



Е.К. Кайрулла

*Академия правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан,
г. Косшы, Республика Казахстан*

УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: РАЗГРАНИЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ, ОБОСНОВАННОГО РИСКА И ПРЕСТУПНОЙ НЕОСТОРОЖНОСТИ

Аннотация. В статье исследуются уголовно-правовые критерии разграничения врачебной ошибки, обоснованного профессионального риска, медицинского инцидента, невиновного причинения вреда и преступной неосторожности медицинского работника. Актуальность исследования обусловлена неоднозначностью правовой оценки неблагоприятных последствий медицинского вмешательства, сложностью установления причинной связи, а также необходимостью разграничения объективно допустимого профессионального риска и виновного нарушения обязательных требований безопасности. Цель исследования заключается в разработке последовательной модели уголовно-правовой оценки поведения медицинского работника с учетом стандартов оказания медицинской помощи, конкретной клинической ситуации, характера допущенного нарушения, предвидения последствий и реальной возможности их предотвращения. Предлагаемый подход позволяет дифференцировать случаи добросовестного профессионального решения, медицинского инцидента и преступной неосторожности, исключая как необоснованную криминализацию врачебной деятельности, так и фактическое освобождение от уголовной ответственности при наличии установленных законом признаков состава уголовного правонарушения и надлежащих оснований для ее наступления.

Ключевые слова: медицинский работник; врачебная ошибка; медицинский инцидент; обоснованный риск; преступная неосторожность; профессиональная обязанность; причинная связь; уголовная ответственность; безопасность пациента.

Е.Қ. Қайрулла

*Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының жанындағы Құқық қорғау органдары академиясы,
Қосшы қ., Қазақстан Республикасы*

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САЛАСЫНДАҒЫ ҚЫЛМЫСТЫҚ-ҚҰҚЫҚТЫҚ ЖАУАПТЫЛЫҚ: ДӘРІГЕРЛІК ҚАТЕНІ, НЕГІЗДІ ТӘУЕКЕЛДІ ЖӘНЕ ҚЫЛМЫСТЫҚ АБАЙСЫЗДЫҚТЫ АЖЫРАТУ

Аннотация. Мақалада дәрігерлік қатені, негізді кәсіптік тәуекелді, медициналық оқыс оқиғаны, кінәсіз зиян келтіруді және медицина қызметкерінің қылмыстық абайсыздығын ажыратудың қылмыстық-құқықтық өлшемдері зерттеледі. Зерттеудің өзектілігі медициналық араласудың қолайсыз салдарын құқықтық бағалаудағы біркелкіліктің болмауымен, себептік байланысты анықтаудың күрделілігімен, сондай-ақ объективті түрде жол берілетін кәсіптік тәуекел мен қауіпсіздіктің міндетті талаптарын кінәлі түрде бұзудың аражігін ажырату қажеттілігімен айқындалады. Зерттеудің мақсаты медициналық көмек көрсету стандарттарын, нақты клиникалық жағдайды, жол берілген бұзушылықтың сипатын, салдардың туындау мүмкіндігін алдын ала болжауды және олардың алдын алудың нақты мүмкіндігін ескере отырып, медицина қызметкерінің іс-әрекетіне қылмыстық-құқықтық баға берудің дәйекті моделін әзірлеу болып табылады. Ұсынылған тәсіл дәрігердің адал кәсіби шешім қабылдаған жағдайларын, медициналық оқыс оқиғаны және қылмыстық абайсыздықты ажыратуға мүмкіндік береді. Бұл ретте дәрігерлік қызметті негізсіз криминализациялауға да, қылмыстық құқық бұзушылық құрамының заңда белгіленген белгілері және қылмыстық жауаптылықтың туындауына тиісті негіздер болған кезде медицина қызметкерін іс жүзінде қылмыстық жауаптылықтан босатуға да жол берілмейді.

Түйінді сөздер: медицина қызметкері; дәрігерлік қателік; медициналық оқыс оқиға; негізді тәуекел; қылмыстық абайсыздық; кәсіби міндет; себептік байланыс; қылмыстық жауаптылық; пациент қауіпсіздігі.



Y.K. Kairulla

*The Law Enforcement Academy under the Procurator General's Office of the Republic of Kazakhstan,
Kosshy, the Republic of Kazakhstan*

CRIMINAL LIABILITY IN THE FIELD OF MEDICAL ACTIVITY: THE DISTINCTION BETWEEN MEDICAL ERROR, REASONABLE RISK AND CRIMINAL NEGLIGENCE

Abstract. The article examines the criminal law criteria for distinguishing between medical error, justified professional risk, medical incident, innocent infliction of harm, and criminal negligence on the part of a medical worker. The relevance of the study is due to the ambiguity in the legal assessment of adverse consequences of medical intervention, the difficulty of establishing a causal relationship, and the need to distinguish between objectively permissible professional risk and culpable violation of mandatory safety requirements. The aim of the study is to develop a consistent model for the criminal law assessment of a medical worker's conduct, taking into account the standards of medical care, the specific clinical situation, the nature of the violation committed, the foreseeability of the consequences, and the real possibility of preventing them. The proposed approach makes it possible to differentiate between cases of conscientious professional decision-making, medical incidents, and criminal negligence, thereby avoiding both the unjustified criminalization of medical practice and the actual exemption from criminal liability when the statutory elements of a criminal offense are present and there are proper grounds for imposing liability.

Keywords: medical worker; medical error; medical incident; reasonable risk; criminal negligence; professional duty; causation; criminal liability; patient safety.

Введение. Уголовно-правовая оценка медицинской деятельности представляет собой одну из наиболее сложных областей правоприменения. В Республике Казахстан (далее – РК) основным специальным уголовно-правовым основанием ответственности медицинских и фармацевтических работников является статья 317 Уголовного кодекса (далее – РК) за невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если деяние повлекло предусмотренный законом вред здоровью или смерть человека по неосторожности¹.

Параллельно законодательство о здравоохранении использует категорию медицинского инцидента. В действующих Правилах определения случаев медицинского инцидента он характеризуется как событие, связанное с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами и применением разрешенных технологий, оборудования и инструментов, обусловленное отклонением от нормального функционирования организма пациента и способное причинить вред или привести к смерти, за исключением случаев, предусмотренных административным и уголовным законодательством². С октября 2024 года в стране также действует страхование профессиональной ответственности медицинских работников³. Страховой случай связывается с причинением вреда жизни и здоровью пациента вследствие медицинской деятельности, тогда как медицинский инцидент прямо исключен из числа страховых случаев. Указанные изменения свидетельствуют о формировании смешанной модели реагирования на вред, причиненный в сфере здравоохранения. Наряду с уголовным преследованием развиваются страховые, компенсационные, экспертные и внутренние механизмы управления качеством.

Вместе с тем появление новых категорий не устраняет вопроса о границах уголовной ответственности. Напротив, возникает необходимость установить соотношение врачебной ошибки, медицинского инцидента, оправданного профессионального риска, невиновного

¹ Уголовный кодекс Республики Казахстан: от 3 июля 2014 г. № 226-V ЗРК (с изм. и доп. по сост. на 24.07.2026 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226>.

² О здоровье народа и системе здравоохранения: от 7 июля 2020 г. № 360-VI ЗРК: (с изм. и доп. по сост. на 24.07.2026 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>.

³ Об утверждении Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников: приказ Министра здравоохранения РК от 24 июля 2024 г. № 58 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2400034803>.



причинения вреда и преступной неосторожности. В казахстанской юридической литературе данная проблема получила развитие в трудах ученых, выделявших несчастный случай, врачебную ошибку и профессиональное преступление, а также указывавших на трудности установления причинной связи [1]; [2]. Современные исследования обращают внимание на отсутствие законодательных определений терминов «врачебная ошибка» и «медицинская ошибка» и на необходимость их четкого разграничения с медицинским инцидентом и противоправным поведением. В сравнительном исследовании других отечественных ученых анализируются признаки ответственности медицинского работника в Казахстане и США, содержание статьи 317 УК РК и значение надлежащего экспертного исследования [3].

В российской доктрине проводилось комплексное исследование невиновного причинения вреда, медицинского риска, ответственности за причинение смерти и вреда здоровью и конкуренции уголовно-правовых норм [4]. Обосновывается необходимость применения принципа «ultima ratio», согласно которому уголовное наказание должно оставаться крайней мерой и использоваться прежде всего применительно к наиболее серьезным формам профессиональной неосторожности [5]. Также указывается на отсутствие единства подходов к определению врачебной ошибки [6].

За рубежом преобладающей становится тенденция перехода от автоматического поиска индивидуально виновного лица к анализу совокупности человеческих, организационных, технических и информационных факторов. Концепция справедливой культуры безопасности предполагает различное реагирование на добросовестную человеческую ошибку, рискованное поведение и сознательное либо грубое пренебрежение безопасностью. Всемирная организация здравоохранения в Глобальном плане действий по обеспечению безопасности пациентов на 2021-2030 гг. ориентирует государства на предупреждение устранимого вреда, системное обучение на неблагоприятных событиях и формирование культуры безопасности⁴.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили положения УК РК, Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», подзаконных актов о медицинских инцидентах, страховании профессиональной ответственности и деятельности независимой экспертной комиссии, а также научные публикации казахстанских и зарубежных авторов.

В исследовании использованы формально-юридический, системно-структурный, сравнительно-правовой и логико-семантический методы, позволившие сопоставить нормы уголовного законодательства с законодательством о здравоохранении и страховании профессиональной ответственности, изучить тенденции ограничения уголовной репрессии и развития компенсационных механизмов, а также проанализировать основные понятия в сфере уголовной ответственности медицинских работников.

Результаты, обсуждение. Термин «врачебная ошибка» не имеет однозначного содержания, поэтому для уголовно-правовой оценки определяющее значение имеет не сам факт неблагоприятного результата, а причины и условия его наступления. Если неправильное профессиональное решение обусловлено объективной клинической неопределенностью и при соблюдении необходимой степени внимательности и осторожности медицинский работник не имел реальной возможности действовать иначе, вина исключается. Напротив, нарушение обязательных мер предосторожности при наличии возможности предвидеть и предотвратить вред может свидетельствовать о преступной небрежности. Врачебную ошибку в уголовно-правовом смысле целесообразно рассматривать как объективно неправильное профессиональное решение, принятое при добросовестном исполнении обязанностей, но обусловленное неполнотой объективно доступной информации, атипичным течением заболевания либо иной неустранимой

⁴ World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Geneva: World Health Organization, 2021. – 86 p.



клинической неопределенностью. Медицинский инцидент характеризуется отсутствием дефекта оказания медицинской помощи и обусловленностью неблагоприятного исхода объективными особенностями состояния или реакции организма пациента. При этом квалификация события как медицинского инцидента не исключает необходимости самостоятельной правовой оценки обстоятельств его наступления.

Обоснованный риск отличается от врачебной ошибки осознанным допущением вероятности причинения вреда ради достижения общественно полезной лечебной цели. В соответствии со статьей 36 УК РК такой риск является правомерным, если поставленная цель не могла быть достигнута менее опасным способом и были приняты достаточные меры для предотвращения вреда. Его обоснованность определяется соразмерностью ожидаемой пользы и возможного вреда, научной обоснованностью вмешательства, квалификацией медицинского работника и достаточностью мер по предупреждению осложнений.

Информированное согласие пациента имеет существенное правовое значение, однако не является самостоятельным основанием правомерности вмешательства и не устраняет ответственности за необоснованные или запрещенные действия. В экстренной ситуации невозможность получения согласия не исключает правомерности вмешательства, если промедление создавало непосредственную угрозу жизни пациента.

Для признания риска обоснованным необходима оценка ситуации на момент принятия решения, а не после наступления результата. Если врач выбрал один из нескольких научно допустимых методов, обосновал выбор состоянием пациента и принял достаточные меры безопасности, последующее осложнение не превращает риск в преступную неосторожность. Если же опасный метод был выбран без необходимости, при наличии равноэффективного и существенно более безопасного варианта либо без элементарных мер контроля, ссылка на профессиональный риск является необоснованной. В современных научных трудах также подтверждается актуальность разработки самостоятельных критериев обоснованности медицинского риска и отсутствие достаточной определенности в отраслевом законодательстве [7].

Преступная неосторожность предполагает наличие как объективного, так и субъективного основания ответственности. Объективный критерий выражается в том, что медицинский работник должен был предвидеть соответствующее последствие, поскольку такая обязанность вытекала из его профессионального статуса, правил медицинской науки, клинической ситуации и конкретно выполняемой функции. Субъективный критерий означает, что он реально мог предвидеть и предотвратить последствие с учетом квалификации, опыта, физического и психического состояния, доступной информации, времени, оборудования и организационных условий.

Формула «должен был и мог предвидеть» требует совместного применения обоих критериев. Одной ссылки на стандарт или клинический протокол недостаточно, если доказано, что в конкретной ситуации исполнение соответствующего требования было объективно невозможно. В то же время отсутствие оборудования либо персонала не должно автоматически исключать вину, если медицинский работник мог своевременно организовать перевод пациента, вызвать более квалифицированного специалиста, отказаться от не относящегося к его компетенции вмешательства или предпринять иные доступные действия.

Неосторожная вина может проявляться в самонадеянности и небрежности. При самонадеянности медицинский работник осознает вероятность вредного результата, но без достаточных оснований рассчитывает его предотвратить. Например, он распознает признаки опасного осложнения, однако продолжает вмешательство, полагаясь на собственный опыт и не обеспечив необходимые меры контроля. При небрежности лицо не предвидит последствие, хотя



должно и может его предвидеть. Типичным проявлением является игнорирование клинического признака, обязательного обследования или противопоказания, которое было доступно для обнаружения медицинским работником соответствующей квалификации.

Для квалификации по статье 317 УК РК недостаточно установить общее «ненадлежащее оказание медицинской помощи». Требуется определить конкретную профессиональную обязанность, ее нормативный либо научно-медицинский источник, содержание необходимого действия, фактически допущенное отклонение и его значение для наступившего результата. Профессиональная обязанность может вытекать из закона, стандарта организации медицинской помощи, клинического протокола, должностной инструкции, правил эксплуатации оборудования, условий лицензирования, распределения функций в медицинской бригаде или общепризнанного профессионального правила.

При этом клинический протокол не должен механически приравниваться к уголовно-правовому запрету. Медицинская помощь по своему характеру предполагает индивидуализацию, а протокол не всегда способен учесть все особенности конкретного пациента. Отступление от протокола может быть обоснованным состоянием пациента и не образовывать нарушения. И наоборот, формальное соблюдение протокола не всегда исключает ответственность, если медицинский работник видел опасные индивидуальные обстоятельства, требовавшие дополнительных действий. Необходимо устанавливать, было ли правило обязательным применительно к конкретной ситуации и являлось ли отклонение существенным с позиции безопасности пациента.

Особое значение имеет установление причинной связи. В медицинских делах вред может быть обусловлен совокупностью факторов, связанных с заболеванием, особенностями организма, действиями медицинских работников, поведением пациента и недостатками организации помощи. Поэтому причинная связь не может выводиться лишь из того, что медицинское вмешательство предшествовало ухудшению состояния пациента.

Для уголовной ответственности необходимо установить, что конкретное нарушение создало либо существенно увеличило недопустимый риск наступления того последствия, которое фактически произошло, и что надлежащее выполнение обязанности с достаточной степенью медицинской обоснованности могло предотвратить результат. Если последствие наступило бы и при безупречном оказании помощи вследствие тяжести заболевания либо непредотвратимой реакции организма, причинная связь между дефектом и последствием отсутствует либо не достигает уголовно-правового значения.

Нельзя признавать причиной смерти любой выявленный недостаток оформления медицинской документации, несвоевременность действия, не повлиявшую на прогноз, или отступление от второстепенного требования. Уголовно значимым является только такое нарушение, которое связано с механизмом причинения конкретного вреда. Необходимо разграничивать причину результата, условие его наступления и обстоятельство, не имевшее существенного влияния.

Подводя итоги можно предложить следующую последовательную модель уголовно-правовой оценки медицинского деяния. На первоначальном этапе устанавливается точное содержание профессиональной обязанности конкретного лица. Абстрактное указание на обязанность «оказать качественную помощь» должно быть заменено описанием того, какое диагностическое, лечебное, организационное либо контрольное действие требовалось совершить. На следующем этапе клиническая ситуация реконструируется на момент принятия решения. Учитываются сведения, которыми располагал или должен был располагать работник, срочность, состояние пациента, результаты обследований, возможность консультации, уровень учреждения, наличие оборудования и допустимые альтернативы. Информация, полученная позднее, не должна



искусственно переноситься в прошлое. Далее устанавливается наличие существенного отклонения от требуемого поведения с учетом не только формального соблюдения документов, но и медицинской обоснованности решения. Оцениваются возможность предвидения и предотвращения последствий, профессиональная обязанность их предвидеть, и реальная способность работника принять необходимые меры. Затем определяется причинная связь с учетом течения заболевания, поведения пациента, действий других лиц, технических и организационных факторов. По результатам событие может быть квалифицировано как медицинский инцидент или казус, невиновная врачебная ошибка, обоснованный риск либо преступная неосторожность. Последняя имеет место при существенном нарушении конкретной обязанности, если работник должен был и мог предвидеть и предотвратить вред.

Предложенная модель позволяет избежать как объективного вменения, основанного лишь на неблагоприятном исходе, так и чрезмерно широкого признания любого ошибочного решения врачебной ошибкой, исключаящей уголовную ответственность. Научная дискуссия показывает, что термин «врачебная ошибка» целесообразно применять не как готовое основание освобождения от ответственности, а как исходную характеристику неправильного профессионального решения. Его окончательная уголовно-правовая оценка должна зависеть от наличия вины. В этом отношении заслуживает поддержки позиция ученых, предлагающих четкие критерии разграничения невиновного причинения вреда, медицинского риска и неосторожного преступления [8]. Одновременно следует учитывать аргумент о необходимости ограничения уголовной репрессии наиболее серьезными случаями профессиональной неосторожности и развития гражданско-правовых и внесудебных способов возмещения вреда [5; 119]. Сравнительный материал также не подтверждает того, что простое усиление юридической ответственности обязательно улучшает качество медицинской помощи. Систематический обзор трудов американских исследователей медицинского права показал, что повышение риска деликтной ответственности не обнаруживало устойчивой связи с улучшением качества и результатов медицинской помощи [9]. Все это не означает необходимости отказа от ответственности, но свидетельствует о недостаточности репрессивного механизма как самостоятельного инструмента безопасности пациентов.

Современная концепция справедливой культуры безопасности исходит из того, что обычная человеческая ошибка, рискованная привычка и сознательное пренебрежение очевидной опасностью требуют разных форм реагирования. Добросовестная ошибка должна в первую очередь становиться основанием для анализа процессов, обучения и изменения условий работы. Рискованное поведение требует коррекции профессиональной практики и управленческих решений. Уголовная или строгая дисциплинарная реакция сохраняет значение в отношении грубого, сознательного или заведомо опасного поведения. Как отмечают норвежские профессора в области интенсивной терапии и безопасности пациентов, переход от обвинения к обучению требует рассмотрения здравоохранения как сложной системы, в которой неблагоприятное событие редко объясняется одним действием одного лица [10].

В этой связи показательным является опыт Австралии, где врачебная ошибка как таковая не образует самостоятельного основания уголовной ответственности. Ответственность наступает за преступную небрежность, то есть за существенное отступление от стандарта разумной осторожности, создавшее высокий риск смерти или тяжкого вреда и по степени общественной опасности заслуживающее уголовного наказания⁵. Такое разграничение способствует своевременному выявлению медицинских ошибок и снижает заинтересованность медицинских работников в их сокрытии. Австралийская модель предусматривает обязательное открытое

⁵ Criminal Trial Courts Bench Book [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.judcom.nsw.gov.au/publications/benchbks/criminal/manslaughter.html>.



информирование пациента, регистрацию случаев причинения вреда и потенциально опасных событий, анализ индивидуальных и системных причин происшествия, а также принятие мер, направленных на предупреждение его повторения⁶. При этом обязательное уведомление профессионального регулятора требуется не при каждой ошибке, а при существенном отступлении от принятых профессиональных стандартов, создающем риск причинения вреда пациентам⁷. Целью данного механизма является не освобождение от ответственности, а получение достоверной информации об ошибках, выявление недостатков организации медицинской помощи и принятие мер, предупреждающих их повторение. Тем самым уголовное преследование сохраняется для наиболее опасных форм профессиональной неосторожности, тогда как добросовестная ошибка используется как основание для обучения и совершенствования системы безопасности пациентов.

Системный подход имеет непосредственное уголовно-правовое значение. Дефицит персонала, чрезмерная продолжительность дежурства, отсутствие лекарственных средств, неисправность оборудования, недостатки маршрутизации, несвоевременная передача информации и ошибочное распределение обязанностей могут существенно ограничивать возможность конкретного медработника предотвратить вред. Данные обстоятельства не должны автоматически исключать индивидуальную ответственность, но подлежат обязательному исследованию при установлении критерия «мог предвидеть и предотвратить». Одновременно необходимо рассматривать ответственность руководителей и иных лиц, решения которых создали опасные организационные условия.

Показательно развитие законодательства Казахстана о страховании профессиональной ответственности как механизм защиты права пациента на возмещение вреда, позволяющего сочетать обязательность страхования, участие единого страхового пула и независимое рассмотрение требований⁸. Данная модель формирует альтернативу ситуации, при которой пациент вынужден добиваться компенсации преимущественно через уголовное преследование врача. Вместе с тем страховое решение и заключение независимой экспертной комиссии не должны предопределять уголовно-правовую оценку, поскольку задачи компенсационного и уголовного производств различаются.

В уголовном процессе центральную роль обычно играет комиссионная судебно-медицинская экспертиза. Эксперт вправе устанавливать медицинское состояние пациента, характер и существенность дефекта, соответствие действий медицинским знаниям, вероятность предотвращения последствия и медицинский механизм причинения вреда. Однако вопросы о наличии преступной неосторожности, обоснованного риска, виновности и состава уголовного правонарушения являются правовыми и относятся к компетенции органа уголовного преследования и суда.

Европейский суд по правам человека подчеркивает значение эффективной и независимой системы установления обстоятельств медицинского вреда, качества экспертных заключений и способности национальных органов дать мотивированную оценку полученным медицинским данным⁹. При этом международные стандарты не требуют применения уголовного преследования к каждому случаю медицинской небрежности. Государство обязано обеспечить эффективную систему защиты, которая в зависимости от обстоятельств может включать гражданские, дисциплинарные и уголовные средства.

⁶ Australian Open Disclosure Framework. Sydney: ACSQHC, 2026. – 39 p.

⁷ Mandatory reporting and managing concerns about registered health practitioners [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ahpra.gov.au/Notifications/Mandatory-reporting>.

⁸ Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа: приказ Министра здравоохранения РК от 22 окт. 2020 г. № КР ДСМ-147/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511>.

⁹ European Court of Human Rights. Key Theme – Article 2: Medical Negligence Strasbourg: Registry of the European Court of Human Rights, 2025 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/medical-negligence>.



Перспективным направлением становится ответственность при использовании искусственного интеллекта. Ошибочный диагноз или лечебная рекомендация могут быть обусловлены не только действиями врача, но и качеством исходных данных, ошибкой разработчика, дефектом медицинского изделия, непрозрачностью алгоритма, неправильной интеграцией системы в работу учреждения либо недостаточной подготовкой персонала. По мнению казахстанских ученых-юристов, ответственность необходимо распределять с учетом степени автономности искусственного интеллекта и роли медицинской организации, изготовителя и врача. Международный систематический обзор также показывает отсутствие единой модели распределения ответственности и особую сложность оценки непрозрачных алгоритмов [11].

Применение искусственного интеллекта не должно приводить ни к автоматической ответственности врача за любой алгоритмический сбой, ни к полному переносу ответственности на разработчика. Необходимо определить, являлась ли система сертифицированным медицинским изделием, входила ли ее рекомендация в стандарт медицинской помощи, имел ли врач возможность проверить вывод, были ли очевидны признаки ошибки, кто обеспечивал качество данных, и кто принимал окончательное клиническое решение. Если врач разумно использовал одобренную систему в пределах инструкции и не располагал основаниями сомневаться в результате, его уголовная ответственность за скрытый технический дефект представляется необоснованной. В случае, когда рекомендация явно противоречила клиническим данным, а медицинский работник без проверки механически ее исполнил, возможна оценка его поведения как неосторожного.

Заключение. Подводя итоги, можно сформулировать ряд предложений, направленных на совершенствование законодательства и правоприменительной практики. В частности, целесообразно разработать нормативное постановление Верховного Суда РК по вопросам рассмотрения уголовных дел в данной сфере. Принятие такого постановления позволит обеспечить единообразие судебной практики, уточнить критерии ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, конкретизировать требования к установлению нарушенного профессионального правила, определить подходы к оценке действий медицинского работника, разграничить медицинскую и юридическую причинную связь, раскрыть критерии преступной небрежности, определить условия применения статьи 36 УК РК к медицинскому риску и пределы компетенции судебно-медицинского эксперта. Наряду с этим представляется необходимым уточнить формулировку статьи 317 УК РК. Термины «небрежное» и «недобросовестное отношение» имеют оценочный характер, тогда как основанием уголовной ответственности должно выступать существенное нарушение конкретной профессиональной обязанности, совершенное по неосторожности и находящееся в причинной связи с наступившими последствиями. Такое уточнение повысит правовую определенность и позволит сосредоточить оценку на конкретном поведении медицинского работника.

Список использованной литературы:

1. Жаппарова, А.С. Врачебные ошибки: понятийный аппарат и юридические последствия [Электронный ресурс]. / А.С. Жаппарова // Astana Medical Journal. – 2026. – Т. 126, № 3. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/408312945_Medical_errors_Conceptual_framework_and_legal_consequences.
2. Тлембаева, Ж.У. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников как механизм защиты права на охрану здоровья / Ж.У. Тлембаева // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. – 2025. – Т. 80, № 3. – С. 317-324.
3. Seidanov, A. Legal Liability of a Physician for Providing Inadequate Medical Care to a Patient: Analysis of Approaches Based on the Examples of Kazakhstan and the United States / A.A. Seidanov, et al. // Access to Justice in Eastern Europe. – 2024. – Vol. 7, № 3. – Pp. 410-438.
4. Парог, А.И. Медицинское уголовное право: монография; / А.И. Парог и др. – Москва: Проспект, 2022. –



5. Кратенко, М.В. Пределы криминализации врачебных ошибок: подходы в российском и зарубежном праве / М.В. Кратенко // Журнал российского права. – 2023. – Т. 27, № 7. – С. 119-132.
6. Малышева, Ю.Ю. Генезис понятия врачебной ошибки и его отражение в отечественном и зарубежном уголовном законодательстве / Ю.Ю. Малышева // Гуманитарные и политико-правовые исследования. – 2022. – № 4 (19). – С. 36-50.
7. Свередюк, М.Г. Уголовная ответственность в сфере здравоохранения: региональный аспект / М.Г. Свередюк // Медицинское право. – 2023. – № 1. – С. 16-19.
8. Рарог, А.И. Медицинский риск в уголовном праве / А.И. Рарог, Т.Г. Понятовская // Всероссийский криминологический журнал. – 2021. – Т. 15, № 3. – С. 321-331.
9. Mello, M.M. Malpractice Liability and Health Care Quality: A Review / M.M. Mello, et al. // JAMA. – 2020. – Vol. 323, № 4. – Pp. 352-366.
10. Brattebø, G. Errors in Medicine: Punishment versus Learning Medical Adverse Events Revisited - Expanding the Frame / G. Brattebø, H.K. Flaatten // Current Opinion in Anaesthesiology. – 2023. – Vol. 36, № 2. – Pp. 240-245.
11. Тлембаева, Ж.У. Проблемы регулирования ответственности при использовании искусственного интеллекта в здравоохранении / Ж.У. Тлембаева, Р.С. Жалтырбаева // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. – 2026. – Т. 81, № 2. – С. 334-343.
12. Cestonaro, C. Defining Medical Liability When Artificial Intelligence Is Applied on Diagnostic Algorithms: A Systematic Review / C. Cestonaro, et al. // Frontiers in Medicine. – 2023. – Vol. 10. – Art. 1305756.

References:

1. Zhapparova, A.S. Vrachebnye oshibki: ponjatijnyj apparat i juridicheskie posledstviya [Elektronnyj resurs] / A.S. Zhapparova // Astana Medical Journal. – 2026. – Т. 126, № 3. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/408312945_Medical_errors_Conceptual_framework_and_legal_consequences (data obrashhenija: 24.07.2026).
2. Tlembaeva, Zh.U. Strahovanie professional'noj otvetstvennosti medicinskih rabotnikov kak mehanizm zashhity prava na ohranu zdorov'ja / Zh.U. Tlembaeva // Vestnik Instituta zakonodatel'stva i pravovoj informacii Respubliki Kazahstan. – 2025. – Т. 80, № 3. – С. 317-324.
3. Seidanov, A. Legal Liability of a Physician for Providing Inadequate Medical Care to a Patient: Analysis of Approaches Based on the Examples of Kazakhstan and the United States / A.A. Seidanov, et al. // Access to Justice in Eastern Europe. – 2024. – Vol. 7, № 3. – Pp. 410-438.
4. Rarog, A.I. Medicinskoe ugovnoe pravo: monografija; / A.I. Rarog i dr. – Moskva: Prospekt, 2022. – 576 s.
5. Kratenko, M.V. Predely kriminalizacii vrachebnyh oshibok: podhody v rossijskom i zarubezhnom prave / M.V. Kratenko // Zhurnal rossijskogo prava. – 2023. – Т. 27, № 7. – С. 119-132.
6. Malysheva, Ju.Ju. Genezis ponjatija vrachebnoj oshibki i ego otrazhenie v otechestvennom i zarubezhnom ugovnom zakonodatel'stve / Ju.Ju. Malysheva // Gumanitarnye i politiko-pravovye issledovaniya. – 2022. – № 4 (19). – С. 36-50.
7. Sveredjuk, M.G. Ugolovnaja otvetstvennost' v sfere zdavoohranenija: regional'nyj aspekt / M.G. Sveredjuk // Medicinskoe pravo. – 2023. – № 1. – С. 16-19.
8. Rarog, A.I. Medicinskij risk v ugovnom prave / A.I. Rarog, T.G. Ponjatovskaja // Vserossijskij kriminologicheskij zhurnal. – 2021. – Т. 15, № 3. – С. 321-331.
9. Mello, M.M. Malpractice Liability and Health Care Quality: A Review / M.M. Mello, et al. // JAMA. – 2020. – Vol. 323, № 4. – Pp. 352-366.
10. Brattebø, G. Errors in Medicine: Punishment versus Learning Medical Adverse Events Revisited - Expanding the Frame / G. Brattebø, H.K. Flaatten // Current Opinion in Anaesthesiology. – 2023. – Vol. 36, № 2. – Pp. 240-245.
11. Tlembaeva, Zh.U. Problemy regulirovaniya otvetstvennosti pri ispol'zovanii iskusstvennogo intellekta v zdavoohranenii / Zh.U. Tlembaeva, R.S. Zhaltyrbaeva // Vestnik Instituta zakonodatel'stva i pravovoj informacii Respubliki Kazahstan. – 2026. – Т. 81, № 2. – С. 334-343.
12. Cestonaro, C. Defining Medical Liability When Artificial Intelligence Is Applied on Diagnostic Algorithms: A Systematic Review / C. Cestonaro, et al. // Frontiers in Medicine. – 2023. – Vol. 10. – Art. 1305756.

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР / СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT AUTHORS

Еркін Қайруллаұлы Қайрулла – Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының жанындағы Құқық қорғау органдары академиясының Ведомствоаралық ғылыми-зерттеу институты Қылмыстық саясат және криминология проблемаларын зерттеу орталығының бастығы, заң ғылымдарының кандидаты, e-mail: anara_erken@mail.ru, orcid.org/0009-0006-1497-8239.



Кайрулла Еркин Кайруллович – начальник Центра исследования проблем уголовной политики и криминологии Межведомственного научно-исследовательского института Академии правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан, кандидат юридических наук, e-mail: anara_erken@mail.ru, orcid.org/0009-0006-1497-8239.

Kairulla Yerkin Kairullovich – Head of the Center for the Study of Problems Criminal Policy and Criminology of the Interdepartmental Research Institute of the Law Enforcement Academy under the Prosecutor General's Office of the Republic of Kazakhstan, Candidate of Law Sciences, e-mail: anara_erken@mail.ru, orcid.org/0009-0006-1497-8239.