 159 Эксархопуло А.А. Криминалистика в схемах и иллюстрациях: учеб. пос. – СПб.: Юридический центр «Пресс», 2002. – 488 с.
- 160 Винницкий Л.В. Специалист на предварительном следствии по УПК России, Беларуси и Казахстана // Вестник ЮУрГУ. – 2007. – Вып. 12, №28. – С. 25-31.
- 161 Махов В.Н. Использование знаний сведущих лиц при расследовании преступлений: монография. – М.: Изд-во РУДН. – 2000. – 296 с.
- 162 Белкин А.Р. Допрос специалиста как процессуальное действие // Теория и практика судебной экспертизы в современных условиях: матер. междунар. науч.-практ. конф. – М.: Изд-во Проспект, 2007. – С. 97-99.
- 163 Махов В.Н. Использование знаний сведущих лиц при расследовании преступлений: монография. – М.: Изд-во РУДН, 2000. – 296 с.
- 164 Лазарева Л.В. Судебная экспертиза в уголовном процессе: современное состояние и перспективы развития // Вестник Владимирского юридического института. – 2009. – №1(10). – С. 111-115.

- 165 Орлов Ю.К. Заключение эксперта и его оценка (по уголовным делам): учеб. пос. – М.: Юрист, 1995. – 64 с.
- 166 Ардашкин А.П. Гносеологический и информационный аспекты объекта судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с профессиональной деятельностью медицинских работников // Проблемы экспертизы в медицине. – 2002. – №2(6-2). – С. 4-7.
- 167 Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности: вопросы теории и практики. – Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1988. – 111 с.
- 168 Данилова Н.А., Кушниренко С.П., Николаева Т.Г. Процессуальные и тактические особенности использования специальных знаний (производство экспертизы и допрос эксперта) // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2006. – №2(30). – С. 255-259.
- 169 Владимиров Л.Е. Учение об уголовных доказательствах. – Тула: Автограф, 2000. – 464 с.
- 170 Бегалиев Е.Н. К проблеме процессуальной регламентации применения научно-технических средств (по законодательству Республики Казахстан) // 3i: Intellect, Idea, Innovation - Интеллект, Идея, Инновация. – 2020. – №1. – С. 190-195.
- 171 Большой юридический словарь / под ред. А.Я. Сухарева, В.Е. Крутских. – М.: Инфра-М, 2000. – 703 с.
- 172 Карпец И.И. Проблема преступности. – М.: Юрид. лит., 1969. – 168 с.
- 173 Иванов И.И. Криминалистическая превенция: комплексное исследование генезиса, состояния, перспектив: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.09. – М.: РГБ, 2004. – 418 с.
- 174 Зудин В.Ф. Предотвращение и расследование преступлений (по материалам нарушений правил безопасности в угольных шахтах). – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1963. – 314 с.
- 175 Фридман И.Я. Вопросы профилактики преступлений при криминалистическом исследовании документов. – Киев, 1968. – 88 с.
- 176 Иванов И.И. Криминалистическая превенция (комплексное исследование генезиса, состояния, перспектив): автореф. ... док. юрид. наук: 12.00.09. – СПб., 2004. – 43 с.
- 177 Яблоков Н.П. Криминалистическая методика расследования преступлений. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 98 с.
- 178 Вандышев В.В. Криминалистическая профилактика в системе криминалистики // Правоведение. – 1982. – №2. – С. 86-90.
- 179 Гришанин П.Ф., Зуйков Г.Г., Кривошеев А.С. и др. Выявление причин преступности и предупреждение преступлений. Общие положения. – М., 1967. – 179 с.
- 180 Корж В.П. Теоретические основы методики расследования преступлений, совершаемых организованными преступными образованиями в сфере экономической деятельности: монография. – Харьков: Изд-во Нац. ун-та внутр. дел, 2002. – 412 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета для следователей

Уважаемый респондент!

Кафедрой уголовно-правовых дисциплин юридического факультета Alikhan Bokeikhan University проводится исследование по теме: «Расследование медицинских уголовных правонарушений (на примере ст. 317 УК РК)».

Для объективного исследования необходима Ваша помощь в собирании данных в виде практического опыта и материалов. Результаты анкетирования будут использованы в положениях диссертации для разработки частной методики расследования медицинского уголовного правонарушения, предусмотренного ст. 317 УК РК.

Анкетирование носит анонимный характер, производится путем электронного анкетирования. Убедительная просьба дать объективные ответы.

Спасибо за участие.

Таблица А.1 – Содержание вопросов и вариантов ответа анкеты для следователей

Содержание вопроса	Ответ	Информация
1	2	3
Укажите, пожалуйста, занимаемую вами должность?	Следователь	1.1
	Старший следователь	1.2
	Начальник следственного подразделения (заместитель начальника)	1.3
Общий стаж следственной работы	до 2 лет;	2.1
	от двух до пяти лет;	2.2
	свыше пяти лет;	2.3
	свыше 10 лет	2.4
Укажите пожалуйста год окончания ВУЗа?	Ответ:	3.1
Имеете ли вы степень научную или академическую степень?	Да	4.1
	нет	4.2
Считаете ли Вы достаточным объем знаний, полученные вами в ходе обучения в ВУЗе, по досудебному расследованию медицинских уголовных правонарушений, совершенных медицинскими работниками в ходе осуществления своей профессиональной и трудовой деятельности?	Да	5.1
	нет	5.2

Продолжение таблицы А.1

1	2	3
Проводятся ли у Вас в подразделении или в отделе полиции дополнительное обучение или тематические семинары (лекции) по проблемным вопросам, возникающим в ходе досудебного расследования данной категории уголовных дел? Периодичность данных видов обучения?	Да	6.1
	нет	6.2
Обладаете ли у Вы специальными знаниями в области медицины?	Да	7.1
	нет	7.2
Какое из преступления на Ваш взгляд, совершаемых медицинскими работниками являются наиболее частыми, предусмотренные главой 12 Особенной части УК РК?	Ст. 317 УК РК	8.1
	Ст. 318 УК РК	8.2
	Ст. 319 УК РК	8.3
	Ст. 320 УК РК	8.4
	Ст. 321 УК РК	8.5
	Ст. 322 УК РК	8.6
	Ст. 323 УК РК	8.7
Приходилось ли Вам расследовать уголовные дела по преступлениям, предусмотренным главой 12 Особенной части УК РК?	Да, приходилось	9.1
	Нет, не приходилось	9.2
Укажите основные сложности, с которыми сталкивается следователь при досудебном расследовании уголовных дел по преступлениям, совершенным медицинским работником при оказании медицинской услуги?	Ответ в свободном изложении: _____	10.1
Знакомы ли Вы с криминалистической характеристикой медицинских уголовных правонарушений (глава 12 УК РК)?	Да, знаком	11.1
	Нет, не знаком	11.2
Используете ли Вы при досудебном расследовании уголовных дел данные, содержащиеся в криминалистических характеристиках отдельных видов преступлений?	Да, использую	12.1
	Нет, не использую	12.2
Что, по Вашему мнению, является содержанием обстоятельств, подлежащих установлению и доказыванию по уголовному делу?	Ответ в свободном изложении: _____	13.1
Что, по Вашему мнению, следует понимать под обстоятельствами, способствовавшим совершению медицинскому уголовному правонарушению?	Ответ в свободном изложении: _____	14.1

Продолжение таблицы А.1

1	2	3
Какие моменты вызывают у Вас большое затруднение в процессе досудебного расследования уголовных дел по медицинским уголовным правонарушениям?	Ответ в свободном изложении: _____	15.1
Какие методы сбора информации применяются Вами в ходе проверки сообщений и заявлений о медицинском уголовном правонарушении?	Ответ в свободном изложении: _____	16.1
Применяются ли данные оперативно-розыскных мероприятий при проверке информации о медицинском уголовном правонарушении?	Да, применяются	17.1
	Нет, не применяются	17.2
	Затрудняюсь ответить	17.3
Составляете ли Вы письменный план первоначального этапа досудебного расследования по уголовному делу по медицинским уголовным правонарушениям?	Да, всегда	18.1
	Периодически	18.2
	Не составляю	18.3
Какие документы, по Вашему мнению, можно отнести к медицинским документам?	Ответ в свободном изложении: _____	19.1
Какая информация, полученная в процессе досудебного расследования по медицинским уголовным правонарушениям, имеет наибольшую ценность для следователя?	Ответ в свободном изложении: _____	20.1
Используются ли данные служебного расследования (решения консилиумов, заключения служебного расследования и т.п.) при расследовании медицинских уголовных правонарушений?	Да, используются	21.1
	Нет, не используются	21.2
	Затрудняюсь ответить	21.3
Как вы оцениваете уровень достоверности информации, полученной в результате проведения судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам по медицинским уголовным правонарушениям?	Ответ в свободном изложении: _____	22.1
Привлекаете ли Вы специалистов для постановки вопросов для назначения судебно-медицинской экспертизы по медицинским уголовным правонарушениям? Если да, то из каких отраслей знаний и науки?	Ответ в свободном изложении: _____	23.1

Благодарим за предоставленные ответы

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета для медицинских работников

Уважаемый респондент!

Кафедра уголовно-правовых дисциплин юридического факультета Alikhan Bokeikhan University г. Семей в рамках диссертационного работы на тему «Расследование медицинских уголовных правонарушений (на примере ст.317 УК РК)» проводит исследование причин, условий, факторов, способствующих совершению медицинскими работниками уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником».

Для объективного исследования необходима Ваша помощь в собирании данных в виде практически значимого материала. Результаты анкетирования будут использованы в положениях вышеуказанного диссертационного исследования.

Анкетирование носит анонимный характер, производится путем электронного анкетирования. Убедительная просьба дать объективные ответы.

Спасибо за участие.

Таблица Б.1 – Содержание вопросов и вариантов ответа анкеты для медицинских работников

Содержание вопроса	Ответ	Информация
1	2	3
Укажите пожалуйста Ваш медицинский стаж	Ответ: _____	1.1
Укажите пожалуйста Ваше образование и год окончания учебного заведения	Ответ: _____	2.1
Укажите пожалуйста Вашу ученую степень	Ответ: _____	3.1
Укажите пожалуйста Вашу специализацию	Ответ: _____	4.1
Как Вы оцениваете уровень оплаты Вашего труда?	Высокий	5.1
	Средний	5.2
	Низкий	5.3
Как Вы считаете, существует ли проблема нехватки медицинских кадров?	Высокая	6.1
	Нехватки кадров не существует	6.2
	Затрудняюсь ответить	6.3
Оцените уровень своей нагрузки?	Высокий	7.1
	Средний	7.2
	Низкий	7.3

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3
Как часто Вы проходите повышение квалификации по своей специальности?	Ежегодно	8.1
	Раз в несколько лет	8.2
	Не проходил(а)	8.3
Знакомы ли Вы со своими профессиональными обязанностями?	Да, знаком(а)	9.1
	Нет, не знаком(а)	9.2
	Другое:	9.3
Знакомы ли Вы с видами медицинских уголовных правонарушений, закрепленных в главе 12 Особенной части Уголовного кодекса РК «Медицинские уголовные правонарушения»?	Да, знаком(а)	10.1
	Нет, не знаком(а)	10.2
В процессе обучения преподавали ли Вам основы Уголовного законодательства, предусматривающие уголовную ответственность за медицинские уголовные правонарушения (преступления)?	Да, преподавали	11.1
	Нет, не преподавали	11.2
Уголовным законодательством Республики Казахстан предусмотрена уголовная ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими или фармацевтическими работниками по ст. 317 Уголовного кодекса РК. Как Вы считаете необходима ли уголовная ответственность за данный вид уголовного правонарушения?	Да, необходима	12.1
	Нет, необходимости нет	12.2
	Другое:	12.3
Как Вы считаете, какие факторы, способствуют ненадлежащему выполнению профессиональных обязанностей медицинским работником?	Социально-экономические факторы: низкая техническая оснащенность субъектов здравоохранения; низкая заработная плата; текучесть кадров; сложность и интенсивность вложенного труда;	13.1
	Субъективные факторы: низкий профессионализм и недостаточная квалификация кадров;	13.2
	Другое: ...	13.3
Как Вы оцениваете современный уровень подготовки кадров в образовательных медицинских учреждениях?	Высокий	14.1
	Средний	14.2
	Низкий	14.3

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3
Как Вы можете оценить отношение пациентов к медицинским работникам?	Положительно	15.1
	Отрицательно	15.2
	Другое:	15.3
Как часто Вы испытываете на себе негативное отношение со стороны пациента?	Редко	16.1
	Часто	16.2
	Постоянно	16.3
	Негативного отношения не испытывал(а)	16.4
Ответственно пациенты выполняют Ваши рекомендации по поводу лечения?	Да, ответственно	17.1
	Нет, часто нарушают рекомендации, не выполняя их полностью или частично	17.2
	Ваш вариант:	17.3
Как Вы оцениваете свои навыки пользования компьютером?	Высокий	18.1
	Средний	18.2
	Низкий	18.3
Можете ли Вы назвать программу, в которой ведете медицинскую документацию?	Ваш вариант ответа:	19.1
Испытываете ли Вы проблемы с использованием программы при ведении медицинской документации?	Проблем нет	20.1
	Существуют следующие проблемы:	20.2
		20.3
В рамках цифровизации здравоохранения РК, было внедрено ведение медицинской документации в электронном формате. Как, по Вашему мнению, данное нововведение отразилось на качестве Вашей медицинской деятельности?	Положительно	21.1
	Отрицательно	21.2
	Другое:	21.3
Какой формат ведения медицинской документации для Вас более удобный?	Традиционный бумажный	22.1
	Современный электронный	22.2
	Другое:	22.3
Как Вы считаете, является ли история болезни пациента важным доказательством для оценки профессиональной деятельности медицинского работника?	Да, безусловно	23.1
	Нет, не считаю	23.2
	Другое:	23.3
Угрожали ли когда-либо Вам «юридической расправой» в период Вашей профессиональной деятельности?	Нет, не угрожали	24.1
	Да, угрожали	24.2
Как Вы считаете, какую роль выполняет протокол лечения?	Юридическую	25.1
	Медицинскую	25.2
	Ваш вариант ответа:	25.3

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3
Как Вы считаете протокол лечения является обязательным к исполнению?	Является обязательным	26.1
	Нет, не является обязательным	26.2
	Ваш вариант ответа:	26.3
Были ли у Вас случаи, когда к Вам применялись штрафные санкции со стороны руководства или надзорных органов за неисполнение протокола лечения?	Да, были	27.1
	Нет, не было	27.2
	Другое:	27.3
Возможно ли применить творческий подход (отклонение от протокола лечения) в целях повышения эффективности оказания медицинской помощи и оказания медицинской услуги?	Да, возможно	28.1
	Нет, невозможно	28.2
	Ваш вариант:	28.3
Как оцениваете уровень сельского медицинского обслуживания?	Высокий	29.1
	Средний	29.2
	Низкий	29.3
Как оцениваете уровень городского медицинского обслуживания?	Высокий	30.1
	Средний	30.2
	Низкий	30.3
Как Вы считаете, какими признаками должно обладать надлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником?	Ответ: _____	31.1
Можете ли Вы назвать случаи неоправданного привлечения к уголовной ответственности по ст. 317 УК РК, то есть за ненадлежащее выполнения профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником в своей деятельности или среди своих коллег?	Ответ: _____	32.1

Благодарим за предоставленные ответы

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для населения

Уважаемый респондент!

Кафедра уголовно-правовых дисциплин юридического факультета Alikhan Bokeikhan University г. Семей в рамках диссертационного исследования на тему: «Расследование медицинских уголовных правонарушений (на примере ст. 317 УК РК)» проводит исследование причин, условий, факторов, способствующих совершению медицинскими работниками уголовных правонарушений, предусмотренных ст. 317 УК «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником».

Для объективного исследования необходима Ваша помощь в сборении данных в виде практически значимого материала. Результаты анкетирования будут использованы в положениях вышеуказанного диссертационного исследования для анализа и выработки мер по объективному расследованию данного вида уголовного правонарушения.

Анкетирование носит анонимный характер, производится путем электронного анкетирования. Убедительная просьба дать объективные ответы.

Спасибо за участие

Таблица В.1 – Содержание вопросов и вариантов ответа анкеты для населения

Содержание вопроса	Ответ	Информация
1	2	3
Укажите пожалуйста Ваш возраст	18-30 лет	1.1
	31-50 лет	1.2
	50-60 лет	1.3
	Старше 60 лет	1.4
Укажите пожалуйста Ваш пол	Мужской	2.1
	Женский	2.2
	Другое	2.3
Укажите Ваш социальный статус	Работающий	3.1
	Безработный	3.2
	Пенсионер	3.3
Укажите место Вашего проживания	Город	4.1
	Сельская местность	4.2
Обладаете ли Вы знаниями в области медицины?	Да	5.1
	Нет	5.2
	Не могу дать однозначного ответа, потому что моя профессия не связана с медициной	5.3

Продолжение таблицы В.1

1	2	3
Сколько раз в год Вы обращаетесь в медицинские учреждения за медицинской помощью или получением медицинской услуги?	Один раз в год	6.1
	До 10 раз в год	6.2
	Больше 10 раз в год	6.3
	Не обращаюсь в медицинские учреждения	6.4
Как Вы считаете, существует ли проблема нехватки медицинских кадров?	Высокая	7.1
	Нехватки кадров не существует	7.2
	Затрудняюсь ответить	7.3
При обращении в медицинское учреждение в качестве пациента насколько точно и пунктуально Вы выполняете предписания врача?	Очень точно и пунктуально	8.1
	Выполняю неточно и не всегда пунктуально	8.2
	Затрудняюсь ответить	8.3
Как Вы можете оценить качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте?	Высокое	9.1
	Среднее	9.2
	Низкое	9.3
Как Вы можете оценить уровень оснащенности медицинским оборудованием медицинских учреждений, в которые обращались за медицинской помощью?	Высокий	10.1
	Средний	10.2
	Низкий	10.3
Уголовным законодательством предусмотрена уголовная ответственность за медицинские уголовные правонарушения по ст. 317 УК РК, то есть за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником. Как Вы считаете существует ли необходимость в привлечении медицинских работников к уголовной ответственности?	Да, безусловно	11.1
	Считаю необходимости нет	11.2
	Другое:	11.3
Знакомы ли Вы с видами медицинских уголовных правонарушений, закрепленных в главе 12 Особенной части Уголовного кодекса РК «Медицинские уголовные правонарушения»?	Да, знаком(а)	12.1
	Нет, не знаком(а)	12.2
Считаете ли Вы меры уголовного воздействия <i>одним</i> из способов обеспечения качества медицинского обслуживания?	Да, считаю	13.1
	Нет, не считаю	13.2
	Другое:	13.3
Какой из факторов, влияющих на качество медицинской помощи Вы можете выделить в качестве первостепенного? (можно выбрать несколько вариантов)	Квалификация медицинского персонала	14.1
	Качество диагностических исследований	14.2
	Внимательное отношение со стороны медицинского персонала	14.3
	Комплаентность (приверженность к лечению) пациента	14.4

Продолжение таблицы В.1

1	2	3
Ответственно ли Вы выполняете рекомендации врача после обращения?	Да, выполняю всегда очень точно и пунктуально	15.1
	Стараюсь выполнять, но не всегда получается	15.2
	Другое:	15.3
В целом удовлетворены ли Вы качеством предоставления медицинских услуг?	Да, удовлетворен	16.1
	Нет, не удовлетворен	16.2
	Другое:	16.3
Как Вы считаете в каких медицинских учреждениях оказывают более качественные медицинские услуги?	В государственных медицинских учреждениях	17.1
	В частных медицинских учреждениях	17.2
	Другое:	17.3
Приведите пожалуйста примеры некачественного медицинского обслуживания из Вашей личной жизни	Таких случаев не было	18.1
	Ответ:	18.2
Представьте себе ситуацию, в которой Вы имеете выбрать возможность обращения в медицинское учреждение в дальнейшем зарубежье. Воспользуетесь ли Вы этой возможностью?	Да, воспользуюсь	19.1
	Нет, не воспользуюсь	19.2
	Другое:	19.3
Как Вы можете оценить отношение пациентов к медицинским работникам?	Положительное	20.1
	Негативное	20.2
	Другое:	20.3
Как часто Вы испытывали на себе негативное отношение со стороны медицинского работника?	Редко	21.1
	Часто	21.2
	Постоянно	21.3
	Негативного отношения не испытывал(а)	21.4
Какие меры Вы считаете необходимы для повышения уровня здравоохранения?	Ответ: _____	22.1

Благодарим за предоставленные ответы

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

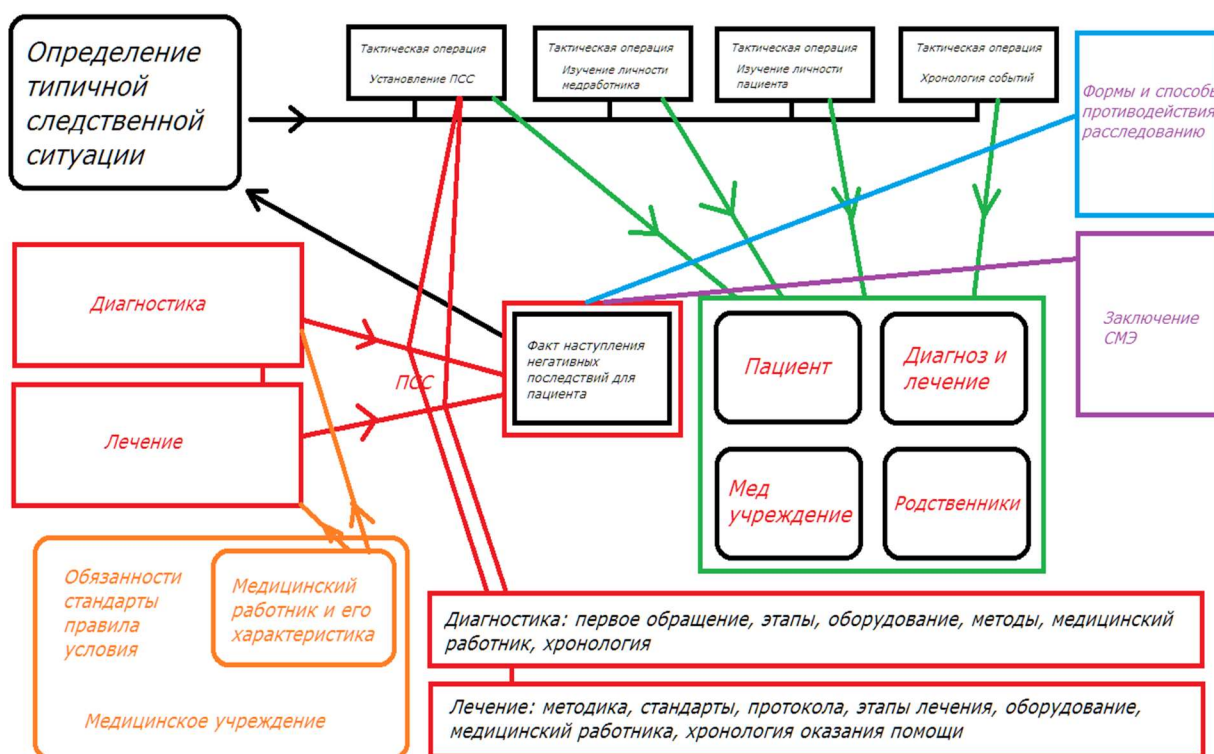


Рисунок Г.1 – Эвристический метод досудебного расследования «Таблица доказательств и доказательственных фактов»

Данный метод позволяет визуально отобразить все сведения, полученные при досудебном расследовании уголовного дела. В процессе занесения криминалистически значимой информации необходимо установить взаимообусловленные связи. Рисунок А.1 дает возможность определения последствия для каждого события или факта, что образует совокупность доказательств по уголовному делу.