

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ПРАВОСУДИЯ»

На правах рукописи

ГАЛЬ ИГОРЬ ГЕННАДИЕВИЧ

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Специальность 12.00.03 – Гражданское право; предпринимательское право;  
семейное право; международное частное право

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата юридических наук

Научный руководитель  
доктор юридических наук, профессор  
Кулаков В.В.

Москва – 2014

## СОДЕРЖАНИЕ:

Введение .....	3
Глава 1. Медицинская услуга: понятие и особенности правового регулирования.....	13
1.1. Медицинская услуга как объект обязательства. Соотношение понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга».....	13
1.2. Правовое регулирование отношений, возникающих при оказании медицинской услуги.....	32
1.3. Договор как регулятор отношений, возникающих при оказании медицинских услуг .....	66
Глава 2. Субъекты обязательства по оказанию медицинской услуги.....	82
2.1. Исполнитель медицинской услуги.....	82
2.2. Заказчик и пациент как субъекты обязательства по оказанию медицинской услуги .....	98
Глава 3. Содержание обязательства по оказанию медицинской услуги...	115
3.1. Обязанности исполнителя. Правовые средства минимизации риска недостижения результата медицинской услуги .....	115
3.2. Права и обязанности пациента .....	141
Заключение .....	156
Библиографический список .....	167

**Актуальность исследования.** Здоровье представляет собой неотъемлемое нематериальное благо любого человека, определяемое в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие. Обеспечение такого благополучия как условия достойного существования граждан является одной из приоритетных задач государства. В Конституции Российской Федерации провозглашено право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Гарантии данного права установлены также во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. Право на здоровье может быть обеспечено посредством применения разноотраслевых правовых средств. Важная роль в их системе принадлежит и нормам гражданского права.

Поддержание здоровья в должном состоянии достигается, как правило, посредством оказания медицинской помощи специальными субъектами – медицинскими организациями и частнопрактикующими врачами. Актуальной является задача по правильной гражданско-правовой квалификации возникающих при этом отношений, которые могут быть как договорными, так и недоговорными. Так как они регулируются, в том числе, нормами главы 39 Гражданского кодекса Российской Федерации договоре возмездного оказания услуг, актуальным является определение содержания понятия «медицинская услуга» с целью отграничения от смежных отношений, в частности, когда медицинская помощь оказывается в рамках действий в чужом интересе без поручения. Исследование отношений, связанных с оказанием медицинских услуг, кроме того обуславливает необходимость выработки теоретических положений общего порядка о содержании понятия услуги (как объекта гражданских прав, обязательства и объекта обязательства). Это будет

способствовать точному уяснению гражданско-правовой сущности понятия «медицинская услуга» в соотношении с понятием «медицинская помощь».

Нормы ГК РФ не могут охватить весь спектр отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг. Большое значение в их регулировании принадлежит специальному законодательству, в частности, Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором закреплены нормы как публичного, так и частного права. Кроме того, в данном законе значительное внимание уделяется саморегулированию и морально-этическим нормам в сфере здравоохранения. Соответственно актуальным представляется определение системы правовых средств, посредством которых можно достичь эффективного правового регулирования отношений, связанных с оказанием медицинской помощи.

В отношениях по оказанию медицинских услуг участвует ряд субъектов. В первую очередь это лица, оказывающие медицинские услуги, и пациенты, права и законные интересы которых требуют особых правовых гарантий в силу того, что они являются слабой стороной в соответствующем обязательстве. Участвовать в таких отношениях могут и иные лица, в том числе страховые организации и публично-правовые образования, если за их счет происходит оплата медицинской помощи. Тем самым актуальной является выработка теоретических положений, объясняющих место всех названных субъектов в обязательстве по оказанию медицинских услуг, а также их правового положения.

Важной представляется проблема определения правового статуса лиц, оказывающих медицинские услуги. Конституцией России каждому гражданину гарантируется бесплатная медицинская помощь, однако, согласно гражданскому законодательству, медицинские услуги предполагаются возмездными и оплачиваются за счет страховых фондов или бюджета того или иного публично-правового образования, а также самими гражданами. Формально деятельность медицинских организаций и частнопрактикующих врачей подпадает под признаки предпринимательской деятельности, что

может повлечь с их стороны необоснованное завышение цен, навязывание ненужных медицинских вмешательств в целях извлечения максимальной прибыли. Вместе с тем медицинская услуга имеет ярко выраженную социальную направленность, что делает актуальной выработку теоретических положений о возможных оптимальных организационно-правовых формах медицинской деятельности.

Вступая в правоотношение по оказанию медицинской услуги, пациент преследует цели выздоровления или поддержания здоровья в определенном состоянии. Споры, связанные с оказанием некачественной медицинской помощи, зачастую становятся предметом судебного разбирательства. В легальном определении услуги (ст. 779 ГК РФ) указание на ее результат не упоминается, однако поскольку любое обязательство направлено на достижение цели кредитора, недопустимо игнорирование целей, ради достижения которых пациенты обращаются в медицинские организации и к частнопрактикующим врачам. Соответственно необходима выработка теоретических положений о критериях качества медицинской помощи в целях более эффективной защиты прав и законных интересов пациентов, имеющих правовой статус потребителя.

Вместе с тем в целях обеспечения разумного баланса прав всех участников соответствующих отношений актуальной является задача точного определения пределов ответственности лиц, оказывающих медицинские услуги. Их деятельность зачастую непредсказуема, связана с риском невинного причинения вреда жизни или здоровью пациента и может быть расценена как источник повышенной опасности и повлечет привлечение исполнителей к ответственности в любых случаях. Однако такой подход может привести к снижению инициативы и усмотрения в выборе методов лечения, что в свою очередь приведет к снижению эффективности медицинской деятельности.

Таким образом, актуальность исследования как в теории, так и в практике очевидна, а постановка и решение конкретных правовых проблем в представленном аспекте позволяют придать выводам не только теоретическое,

но и прикладное значение. Указанные обстоятельства predeterminedили необходимость анализа проблем гражданско-правового регулирования отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг.

**Степень научной разработанности темы.** Исследование проблем гражданско-правового регулирования отношений в сфере медицины проводилось в различные периоды. Исследованию проблем гражданско-правового регулирования отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг, посвятили работы В.И. Акопов, Э.М. Алсынбаева, Ю.В. Данилочкина, Ю.Д. Сергеев, С.Г. Стеценко, А.В. Тихомиров, О.Н. Лебединец, М.Н. Малеина, Е.Н. Маслов, А.А. Мохов, С.В. Нагорная, С.С. Шевчук и др.

Специальные аспекты медицинских услуг отражены в диссертационных исследованиях Ю.В. Данилочкиной «Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг» (Самара, 2003), С.В. Нагорной «Договор об оказании медицинских услуг» (Белгород, 2004), С.С. Шевчук «Личные неимущественные права граждан в сфере медицинских услуг по гражданскому законодательству России» (Ростов н/Д., 2005), К.В. Егорова «Правомерное и неправомерное причинение вреда сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект» (Казань, 2006), А.В. Мелихова «Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный здоровью или жизни пациента» (Волгоград, 2006), И.Г. Ломакиной «Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации» (М., 2006), Н.К. Елиной «Правовые проблемы оказания медицинских услуг» (Волгоград, 2006), О.Е. Жамковой «Правовое регулирование оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации» (М., 2007), Э.М. Алсынбаевой «Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг по трансплантологии органов и тканей человека» (Уфа, 2013).

Вместе с тем большинство из данных исследований проводилось до принятия Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который содержит много новелл, требующих критического осмысления в свете реформирования гражданского законодательства.

Кроме того, в указанных работах авторами в основном рассмотрены гражданско-правовые проблемы, связанные с отдельными аспектами оказания медицинских услуг: порядком и условиями заключения договора, квалификацией обязательств из причинения вреда, особенностями отдельных медицинских услуг. Вместе с тем актуальна всесторонняя научная оценка и теоретический анализ проблем гражданско-правового регулирования отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг, с точки зрения уяснения особенностей самой медицинской услуги как объекта правового регулирования, что позволит дать верную оценку правового положения участников соответствующих отношений, выявить особенности их правового регулирования.

**Цель и задачи диссертационного исследования.** Цель данной работы состоит в обосновании теоретических положений об особенностях обязательства по оказанию медицинской услуги. Для достижения сформулированной цели в диссертационном исследовании поставлены следующие взаимосвязанные исследовательские задачи:

- определение понятия и признаков обязательства по оказанию медицинской услуги, его состава и содержания;
- установление содержания понятия «медицинская услуга» и ее соотношения с понятием «медицинская помощь»;
- установление и характеристика форм и методов правового регулирования отношений в сфере оказания медицинских услуг;
- определение значения саморегулирования в сфере оказания медицинских услуг;
- определение правового положения субъектов обязательства по оказанию медицинской услуги;
- установление критериев, позволяющих квалифицировать медицинскую

услугу как оказанную с надлежащим качеством;

- определение условий ответственности исполнителя в обязательстве по оказанию медицинской услуги.

**Объектом исследования** являются урегулированные нормами гражданского права общественные отношения, возникающие при оказании медицинской услуги.

**Предмет исследования** включает в себя правовые нормы, регулирующие отношения, связанные с возникновением и исполнением обязательств по оказанию медицинских услуг, соответствующие положения доктрины гражданского права и правоприменительную (в том числе судебную) практику.

**Методологическая основа диссертационного исследования.** В работе использованы общенаучные (анализ и синтез, абстрагирование и конкретизация) и частнонаучные методы исследования (формально-юридический, сравнительно-правовой, технико-юридический).

**Теоретическую основу исследования** составили положения, сформулированные в работах отечественных ученых по общим вопросам обязательственного права и специальных правовых исследованиях в сфере медицинских услуг: М.М. Агаркова, В.К. Андреева, Н.А. Барина, А.В. Баркова, В.А. Белова, М.И. Брагинского, В.В. Витрянского, Д.И. Данилочкиной, Н.Л. Дювернуа, К.В. Егорова, В.В. Ершова, О.С. Иоффе, В.В. Кулакова, О.Н. Лебединец, Л.А. Лунца, Д.И. Мейера, В.С. Мельникова, С.Ю. Морозова, И.Б. Новицкого, Е. К.П. Победоносцева, И.А. Покровского, Б.И. Пугинского, М.А. Рожковой, Л.В. Санниковой, С.В. Сарбаша, Д.И. Степанова, Е.А. Суханова, А.В. Тихомирова, В.С. Толстого, А.П. Фокова, М.Ю. Чельшева, А.Е. Шерстобитова, Г.Ф. Шершеневича и др.

**Эмпирическую базу исследования** составили результаты изучения международных договоров (18) и нормативных правовых актов Российской Федерации (33); актов Конституционного Суда Российской Федерации (4); иных судебных актов (3 Постановления Пленума Верховного Суда РФ, 6 определений Верховного Суда Российской Федерации, 1 постановление



Федерального арбитражного суда Московского округа, 2 постановления арбитражных апелляционных судов, 1 определение судебной коллегии Брянского областного суда, 5 решений районных судов).

**Научная новизна диссертационного исследования** заключается в теоретических положениях, в которых определяются понятие и признаки обязательства по оказанию медицинской услуги; определяется понятие «медицинская услуга» и ее соотношение с понятием «медицинская помощь»; выделены критерии качества медицинских услуг; определены условия ответственности исполнителя медицинской услуги; показана система форм и методов правового регулирования отношений в сфере оказания медицинской помощи; определены особенности правового положения участников обязательства по оказанию медицинской услуги.

Положения, выносимые на защиту:

1. Понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга» соотносятся друг с другом как естественнонаучное и правовое. Медицинская помощь подлежит квалификации как услуга, если оказывается на основании договора. В противном случае, отношения, в рамках которых оказана медицинская помощь, квалифицируются как обязательства из действий в чужом интересе без поручения.

Обоснован имущественный характер обязательства по оказанию медицинской услуги, поскольку она создает определенный экономический эффект (удовлетворение потребности человека по получению квалифицированной медицинской помощи) и может быть оценена в деньгах. При этом оплачена она может быть как самим пациентом, так и иными лицами (в том числе страховыми организациями и публичным образованием).

Соответственно, обязательство по оказанию медицинской услуги определено как действия или совокупность действий (деятельность), характеризующиеся возмездным договорным характером, осуществляемые лицами, обладающими профессиональными знаниями, направленные на удовлетворение потребностей пациента и имеющие своей целью его

выздоровление и (или) поддержание здоровья.

2. Доказано, что применение императивного регулирования в целях защиты пациента-потребителя не меняет исключительно гражданско-правового характера медицинской услуги, поскольку она возникает по поводу удовлетворения частных интересов ее сторон (заказчика – в излечении, исполнителя – в получении дохода).

3. Направленность обязательств в пользу кредитора (ст. 307 ГК РФ) придает правовое значение предполагаемому результату медицинской услуги, несмотря на отсутствие соответствующего указания в легальном определении в ст. 779 ГК РФ. При этом медицинская услуга квалифицируется как некачественная, если будет доказано, что недостижение целей заказчика в поддержании (восстановлении) состояния здоровья пациента произошло вследствие ненадлежащей квалификации исполнителя (его работников) и (или) нарушения им в процессе своей деятельности требований, установленных в договоре или государственном стандарте.

4. Медицинская услуга может быть квалифицирована в качестве источника повышенной опасности лишь при применении вещей (инструментов, лекарств, инъекций или их системной совокупности, объединенной тем или иным методом лечения), если невозможен полный контроль со стороны исполнителя (их владельца) за проявлением их опасных свойств (в частности, при применении препаратов в процессе клинического испытания). Освобождение исполнителя от ответственности в таком случае возможно (п. 4 ст. 401, часть вторая п. 3 ст. 1064 ГК РФ) при условии полной информированности о возможных последствиях в соответствии со ст. 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

5. Обоснована возможность применения по аналогии конструкции договора в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ) к пациентам, медицинская помощь которым финансируется за счет бюджета. В таком случае публичное образование, из бюджета которого финансировалось медицинское вмешательство, выступает в качестве выговорившего право, пациент в

качестве третьего лица (основного кредитора), медицинское учреждение в качестве должника.

6. Особая социальная направленность медицинской услуги обуславливает нецелесообразность распространения на нее правил о предпринимательской деятельности (поскольку деятельность, приносящая доход, является побочной целью, характерной для некоммерческих организаций). В связи с этим наиболее пригодной организационно-правовой формой осуществления медицинской деятельности является форма некоммерческой организации.

Недопущению навязывания ненужных медицинских вмешательств служит право на односторонний отказ пациента (страховщика по договору обязательного или добровольного медицинского страхования) от оплаты стоимости не обоснованных необходимостью и потенциальной пользой для пациента медицинских вмешательств (выплаты страхового обеспечения) в соответствии со ст. 731 ГК РФ, ст. 19 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7. Обоснован публичный характер договора на оказание медицинской услуги, поскольку исполнитель не вправе отказаться от его заключения и установить объем оказываемых услуг ниже предусмотренного императивно, при условии наличия информированного согласия пациента на медицинское вмешательство. В случае оказания медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования свобода договора в части определения его условий не проявляется.

Вместе с тем индивидуальные особенности состояния организма пациента дают врачу в рамках имеющихся стандартов медицинской помощи право на усмотрение в определении объема, вида медицинских вмешательств, выборе лекарств и методов лечения.

**Теоретическая значимость** положений и выводов диссертации заключается в том, что они дополняют и развивают теорию обязательств в части, касающейся обязательства по оказанию медицинской услуги (определение понятия этого обязательства, особенностей возникновения,

признаков его объекта, правового положения субъектов, особенностей исполнения и ответственности, правового регулирования).

**Практическая значимость** исследования состоит в том, что его результаты могут быть использованы: при преподавании гражданского права; в качестве теоретической основы для совершенствования законодательства и правоприменительной практики по вопросам обязательственного права; в научно-исследовательской работе и юридической практике.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации нашли свое отражение в статьях, опубликованных в научных журналах, в том числе рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации. Результаты диссертационного исследования используются в процессе преподавания гражданско-правовых дисциплин, внедрены в юридическую практику медицинских организаций. Теоретические положения и выводы, предложения по совершенствованию законодательства изложены автором в докладах, сообщениях на научных, научно-практических конференциях: Всероссийской научно-практической конференции «Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала» (Санкт-Петербург, 22 – 23 июня 2010 г.); V Всеукраинской (IV Международной научно-практической конференции медицинского права «Медицинское право Украины: законодательное обеспечение охраны здоровья (генезис, международные стандарты, тенденции развития и становления)» (г. Одесса, 19 – 21 мая 2011 г.); IV Итоговой научной конференции аспирантов и соискателей «Общетеоретические и отраслевые проблемы российского правосудия» (г. Москва, 19 марта 2013 г., Российская академия правосудия); Всероссийской научной конференции «Договорное право: теоретические и практические проблемы» (г. Москва, 9 апреля 2013 г., Российская академия правосудия).

**Структура** диссертации обусловлена целью, задачами и логикой научного исследования. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, включающих в себя семь параграфов, и заключения.

## Глава 1. Медицинская услуга: понятие и особенности правового регулирования

### 1.1. Медицинская услуга как объект обязательства. Соотношение понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга»

В ст. 779 ГК РФ в числе иных услуг упоминаются услуги медицинские. В цивилистике остается нерешенным ряд теоретических проблем, в первую очередь связанных с определением юридической природы услуги как объекта гражданского права вообще, и медицинской в частности. Вместе с тем разработка соответствующих теоретических положений способствовало бы формированию эффективного законодательства в этой сфере и соответствующей судебной практики.

Если говорить об услуге вообще, следует заметить, что в качестве самостоятельного объекта гражданских прав услуги нашли закрепление лишь в Гражданском кодексе Российской Федерации (ст. 128). Ранее в отечественном законодательстве они лишь упоминались<sup>1</sup>, что вызывало затруднения при отграничении их от других договоров. Так, Ю.Х. Калмыков к обязательствам по оказанию услуг относил разные по своей правовой природе договоры, которые совершаются на льготных условиях, либо с целью создания удобств для управомоченного лица: договоры бытового подряда и проката, розничной купли-продажи в кредит и т.д.<sup>2</sup>. Очевидно, что данный подход очень широк и не способствует уяснению юридической природы услуги как объекта гражданского права.

---

<sup>1</sup> По ГК РСФСР 1922 г. оказание услуг признавалось в качестве встречного предоставления по договорам имущественного найма и вклада в общее имущество товарищей. В ГК РСФСР 1964 г., в Основы гражданского законодательства Союза ССР и республик 1991 г. этот термин употреблялся применительно к договорам транспортной экспедиции и о передачи права на товарный знак (знак обслуживания).

<sup>2</sup> Калмыков Ю. Х. К понятию обязательства по оказанию услуг в гражданском праве // Избранное: Труды. Статьи. Выступления. М.: Статут, 1998, 1998. С.33.

Легальное определение услуги как результата непосредственного взаимодействия исполнителя и потребителя, а также собственной деятельности исполнителя по удовлетворению потребности потребителя появилось в ГОСТ Р 50646-94 «Услуги населению. Термины и определения»<sup>1</sup>. Данную дефиницию нельзя признать удовлетворительной, поскольку определение услуги через результат, который, как правило, нематериален, весьма затруднительно и неприемлемо для квалификации услуг как качественных. В ст. 128 ГК РФ услуги (наряду с работами) названы в перечне объектов гражданских прав, а в ст. 779 ГК РФ дана их краткая дефиниция с указанием на то, что это определенные действия или деятельность. Из содержания ст. 307 ГК РФ следует, что услуги могут выступать в качестве объекта обязательства, если направлены в пользу кредитора. Определяются услуги в налоговом законодательстве: услугой для целей налогообложения признается деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе этой деятельности (ст. 38 НК РФ). Как видим, главным в легальных дефинициях услуг является указание на определенную деятельность в отсутствие материального результата.

Существует много доктринальных определений услуги. Как правило, они заключаются в указании на то, что это полезная деятельность, направленная на удовлетворение потребностей и не связанная с созданием вещи<sup>2</sup>. При этом закон позволяет считать услугой и однократные действия. Как правило, особое внимание в доктрине уделяется соотношению услуг и работ. Д.И. Степанов в связи с этим выделяет даже некие «как бы услуги», которые, по его мнению, «опосредуют поддержание известного качественного состояния вещей, а также внешнего вида людей и животных, ремонт бытовой техники»<sup>3</sup>. Основаниями

---

<sup>1</sup> Утв. Постановлением Госстандарта РФ от 21 февраля 1994 г. №34 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

<sup>2</sup> Хозяйственное право. Курс лекций. Т.2. / Под ред. В.С. Мартемьянова. М.: БЕК, 1994. С. 89; Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С.32.

<sup>3</sup> Степанов Д.И. Услуги как объект гражданских прав // Российская юстиция. 2000. № 2. С.39.

для выделения такого вида объекта гражданских прав у ученого выступают такие характеристики действий, как неустойчивость результата, легкость исчезновения вещи и возвращения ее к первоначальному состоянию.

Важно заметить, что некоторые услуги реализуются и потребляются в результате совершения этих действий, а некоторые продолжают сохранять положительный эффект и после исполнения обязательств, ярким примером таких услуг является медицинская помощь. Она будет иметь значение для пациента, если результат сохраняется максимально долго, иными словами, «врач действует на будущее». Однако достижение этого результата при оказании некоторых услуг (например, медицинских или образовательных) не может быть гарантирован исполнителем. В связи с этим Ю.В. Данилочкина справедливо указывает, что результат медицинской услуги невозможно оценить до ее получения в связи с особенностями каждого отдельного человека и различной реакцией его организма в процессе ее оказания<sup>1</sup>.

Исходя из содержания норм действующего законодательства, возникает некое тройственное восприятие услуги: как объекта гражданских прав, как обязательства и как объекта самого обязательства. По этому поводу отметим, что в ст. 128 ГК РФ, услуга упоминается в перечне иных объектов гражданских прав как бы в потенции, в том смысле, что они принципиально могут быть объектом того или иного обязательства (оборотоспособны). Если же между конкретными участниками отношений возникает такое обязательство, услуга конкретизируется в его объекте (предмет договора), что позволяет применять соответствующего нормы о надлежащем исполнении. Сама услуга как деятельность также имеет объект приложения, который следует учитывать в квалификации соответствующего обязательства как оказанного с надлежащим качеством.

Важным в определении услуги является указание на то, что об услугах можно говорить лишь в связи с обязательствами, они не могут существовать

---

<sup>1</sup> Данилочкина Ю.В. Понятие и правовая природа медицинских услуг // Медицинское право. №4. 2008. С.11.

так же как объекты материального мира<sup>1</sup>. Это – полезная деятельность, которая имеет для ее заказчиков такую ценность, за которую готовы предоставить в качестве встречного предоставление деньги или иное благо, имеющее или могущее иметь рыночную стоимость, выраженную в деньгах. Соответственно их следует считать самостоятельными объектами гражданских прав, смежными с имуществом<sup>2</sup>. В литературе услугу (в том числе и работу) предлагается понимать в качестве имущества, в связи с тем, что прямая зависимость между формой закрепления блага и типом человеческой потребности отсутствует, следовательно, «в материальной форме может быть закреплено благо, способное удовлетворить нематериальные потребности (материальные носители информации, предметы коллекций), а в нематериальной – благо, позволяющее достичь удовлетворения материальных потребностей (имущественное право)»<sup>3</sup>. Однако от «классического имущества», т.е. от вещей услуги отличаются: во-первых, характером объекта ее приложения, учет которого позволяет гарантировать достижение максимально эффективного результата, во-вторых, тем, что ценность имеет сама деятельность, т.е. содержание поведения исполнителя, в-третьих, профессиональными свойствами и навыками исполнителя. Остановимся на элементах обязательства по оказанию медицинской услуге подробнее.

Содержание медицинской услуги. О соотношении понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга»

В ГК РФ термин «медицинская помощь» не закреплен (в ст. 779 ГК РФ говорится о медицинской услуге). Вместе с тем, в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее –

---

<sup>1</sup> Кабалкин А.Ю. Услуги в гражданском праве Российской Федерации // Сборник научных трудов, посвященных памяти В.А. Рясенцева М.: Юрист, 1995. С. 29.

<sup>2</sup> Н.Д. Егоров в связи с этим пришел к выводу, что «услуги являются таким же материальным объектом субъективных гражданских прав, как вещи и работы». См.: Егоров Н.Д. К вопросу о понятии обязательства // Сб. ст. к 55-летию Евгения Алексеевича Крашенинникова. Ярославль: ЯрГУ, 2006. С. 47 – 48.

<sup>3</sup> Кулаков В.В. Сложные обязательства в гражданском праве: Дис... докт. юрид. наук. М., 2011. С.230.



Федеральный закон «Об основах охраны здоровья», Закон об основах охраны здоровья) закреплены оба этих понятия. В соответствии со ст. 2 данного закона медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на *поддержание и (или) восстановление* здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, а медицинская услуга определена как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Как видим, законодатель медицинскую помощь и медицинскую услугу не отождествляет. Не ясно, исключены ли из их содержания такие медицинские мероприятия, как лекарственное обеспечение, осуществлении действий санитарно-противоэпидемиологическом характера, организационные мероприятия, обеспечение лечебным питанием и др.

По этому поводу заметим, что Конституционный Суд РФ пришел в выводу, что конституционное право на медицинскую помощь включает в себя право на получение медицинских услуг, которые не входят в гарантированный объем бесплатных медицинских услуг, предоставляемых за счет государства, а само возмездное оказание медицинских услуг представляет собой договорное гражданско-правовое отношение<sup>1</sup>. Из этого следует, что безвозмездные медицинские услуги входят в содержание медицинской помощи, но к услугам, несмотря на название, не относятся. Очевидно, что экстренная медицинская помощь подпадает под квалификацию как действий в чужом интересе без поручения (ст. 980 ГК РФ). При этом гражданин имеет право на получение бесплатного лечения и при отсутствии соответствующего бюджетного финансирования. Так, Судебная коллегия по гражданским делам ВС РФ отменила решение Советского районного суда г. Липецка от 20 января 2012 г. и

---

<sup>1</sup> Определение Конституционного суда РФ от 6 июня 2002 г. №115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав п.2 ст. 779 и п.2 ст. 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Липецкого областного суда от 4 апреля 2012 г. отменить в части отказа в удовлетворении иска Пановой В.Н. к Липецкому региональному отделению Фонда социального страхования РФ о предоставлении путевки на санаторно-курортное лечение за 2008 год и обязало последнее предоставить соответствующую путевку. Как указала коллегия недостаточность финансирования или его отсутствие при наличии у гражданина права на обеспечение путевкой на санаторно-курортное лечение не является основанием для отказа в судебной защите имеющегося у гражданина права<sup>1</sup>. К похожему выводу пришел Новгородский районный суд Новгородской области в решении от 18 марта 2011 г.<sup>2</sup>, которое было оставлено в силе Определением Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 4 мая 2012 г. № 84-ВПР12-1<sup>3</sup>.

В подзаконных актах содержание медицинской услуги раскрывается следующим образом. В п. 2 утративших силу Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями<sup>4</sup>: предоставление медицинскими учреждениями населению профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, зубопротезной и протезно-ортопедической помощи. В утративших силу Правилах предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденных Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы 29 сентября 2004 г. № 446, медицинская помощь определялась как комплекс мероприятий, учитывая медицинские услуги, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и другие, направленные на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья, а

---

<sup>1</sup> Определение Верховного Суда РФ от 19 апреля 2013 г. № 77-КГ13-1 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

<sup>2</sup> Решение Новгородского районного суда Новгородской области от 18 марта 2011 г. // Архив Новгородского районного суда Новгородской области.

<sup>3</sup> Определение Верховного Суда РФ от 4 мая 2012 г. № 84-ВПР12-1 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

<sup>4</sup> Утверждены Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27.

медицинская услуга – как мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость»<sup>1</sup>. В п. 2 действующих Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг<sup>2</sup> медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. В п. 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности<sup>3</sup> указано, что медицинскую деятельность составляют работы (услуги) по перечню согласно приложению, которые выполняются при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Как видим, понятие медицинская услуга и медицинская помощь соотнесены в указанных актах, по сути, как частная и общая правовые категории. Такой подход поддерживает Н.А. Баринов, указывая по этому поводу, что отношения по оказанию медицинских услуг носят лишь вспомогательный характер по отношению к медицинской помощи, лечению<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Утратил силу с 9 декабря 2011 г. в связи с принятием приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 9 декабря 2011 г. № 1608.

<sup>2</sup> Утверждены Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 // Собрание законодательства РФ. 2012. № 41. Ст. 5628.

<sup>3</sup> Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" // Собрание законодательства РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

<sup>4</sup> Баринов Н.А. Услуги. Саратов: Изд-во «Надежда», 2003. С. 210.

Вместе с тем, полагаем, что медицинская помощь (как система действий, деятельность) является понятием естественно-научным (не правовым). При ее квалификации как определенного обязательства возникает необходимость в правовом понятии «услуга». Как пишет А.В. Тихомирова, медицинская помощь является содержанием медицинской услуги и именно медицинская помощь наполняет услугу медицинским содержанием<sup>1</sup>. Требования к организации и выполнению указанных работ (услуг) в целях лицензирования устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации. Обратим внимание при этом на наличие стандартов и правил оказания разных видов медицинского вмешательства, которые конкретизируют исследуемые услуги<sup>2</sup>.

В легальных определениях медицинской помощи и медицинской услуги имеется ряд логических пересечений, что вызывает затруднение в определении их содержания. Медицинская помощь определена через мероприятия, направленные на поддержание (восстановление) здоровья, а услуга через медицинское вмешательство. Однако медицинская помощь и есть система в первую очередь медицинских вмешательств. Сам закон говорит о том, что помощь включает в себя услугу. Таким образом, определение услуги отличается лишь указанием на некое самостоятельное законченное значение. Однако и медицинская помощь определена как комплекс мероприятий, то есть как определенная система, а любая система представляет собой объединение элементов в соответствии с некой целью. Полагаем, что такая «законченность» определяется целями сторон соответствующего отношения, которые должны соответствовать каузе обязательства<sup>3</sup>. Следовательно, и медицинская помощь и медицинская услуга по данному признаку (законченность – целевое назначение) совпадают. Единственный недостаток определение услуги –

---

<sup>1</sup> Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты // Здравоохранение. 1999. № 8. С. 173.

<sup>2</sup> Отметим что в за последние несколько лет были приняты ряд нормативных актов, регламентирующих порядок оказания отдельных видов медицинской помощи. См. приказы Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 г. № 69н, от 18 января 2012 г. № 17н от 7 декабря 2011 г. №1496н, от 16 марта 2010 г. № 151н, от 22 июля 2011 г. 3 791н и др.

<sup>3</sup> О конечных и промежуточных целях медицинской помощи см. далее.

указание лишь на медицинские вмешательства, в то время как помощь предполагает и некие иные мероприятия (например, очевидно, лечебное питание, лечебную физкультуру). Однако, тот факт, что в определение медицинской помощи включена и услуга, полагаем, что последние мероприятия должны быть включены и в нее.

На наш взгляд, соотношение данных понятий заключается в следующем. Медицинская помощь представляет собой понятие естественно-научное, а медицинская услуга – правовое. То есть совокупность медицинских вмешательств (мероприятий) квалифицируется как услуга. Услуга согласно ст. 779 ГК РФ является объектом договорного возмездного обязательства, соответственно предполагает наличие соответствующего договора и субъектного состава. Вместе с тем, медицинская помощь может быть оказана и в результате действий в чужом интересе без поручения (ст. 980 ГК РФ). Она не может быть квалифицирована как услуга, хотя и не лишается правового значения.

В настоящей работе основное внимание уделено медицинской помощи, которая квалифицируется именно как услуга, договорное обязательство<sup>1</sup>.

#### Объект приложения медицинской услуги

Медицинские услуги являются частным случаем возмездного оказания услуг (п.1 ст. 779 ГК РФ), имея, однако, значительную специфику, поскольку направлены они на достижение целей, связанных с жизнью и здоровьем человека, что признается высшей ценностью.

Как отмечалось, услуга, будучи признанной как объект обязательства, сама также имеет объект приложения (ибо не может быть безобъектной деятельности). Следует различать услугу как объект обязательства и объект (приложение) услуги. В связи с этим Л.В. Санникова отрицает возможность

---

<sup>1</sup> Данные вопросы были затронуты нами ранее (см.: Галь, И. Г. Обязательства по оказанию медицинских услуг: проблемы теории и практики // Российский судья. 2013. № 3. С. 13 – 17).

материальных объектов, а также людей быть объектом воздействия<sup>1</sup>, напротив В.В. Кулаков считает, что они имеют своим приложением какой-то материальный или нематериальный объект (благо)<sup>2</sup>. Полагаем, что в качестве объекта медицинской услуги выступает *организм человека*, неотъемлемым свойством которого выступает здоровье (как состояние этого организма). Здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (ст. 1 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>3</sup>): здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов. В гражданском законодательстве здоровье уже трактуется как самостоятельный объект – неотчуждаемое нематериальное благо (ст. 150 ГК РФ). Данное указание позволяет гражданину – пациенту применить для своей защиты соответствующие гражданско-правовые способы.

Таким образом, оказание медицинской услуги осуществляется в целях улучшения, *сохранения, укрепления здоровья человека* или изменения его психофизического состояния. Как правило, цель эта заключается в излечении, т.е. улучшении состояния здоровья пациента, однако в ряде случаев для пациента важно и сохранение здоровья или падения его состояния ниже определенного уровня, например, в случае неизлечимой болезни. Такие цели можно назвать *конечными*. Однако, при оказании медицинской помощи необходимо проведение диагностики или иных вспомогательных медицинских вмешательств (фиксация скелета пациента). Такие цели можно назвать

---

<sup>1</sup> Санникова Л.В. Обязательства по оказанию услуг в российском гражданском праве: Дис. докт. юрид. наук. М., 2007. С. 142.

<sup>2</sup> Например, деятельность педагога направлена на личность ученика, так же как и работа врача – на здоровье пациента, деятельность перевозчика связана с перемещением пассажиров или груза, подрядчика – с созданием (ремонтом) каких-либо вещей. См.: Кулаков В.В. Обязательство и осложнения его структуры. М.: РАП, 2009. С.68.

<sup>3</sup> Заметим, что данное определение схоже с дефиницией, закрепленной в Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения, принятой в г. Нью-Йорке 22 июля 1946 г

*промежуточными*. Однако если такие вмешательства осуществляются на основании самостоятельного договора, они приобретают самостоятельное значение, ненадлежащее исполнение обязанностей из такого договора может привести к дальнейшему неверному лечению. При наличии вины исполнителя, он может быть привлечен к соответствующим мерам ответственности перед пациентом.

В любом случае объектом приложения медицинских услуг с конечными и промежуточными целями является организм пациента. Это следует иметь в виду и при квалификации услуги как надлежащего или ненадлежащего качества (объектом исследования эксперта будет именно организм человека). Однако, очевидно, для удобства правового регулирования не приложение услуги (материальные и нематериальные блага), а сама услугу (деятельность) следует считать объектом обязательства<sup>1</sup>. Данный вывод принципиален для тех случаев, когда результат услуги имеет овеществленный характер. Это необходимо для разграничения работ и услуг, поскольку их правовое регулирование отличается (личный характер исполнения, риск убытков, вызванных отказом от договора и др.)

Как отмечалось, услуга не имеет по общему правилу овеществленного результата, однако ряд медицинских услуг его предполагают. Так, медицинская реабилитация зачастую связана с использованием протезов. В результате могут возникнуть затруднения в квалификации соответствующего договора как подрядного или на оказание услуг. Полагаем, что правильным будет последний подход, поскольку непосредственным объектом договора является здоровье заказчика. Сам по себе протез вне личности пациента значения не имеет. Вряд ли целесообразно введение термина «медицинские работы», предполагающих создание, в том числе протезов, вспомогательных устройств, поскольку применение к соответствующим договорам норм о подряде может ущемить

---

<sup>1</sup> Кулаков В.В. Обязательство и осложнение его структуры в гражданском праве России. 2-е изд. М.: Волтерс Клувер, РАП. С. 232.

пациента в ряде преимуществ, например, связанных освобождением от убытков, вызванных отказом от договора.

Итак, медицинская услуга хотя и представляет собой объект гражданских прав, но в отличие от вещей может быть лишь объектом обязательства, но не абсолютных правоотношений. Объектом последних будет нематериальное благо в виде здоровья, которое в силу неотчуждаемости от человека, организм которого можно считать объектом приложения услуги.

Традиционно принято считать, что обязательства имеют эквивалентный характер, предполагая в своем составе два объекта обмена, выступающих по отношению друг к другу как встречное предоставление (ст. 328 ГК РФ). Однако в ст. 779 ГК РФ закреплена исключительно возмездная модель договора на оказание услуг, в том числе медицинских. Возникает вопрос, какова природа отношений между медицинским учреждением и пациентом по поводу оказания безвозмездной медицинской помощи?

Данную, весьма сложную проблему, некоторые ученые пытаются решить исходя из идеи конвергенции частного и публичного права, т.е. медицинское вмешательство может существовать в форме публично-правовых и частноправовых отношений. Так, М.Ю. Чельшев утверждает о том, что "публично-правовые пределы осуществления тех или других субъективных гражданских прав... могут быть обусловлены необходимостью осуществления определенного рода деятельности (публичной деятельности), предписываемой публичным правом"<sup>1</sup>. На наш взгляд, идеи конвергенции не позволяют решить поставленную проблему. Дело в том, что отличительной чертой публично-правовых отношений является их властный характер, одним из их субъектов является публично-правовое образование. На отличие разноотраслевых правоотношений обращает внимание В.Ф. Яковлев<sup>2</sup>. Объединяющим началом для всех гражданских правоотношений является то, что все их субъекты

---

<sup>1</sup> Чельшев М.Ю. Концепция оптимизации межотраслевых связей гражданского права: постановка проблемы. Казань: Казанский государственный университет им. В.И. Ульянова-Ленина, 2006. С. 84.

<sup>2</sup> Там же.



обладают принципиально одинаковой правосубъектностью. Все они наделены способностью к правообладанию, к принятию самостоятельных правовых решений, к совершению однотипных по юридическому значению действий, обеспечивают их участникам правовую самостоятельность, состоящую из таких компонентов, как правообладание, правовая диспозитивность, юридическая инициатива, юридическое равенство субъектов, что не характерно для публично-правовых отношений. Если предположить, что правоотношение между пациентом и учреждением публично-правовое, то возникает вопрос, а может ли исполнитель в одностороннем порядке навязать пациенту некие условия оказания медицинской услуги? Очевидно, что нет.

Дело в том, что при оказании медицинской услуги возникает комплекс правоотношений, некоторые из которых могут быть публично-правовыми, но не правоотношение между пациентом и учреждением по ее поводу. В ст. 41 Конституции РФ указывается, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Из этого следует, что медицинским учреждениям, независимо от формы собственности, услуги должны быть оплачены. На это обращается внимание также в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17.

Заметим, что медицинская услуга определяется в Основах об охране здоровья через понятие медицинского вмешательства (комплекса медицинских вмешательств), направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Подобные медицинские вмешательства во всех случаях, когда пациентом является дееспособное, вменяемое лицо, способное понимать значение своих действий и руководить ими, могут быть отнесены к разряду гражданско-правовых сделок<sup>1</sup>, в том числе договор оказания медицинских

---

<sup>1</sup> О признаках гражданско-правовых сделок см.: Шершеневич Г.Ф. Курс русского гражданского права. Т.2 М.: Спарк, 1994. С. 74; Брагинский М.И., Витрянский В.В.

услуг, который является непременно возмездным (ст. 779 ГК).

Между тем, закон предусматривает определенные социальные гарантии для граждан Российской Федерации. Так, ряд услуг предоставляются бесплатно в рамках программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи<sup>1</sup>.

Кроме того, имеются медицинские вмешательства, не охватываемые понятием медицинская услуга, поскольку имеющие право на помощь потребители, не обладая дееспособностью в требуемом объеме, не могут заключать соответствующие договоры<sup>2</sup>. В п. 9 ст. 20 Основ об охране здоровья к их числу отнесены 1) медицинское вмешательство, необходимое по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. При проведении данных действий следует учитывать специальное законодательство, например, Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Так, требуют учета симптомы, влияющие на сделко- и деликтоспособность лиц,

---

Договорное право. Кн.первая: Общие положения. М.: Статут, 2002. С. 146-52; Гражданское право. Т.1. /Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. М.: Проспект, 2001. С. 244-246.

<sup>1</sup> См, например, Постановление Правительства РФ от 21 октября 2011 г. № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 N 932 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

<sup>2</sup> Егоров К.В. Правомерное и неправомерное причинение вреда сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: Дис. канд. юрид. наук. Казань, 2006. С. 30-34.

больных олигофренией, шизофренией, наркоманией и токсикоманией поскольку они могут быть не способны к адекватному волеизъявлению<sup>1</sup>. Больные заразными формами туберкулеза, умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или лечения от него, на основании решения суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные учреждения для принудительных обследования и лечения. Медицинское вмешательство в здоровье лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, лечение лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, принудительное лечение больных заразными формами туберкулеза и иные медицинские вмешательства, где отсутствует необходимость добровольного информированного согласия пациента, урегулированы нормами публичного права<sup>2</sup>. Представляется, что в остальных случаях отношения между медицинским учреждением и пациентом по поводу оказанию таких «безвозмездных» услуг в любом случае должны строиться по модели ст. 779 ГК РФ, что позволяет снять вопросы о возможности применения соответствующих норм об ответственности исполнителя. Частноправовыми отношениями, предметом которых выступает медицинское вмешательство, следует считать не только *медицинские услуги* (гл. 39 ГК РФ), но и *действия врача в интересе пациента без поручения последнего* (гл. 50 ГК РФ), если они не подпадают под гарантированные государством.

Возмездное оказание медицинских услуг представляет собой реализацию гарантируемой в Российской Федерации свободы экономической деятельности, права каждого на использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности (ст. 8, ч.1 и ст. 34 ч. 1 Конституции РФ) и производится

---

<sup>1</sup> См.: Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. Ростов-на-Дону: изд-во Феникс, 1997. С.278-289, С. 326; Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998. С. 409-412.

<sup>2</sup> Афанасьева, Е. Г. Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента // Современное медицинское право. Сборник научных трудов. - М.: Изд-во ИНИОН РАН, 2003. С.143.

медицинскими учреждениями в рамках существующих договоров. К таким договорам, как следует из п. 2 ст. 779 ГК РФ, применяются правила гл. 39 ГК РФ.

Следующая особенность медицинской услуги – ее специальный *субъектный состав*.

В качестве заказчика в договоре на оказание медицинских услуг может любой субъект, однако, в качестве лица, на которого направлено медицинское вмешательство – только гражданин, физическое лицо. В Основах об охране здоровья такое лицо именуется пациентом. Их гражданско-правовое положение может отличаться в зависимости от того, сам или он заключает договор, возраста, состояния вменяемости и т.д. Если договор заключается самим пациентом, проблем в определении его положения не возникает. В остальных случаях возможны две ситуации.

Во-первых, положение пациента, в чьих интересах заключен договор, определяется нормами о договоре в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ)

Во-вторых, если врач действует в чрезвычайных обстоятельствах, угрожающих жизни и здоровью человека с явной для него выгодой, а сам пациент в силу психического состояния, бессознательности, возраста, не может оценить полезность этих действий, - правовое положение пациента определяется как положение заинтересованного лица в обязательстве из действий в чужом интересе без поручения – *negatorun gestio* - (ст. 980 ГК РФ). При этом следует иметь в виду, что закон различает ситуации при последующем одобрении и неодобрении действий гестора. При одобрении (даже устном) - применяются о соответствующем договоре, то есть в нашем случае о договоре оказания медицинской услуги, что дает право медицинской организации на получение вознаграждения. При отсутствии одобрения, но при наличии условий негаторного обязательства, все равно медицинской организации (врачу) должны быть возмещены затраты и уплачены вознаграждение (ст. 985 ГК РФ). Специфика оказания экстренной медицинской помощи заключается в том, что неодобрение действий врача в этом случае не

имеет значения в силу императивной нормы п. 2 ст. 883 ГК РФ – для спасения лица его волеизъявление не имеет значения.

Исполнителем медицинской услуги может быть только профессиональный субъект, что обуславливает ее личный характер.

Обязанность личного исполнения медицинской услуги позволяет говорить о ее полной *фидуциарности*, что объясняется зависимостью пациента от врача. По этому поводу заметим, что в гражданском праве Германии считается, что врачебный договор может исключать или изменять притязания на возмещение ущерба, вытекающего из совершения преступления, или ограничивать деликтную ответственность грубой неосторожностью. В немецкой юридической литературе было высказано мнение, что ввиду типичной зависимости пациента от врача и своеобразия доверительных отношений между врачом и пациентом к содержанию и форме договорных ограничений ответственности должны предъявляться строгие требования. Исключение ответственности, с которой пациент вынужден согласиться, находясь в затруднительном положении, является безнравственным<sup>1</sup>. Заметим, что п. 3 ст. 401 ГК РФ предусматривает ничтожность соглашения об освобождении от ответственности лишь за умышленное причинение вреда. Полагаем, что такое правило более адекватно отражает суть отношений между врачом и пациентом.

Зависимость пациента от врача проявляется также в том, что иногда от него может быть скрыта информация о заболевании, например, об онкологическом. Подразумевается, что знание больным такого диагноза помешает проведению необходимой адекватной терапии вследствие психологического настроения. В литературе обосновывается положение о том, что для пациента самостоятельное и независимое решение вопросов относительно своего организма (тела), основанное на достоверной информации о своем здоровье и, как следствие, свободной воле, не всегда является целесообразным. В ряде случаев предлагается не сообщать пациенту о характере и степени

---

<sup>1</sup> Munchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Band 5 Schuldrecht Besonderer Teil III (§§ 705-853) VII Arzthaftung - München.: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1997. §823 1586.

тяжести его заболевания. Е.Е. Васильева в связи с этим обосновывает необходимость введение в российское законодательство правила, известного как «правило о терапевтической привилегии», т.е. о признании за доктором права на удержание информации, если ее раскрытие может существенно ухудшить состояние здоровья пациента<sup>1</sup>.

#### Выводы:

Услугу понимают как объект гражданских прав, как обязательство и как объект самого обязательства. В ст. 128 ГК РФ услуги упоминается в перечне иных объектов гражданских прав в том смысле, что они принципиально могут быть объектом того или иного обязательства (быть оборотоспособными). В конкретном обязательстве услуга понимается как его объект (предмет договора), что позволяет применять соответствующего нормы о надлежащем исполнении. Сама услуга как деятельность также имеет объект приложения. Так как цель кредитора в таком обязательстве составляет придание особых свойств (качеств, состояния) этому объекту, его следует учитывать при квалификации соответствующего обязательства как оказанного с надлежащим качеством.

Объектом приложения медицинской услуги является организм пациента. Соответствующее обязательство направлено на выздоровление, сохранение состояния организма пациента на том или ином уровне. Соответственно в качестве кредитора в этом обязательстве следует признавать пациента, вне зависимости от того, кем заключен договор в его пользу.

Медицинская помощь связана с личностью не только с пациента, но и исполнителя. В отношении последнего личный характер обязательства означает необходимость наличия определенных профессиональных качеств. Даже овеществленный результат соответствующей услуги не отчуждаем. Личный характер обязательства по оказанию медицинской услуги означает

---

<sup>1</sup> См.: Васильева Е.Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: Дис... канд. юрид. наук. Томск, 2004. С.11.

невозможность применения правила п. 4 ст. 430 ГК РФ.

Соответствующее обязательство носит имущественный (возмездный) характер. Оплата услуг исполнителю является неременным условием существования обязательства по оказанию медицинской услуги. Сама по себе медицинская услуга формально к имуществу не отнесена (ст. 128 ГК РФ), однако следует признать ее имущественный характер, поскольку она создает определенный экономический эффект в виде удовлетворения потребности человека по получению квалифицированной медицинской помощи и может быть оценена в деньгах.

Медицинская помощь и медицинская услуга соотносятся друг с другом как соответственно естественно-научное и правовое понятия. Медицинская помощь подлежит квалификации в качестве услуги, если она оказывается на основании договора. В противном случае, отношения, в рамках которых оказана медицинская помощь, квалифицируются как обязательства из действий в чужом интересе без поручения. При этом следует иметь в виду, что медицинская услуга может быть оплачена не самим пациентом, а иными лицами (например, страховыми организациями или публичным образованием).

Оказание медицинской услуги осуществляется в целях улучшения, *сохранения, укрепления здоровья человека* или изменения его психофизического состояния. Как правило, цель эта заключается в излечении, т.е. улучшении состояния здоровья пациента, однако в ряде случаев для пациента важно и сохранение здоровья или падения его состояния ниже определенного уровня, например, в случае неизлечимой болезни. Такие цели можно назвать конечными. Однако, при оказании медицинской услуги необходимо проведение диагностики или иных вспомогательных медицинских вмешательств (фиксация скелета пациента). Такие цели можно назвать промежуточными. Однако если такие вмешательства осуществляются на основании самостоятельного договора, они приобретают самостоятельное значение, ненадлежащее исполнение обязанностей из такого договора может привести к дальнейшему

неверному лечению. При наличии вины исполнителя, он может быть привлечен к соответствующим мерам ответственности перед пациентом.

Таким образом, обязательство по оказанию медицинской услуги – это действия или совокупность действий (деятельность), характеризующиеся возмездным договорным характером, осуществляемые лицами, обладающими профессиональными знаниями, направленные на удовлетворение потребностей пациента и имеющие своей целью его выздоровление и (или) поддержание здоровья, хотя, исходя из смысла ст. 779 ГК РФ, презюмируется отсутствие гарантий положительного исхода лечения.

## 1.2. Правовое регулирование отношений, возникающих при оказании медицинской услуги

Правовое регулирование отношений, возникающих при оказании медицинской услуги, имеет первостепенное значение, поскольку от того, насколько оно эффективно зависят, во-первых, степень удовлетворенности конкретных граждан качеством своей жизни, во-вторых, - общий его уровень в нашем обществе. В Конституции Российской Федерации право на жизнь представлено как основное. Оно включает в себя в числе прочих и право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Соответственно целью правового регулирования выступает как публичный интерес в высоком уровне жизни населения России, так и частные интересы конкретных людей в сохранении здоровья, излечении от болезней и т.п. Соответственно для достижения этих целей требуется выработка система взаимообусловленных как частноправовых, так и публично-правовых способов правового регулирования, что обеспечит их эффективность<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Галь И. Г. Эффективность механизмов правового регулирования в медицинском праве // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. №7. С. 22-29.



Соответствующие отношения будут иметь разноотраслевую юридическую природу: в первом случае – публично-правовую, во втором – гражданско-правовую, что нужно учитывать при применении соответствующих правовых средств. Допуск в оборот объектов (в том числе отдельных видов медицинских услуг, лекарственных препаратов), и требования к лицам, намеревающимся заниматься медицинской помощью, и стандарты медицинских вмешательств устанавливаются нормами публичного права. Однако, отношения по поводу оказания самой услуги, носят исключительно гражданско-правовой характер, поскольку целью их является удовлетворения частного интереса заказчика в излечении и т.п., равно как и интерес исполнителя заключается в получении дохода. Безусловно, на условно скажем «макроуровне» постановки вопроса необходимо учитывать межотраслевые связи норм публичного и гражданского права<sup>1</sup>, из чего следует комплексный характер многих нормативных актов<sup>2</sup>. Однако квалификация отношений и последствия такой квалификации должны быть соответствующими, поскольку нельзя применять к публично-правовым отношениям средства гражданско-правовые и наоборот. Необходимы соответствующие общетеоретические исследования, направленные выработку предложений, способствующих гармонизации всего законодательства, однако в правоприменительной деятельности учет разноотраслевого характера отношений имеет первостепенное значение. В этом смысле согласимся, что обязательственное отношение (в том числе на оказание медицинских услуг) является исключительно гражданско-правовым<sup>3</sup>.

Вместе с тем, для гражданско-правового регулирования целого ряда отношений применяется преимущественно императивный метод, в первую очередь для защиты «слабой» стороны, например, потребителя. Не

---

<sup>1</sup> См.: Чельшев М.Ю. Основы учения о межотраслевых связях гражданского права. Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2008. - 206 с.

<sup>2</sup> В отношении проблематики качества в науке обращается внимание на необходимость формирования комплексного подхода к изучению и анализу действующего законодательства о качестве и практики его применения. См.: Белых В.С. Гражданско-правовое обеспечение качества продукции, работ и услуг: Дисс.... докт. юрид. наук, Екатеринбург, 1994. С. 79.

<sup>3</sup> Кулаков В.В.. Сложные обязательства в гражданском праве: Дис... докт. юрид. наук. М., 2011. С. 66.

исключением являются отношения по поводу оказания медицинских услуг.

Отметим, что правовое регулирование отношений, связанных с оказанием медицинских услуг достигается разными способами и имеет несколько направлений воздействия, отличающихся формами таких способов.

Можно выделить ряд классификаций правовых форм правового регулирования.

В зависимости от того, исходит ли источник правового регулирования из России или из вне, выделяют внутренние и международные формы права. Безусловно, основной нормативный массив в сфере медицины принадлежит национальному праву (его анализ будет представлен), однако полагаю, определенное внимание следует уделить и нормам международного права.

В зависимости от *субъекта*, от которого исходит норма, их можно поделить следующим образом.

Во-первых, *государственное регулирование*, заключающееся в принятии соответствующих нормативных правовых актов, а также санкционированием правовых обычаев. Полагаю, что государственному регулированию, очевидно, следует относить заключение международных договоров.

Во-вторых, *саморегулирование*, то есть установление требований саморегулируемыми организациями участников той или иной профессиональной сферы, адресованных только своим членам. Такое регулирование нашло распространение, например, в аудите, страховании, строительстве. В последнее время саморегулируемые организации появляются и в медицине.

В-третьих, *индивидуальное регулирование*, которое достигается договорами, заключаемыми между участниками договоров.

Наконец, по *цели правового регулирования* полагаем обоснованным классифицировать его формы на источники *прямого* и *опосредованного* (косвенного) регулирования. Первые принимаются непосредственно для урегулирования отношений в сфере здравоохранения, в том числе по поводу оказания медицинских услуг, вторые – предназначены для урегулирования

иных отношений, которые так или иначе связаны с первыми (акты в сфере медицинского страхования, социального обеспечения, труда медицинских работников и т.д.)

Мы не ставим цели классификации всех источников по юридической силе, данный вопрос достаточно исследован в науке. Наша задача состоит в характеристике их значения в урегулировании отношений по поводу медицинских услуг. В связи с этим полагаем целесообразным сгруппировать эти соответствующие виды правового регулирования следующим образом.

I. Прямое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг:

- 1) международно-правовое регулирование;
- 2) государственное регулирование;
- 3) саморегулирование;
- 4) регулирование посредством этических норм;
- 5) договорное регулирование<sup>1</sup>.

II. Опосредованное регулирование<sup>2</sup>.

Остановимся на особенностях различных видов правового регулирования.

---

<sup>1</sup> Возможно регулирование исследуемых отношений посредством локальных актов медицинских организаций, однако если они содержат условия договора, к которому присоединяется пациент (как это осуществляется при заключении договора страхования посредством закрепления его условий в правилах страхования).

<sup>2</sup> Об опосредованном правовом регулировании Д.А. Керимов пишет: «...целое воздействует на внешнюю среду не только прямо или через свои части, но и косвенно, путем воздействия на другие целостные системы или их элементы... При этом такое опосредованное воздействие нередко имеет ряд "этажей"... Здесь, как и во многих иных случаях, обнаруживается общая закономерность: подобно тому как базисные отношения определяют прямо или опосредованно, через промежуточные звенья все надстроечные явления, так и обратное воздействие последних на базисные отношения реализуется не только прямо, но и опосредованно, через другие надстроечные явления» (Керимов Д.А. Философские основания политико-правовых исследований. М.: Мысль, 1986. С. 226). Подробное рассмотрение вопросов опосредованного регулирования исследуемых отношений не является предметом настоящего исследования. Имеется значительное число специальных работ, в том числе монографического уровня, диссертаций в соответствующих отраслях юридической науки. Вместе с тем, в соответствующих разделах нами будет уделено внимание правовому положению страховых организаций в структуре отношений по поводу оказания медицинских услуг.

Международно-правовое регулирование отношений, возникающих в процессе оказания медицинских услуг

Формы международного права применительно к гражданско-правовому регулированию упоминаются в ст. 7 ГК РФ<sup>1</sup>. В ней в одном ряду перечисляются общепризнанные принципы, нормы международного права и международные договоры. Хотя их традиционно относят к международному публичному праву, они могут содержать частноправовые нормы. Советским Союзом и Российской Федерацией в сфере медицины заключен ряд соглашений, которые, так или иначе, касаются темы настоящего исследования.

Так, основы права каждого человека на здоровье закреплены во Всеобщей декларации прав человека<sup>2</sup>: каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи (ст. 25). В преамбуле Устава (Конституции) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)<sup>3</sup> зафиксирован принцип, согласно которому "Здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств"<sup>4</sup>. Содержатся схожие нормы в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.)<sup>5</sup>, Международном пакте о гражданских и политических правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.)<sup>6</sup>, в Международной Конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации (Нью-Йорк, 7 марта 1966 г.)<sup>7</sup> Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими

---

<sup>1</sup> Ст. 7 ГК РФ текстуально повторяет норму части 4 ст. 15 Конституции РФ.

<sup>2</sup> Принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета. 10 декабря 1998 г.

<sup>3</sup> Принят в г. Нью-Йорке 22 июля 1946 г., вступил в силу 7 апреля 1948 г.

<sup>4</sup> Именно этим актом устанавливается национальный режим в отношении иностранцев. Иностранцы граждане, находясь на территории Российской Федерации, имеют неоспоримое право на получение медицинской помощи в случаях и объеме, предусмотренных законодательством РФ и ратифицированными международными договорами.

<sup>5</sup> Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17(1831).

<sup>6</sup> Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. №17(1831). Ст. 291.

<sup>7</sup> Ведомости Верховного Совета СССР. 1969..№ 25. Ст. 219.

расстройствами, для проведения принудительного лечения (Москва, 28 марта 1997 г.) и др.<sup>1</sup>

Значительное число соглашений заключено в рамках СНГ, что немаловажно в ситуации, когда многие граждане этих государств проживают в России, что требует признания их прав на медицинскую помощь<sup>2</sup>. В силу положений Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников СНГ от 27.03.1997 г., скорая и неотложная медицинская помощь (включая помощь при родах и неотложных состояниях в период беременности) оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности. С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе. В науке предпринимаются попытки систематизации норм, закрепляющих те или иные права и обязанности в

---

<sup>1</sup> См. также: Декларация об использовании научно-технического прогресса в интересах мира и на благо человечества 1975 г.; Валенсийская Декларация поэтическим проблемам проекта «Геном человека» 1990 г.; Декларация Осло о медицинских абортах 1983 г.; Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950 г.

<sup>2</sup> Например: Соглашение между Правительством Республики Беларусь, Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики и Правительством РФ от 24.11.1998 "О взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи, Соглашение Правительств государств - участников стран СНГ от 27.03.1997 "Об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств; Соглашение между Правительством РФ и Правительством Республики Беларусь от 24.01.2006 "О порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации"; Договор о правовом статусе граждан одного государства, постоянно проживающих на территории другого государства (Москва, 28 апреля 1998 г.) (принят решением Межгосударственного Совета Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации от 28 апреля 1998 г. № 28); Договор между Российской Федерацией и Республикой Армения о правовом статусе граждан Российской Федерации, постоянно проживающих на территории Республики Армения, и граждан Республики Армения, постоянно проживающих на территории Российской Федерации (Москва, 29 августа 1997 г.) и др. (текст указанных актов см.: // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».).

области медицинской помощи, однако данное направление в науке требует дальнейшего развития<sup>1</sup>.

Имеется подобный акт и в отношении государств Европы: Европейское Соглашение 17 октября 1980 г. о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны<sup>2</sup>. В частности согласно ст. 4 Соглашения лицам, состояние здоровья которых в соответствии с медицинским заключением требует немедленного медицинского обслуживания во время пребывания на территории другой Договаривающейся Стороны, нежели компетентного государства, оказывается медицинское обслуживание, вызываемое их состоянием здоровья, как если бы они имели на это право согласно законодательству этой Стороны. Такое медицинское обслуживание предоставляется учреждением по месту пребывания в соответствии с положениями законодательства, применяемого этим учреждением, как если бы заинтересованные лица относились к указанному учреждению, до выздоровления этих лиц или до тех пор, когда состояние их здоровья позволит им возвратиться или быть репатрированными на территорию Договаривающейся Стороны. Как видим, пациентам гарантируется минимум медицинской помощи. В остальном, при необходимости оказания более квалифицированной помощи (по мнению пациента) или услуги, которая не может быть оказана в России, граждане, постоянно не проживающие на территории других европейских государств, заключают соответствующие договоры (вне системы обязательного страхования).

Заметим, что в названные выше источники являются международными договорами<sup>3</sup> (как двух, так и многосторонними). Однако в ст. 7 ГК РФ помимо

---

<sup>1</sup> Москаленко В.Ф. Объем и принципиальное содержание права на здоровье в международных нормативно-правовых актах // Медицинское право. 2006. № 4. С.10-21.

<sup>2</sup> Сборник международных договоров СССР, М., 1994 г., вып. XLVII. Соглашение ратифицировано Постановлением ВС СССР от 17 апреля 1991 г. № 2118-I. Ратификационная грамота сдана на хранение Генеральному директору Международного Бюро Труда 24 сентября 1991 г.

<sup>3</sup> Определение международного договора, закрепление его видов, способов заключения, особенностей действия содержится в Федеральном законе от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации».

них перечисляются и так называемые общепризнанные нормы и принципы международного права. Как они соотносятся друг с другом? Вопросы применения норм международного права стали предметом постановлений Пленумов Верховного Суда РФ от 31 октября 1995 г. № 8 и от 10 октября 2003 г. № 5 (далее соответственно Постановление № 8 и Постановление № 5)<sup>1</sup>. В п. 1 Постановления № 5 Верховным Судом РФ была сделана попытка разделить общепризнанные принципы и нормы международного права: общепризнанные принципы международного права - это основополагающие императивные нормы международного права, принимаемые и признаваемые международным сообществом государств в целом, отклонение от которых недопустимо (в частности, принцип всеобщего уважения прав человека и принцип добросовестного выполнения международных обязательств); общепризнанная норма международного права – это правило поведения, принимаемое и признаваемое международным сообществом государств в целом в качестве юридически обязательного. Как видим, общепризнанные принципы международного права определяются через нормы международного права, что приводит к отождествлению этих понятий. Полагаю, что нормы права являются правилами поведения и не могут перечисляться в одном ряду с формами международного права, соответственно содержание нормы ст. 7 ГК РФ предполагает наличие двух форм международного права: общепризнанные принципы и международные договоры.

Нормы международного права могут содержаться не только в договорах, но и в иных писаных актах, в частности, в документах ООН и ее специализированных учреждений (п. 1 Постановления № 5), но, и как

---

<sup>1</sup> В частности, в случае возникновения затруднений при толковании общепризнанных принципов и норм международного права, международных договоров Российской Федерации Пленум Верховного Суда РФ рекомендовал судам использовать акты и решения международных организаций, в том числе органов ООН и ее специализированных учреждений, а также обращаться в Правовой департамент Министерства иностранных дел Российской Федерации, в Министерство юстиции Российской Федерации (например, для уяснения вопросов, связанных с продолжительностью действия международного договора, составом государств, участвующих в договоре, международной практикой его применения) (п. 16 Постановления Пленума Верховного Суда РФ № 5).

отмечалось, также во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте о гражданских и политических правах, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, они могут и не иметь письменного закрепления. В законе не упоминается такая форма международного права, как обычаи международного права, однако в Статуте Международного Суда от 26 июня 1945 г., указано, что международный обычай применяется как доказательство всеобщей практики, признанной в качестве правовой нормы (пп. в п.1 ст. 38). Кроме того, преамбула Венской конвенции о праве международных договоров, принятой 23 мая 1969 года гласит: «...нормы международного обычного права будут по-прежнему регулировать вопросы, которые не нашли решения в положениях настоящей Конвенции». Соответственно возникает вопрос, если соответствующие международные обычаи в сфере медицины?

Полагаю, что в этом смысле обычаи как источники отечественного гражданского права (ст. 5 ГК РФ) и международного права (применительно к частноправовому регулированию) разделять не стоит, поскольку право на жизнь всех людей не различаются ни по их национальности, сословия или принадлежности к тому или иному государству.

Государственное регулирование отношений, возникающих при оказании медицинской услуги

Не останавливаясь подробно на истории отечественного законодательства о здравоохранении, отметим, что первым специальным актом в сфере здравоохранения в современной России были Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1<sup>1</sup>, принятые до введения в действие Конституции Российской Федерации 1993 г., в которой заложены основы правового регулирования и исследуемых отношений.

---

<sup>1</sup> Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации. 1993. № 33. Ст. 1318 / утратили силу.



Согласно ст. 2 Конституции РФ человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина является обязанностью государства. Целый ряд статей, определяющих правовой режим личных неимущественных благ личности, содержит глава 2 Конституции РФ, ст. 20 – 24 которой гарантируют право на жизнь, право на свободу и личную неприкосновенность, право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени. Часть вторая ст. 21 Конституции РФ содержит прямой запрет на проведение медицинских опытов без добровольного согласия человека. Кроме названных общих положений, имеются нормы специального характера. Так, ст. 41 провозглашает право на охрану здоровья и медицинскую помощь: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Несмотря на то, что Конституция РФ обладает высшей силой и прямым действием ее положения конкретизируются в нормах федерального законодательства. В частности, как отмечалось, «бесплатность» медицинских услуг не означает их безвозмездность для медицинских организаций, поскольку в той же статье указывается источники их финансирования.

Федеральные законы, регулирующие медицинские услуги следует разделить на общие и специальные. Так, к первым можно отнести ГК РФ, Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»<sup>1</sup> и др., ко вторым – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья», Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и др. При этом следует иметь в виду, что во второй группе законов помимо норм публично-правовых, содержатся и нормы гражданского права, что порождает проблему разрешения коллизий между общим и специальным (на первый взгляд) законом. Эта проблема характерна не только для данной отрасли. Подобным образом

---

<sup>1</sup> Российская газета. 16 янв. 1996 г.

строится банковское и страховое законодательство<sup>1</sup>.

На первый взгляд для разрешения указанных коллизий должны применяться известные правила - *lex specialis derogat generali* (лат. «специальный закон отменяет (вытесняет) общий закон») и *lex posterior derogat priori* (лат. «закон, принятый позже, отменяет ранний»). Однако во втором абзаце п. 2 ст. 3 ГК РФ устанавливается приоритет норм ГК РФ перед другими федеральными законами. Предполагается, что правила разрешения коллизий между одноуровневыми законами в данном случае не действуют, если только в тексте самого Кодекса не предусмотрено иное.

Вместе с тем в силу ст. 76 Конституции РФ ни один федеральный закон не обладает по отношению к другому федеральному закону большей юридической силой. Конституционный Суд РФ в Определении от 3 февраля 2000 г. № 22-О указал, что противоречия между ГК РФ и другими федеральными законами должны устраняться в процессе правоприменения, и вопрос выбора акта, обладающего приоритетом, относится не к ведению Конституционного Суда РФ, а к ведению судов общей юрисдикции и арбитражных судов. В результате стала распространенной позиция, что ГК РФ не обладает приоритетом перед другими федеральными законами. На наш взгляд, такой подход является ошибочным. Имеются все основания полагать, что в указанном Определении приоритет ГК РФ не умаляется. Более того, в Постановлении Конституционного Суда РФ от 29 июня 2004 года № 13-П указано, что федеральный законодатель вправе установить приоритет кодифицированного акта перед иными федеральными законами, что, собственно говоря, им и было сделано в ст. 3 ГК РФ.

---

<sup>1</sup> Так, коллизия между ГК РФ и Законом РФ «О банках и банковской деятельности» стала предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ: см.: Постановление Конституционного Суда РФ от 23 февраля 1999 г. №4-П "По делу о проверке конституционности положения части второй статьи 29 Федерального закона от 3 февраля 1996 года "О банках и банковской деятельности" в связи с жалобами граждан О.Ю. Веселяшкиной, А.Ю. Веселяшкина и Н.П.Лазаренко" // Вестник Конституционного Суда Российской Федерации. 1999. № 3.

Гражданский кодекс РФ содержит в своем составе нормы об обязательствах, общие положения о договоре, а также регулирует отдельные виды обязательств. Для целей настоящего исследования представляют интерес нормы, посвященные договору возмездного оказания услуг (ст. 779-783 ГК РФ), обязательствам вследствие причинения вреда (ст. 1064-1101 ГК РФ), а также страхованию (ст. 927- 970 ГК РФ). Данные нормы имеют приоритет перед любыми другими. Однако следует иметь в виду, что в главе 39 ГК РФ медицинские услуги лишь упоминаются наряду с другими, подпадающими под ее действие (ст. 779 ГК РФ). Соответственно, конкретизация содержания медицинской услуги достигается законодательством специальным, что, собственно говоря, характерно и для других услуг (связи, образования, аудита и т.д.). В данной главе устанавливаются принципиальные положения о личном характере услуги, возможности отказа от договора по инициативе заказчика. Нормы о деликтной ответственности применяются к медицинским услугам, как отмечалось, субсидиарно, не изменяя ее договорного характера.

В связи с тем, что в качестве пациента всегда выступает физическое лицо, к отношениям по поводу оказания медицинской помощи применяется Закон РФ «О защите прав потребителей». Данный Закон содержит основные понятия, имеющие непосредственное отношение к сфере здравоохранения, например, потребитель, изготовитель, исполнитель, безопасность услуги, работы. Так, статьи 5 и 6 указанного Закона определяют обязанности изготовителя, исполнителя, продавца, а ст. 7 - закрепляет право на безопасность товара, работы, услуги. Названный правовой акт детально регулирует вопросы, связанные с доведением информации до потребителя об изготовителе (исполнителе, продавце) и о товарах (работах, услугах) - ст.8-10. Ст. 12 Закона вводится презумпция отсутствия у потребителя специальных знаний, что требует от соответствующих лиц предоставления полной и достоверной информации о товарах, работах и услугах. Ст. 13 – 15 содержат нормы об ответственности изготовителя, а именно: ответственность изготовителя за нарушения прав потребителей, имущественная ответственность за вред,

причиненный вследствие недостатка товаров (работы, услуги), компенсация морального вреда.

Вопросам, возникающим в практике в связи с применением указанного закона, посвящено специальное Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей». В данном Постановлении закреплён ряд существенных положений. Во-первых, Верховный Суд РФ посчитал возможным распространить действие законодательства о защите прав потребителей на медицинские услуги, оказываемые для граждан бесплатно не только за счёт средств ОМС, но и бюджета. Следовательно, если гражданин получает медицинскую помощь за счёт средств того или иного бюджета он предполагается потребителем, а, соответственно, отношения между ним и медицинским учреждением квалифицируются как договорные. Очевидно, по аналогии, к ним следует применять конструкцию договора в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ), где в качестве выговорившего право выступает публичное образование, например Российская Федерация. Во-вторых, действие закона распространяется на отношения с участием страховых организаций, соответственно, потребитель может предъявить соответствующие требования к последним. В-третьих, в Постановлении заложены критерии качества товаров (работ, услуг). Согласно п. 13 под существенным недостатком товара (работы, услуги) следует понимать: неустранимый недостаток товара (работы, услуги) - недостаток, который не может быть устранен посредством проведения мероприятий по его устранению с целью приведения товара (работы, услуги) в соответствие с обязательными требованиями, предусмотренными законом или в установленном им порядке, или условиями договора (при их отсутствии или неполноте условий - обычно предъявляемыми требованиями), приводящий к невозможности или недопустимости использования данного товара (работы, услуги) в целях, для которых товар (работа, услуга) такого рода обычно используется, или в целях, о которых продавец (исполнитель) был поставлен в известность потребителем при заключении договора, или образцом и (или)

описанием при продаже товара по образцу и (или) по описанию. К сожалению, вызывает затруднение их распространение на медицинские услуги, однако определенные векторы заложены. Анализируя содержание п. 13 Постановления можно предположить, что существенный недостаток медицинской услуги заключается в том, что она не привела к должному результату и его нельзя устранить без значительных временных или материальных затрат.

Начиная с 90-х годов XX в. оказание медицинской помощи построено на началах обязательного страхования. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" определяет правовые, экономические и организационные начала обязательного медицинского страхования населения в Российской Федерации. Указанный закон направлен на усиление заинтересованности субъектов отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг в охране здоровья граждан в новых экономических условиях, а также обеспечивает конституционное право граждан России на медицинскую помощь. В законе закреплена система договоров, направленных на обеспечение данного права (ст. 37 – 39): договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Все они по природе являются договорами в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ) - застрахованного лица (пациента).

Оказание медицинской помощи возможно и в рамках добровольного страхования на основании общих норм ГК РФ и страхового законодательства. В любом случае статус пациента как застрахованного, то есть как выгодоприобретателя, при обращении за помощью (которое следует квалифицировать как акцепт) позволяет судить о заключении соответствующего договора на оказание медицинской услуги.

Важным требованием является обязательное осуществление медицинской страховой организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях,

включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля.

Осуществление оплаты за оказанные медицинские услуги может осуществляться не только Фондом обязательного медицинского страхования. Например, на основании положений Закона РФ от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» военнослужащие имеют право на оказание бесплатной медицинской помощи. Так, Юрьев М.П. обратился в суд с иском к Управлению Федеральной службы безопасности России по Тверской области о взыскании денежных средств, в обоснование которого ссылался на то, что является пенсионером Федеральной службы безопасности Российской Федерации и имеет право на медицинскую помощь за счет этого учреждения. Представитель ответчика иск не признал. Решением Заволжского районного суда г. Твери от 27 августа 2009 г. в удовлетворении заявленных требований Юрьева М.П. отказано<sup>1</sup>. Определением судебной коллегии по гражданским делам Тверского областного суда от 10 ноября 2009 г.<sup>2</sup> указанное решение суда первой инстанции отменено, по делу принято новое решение, которым исковые требования удовлетворены, не смотря на отсутствие договора о финансировании между УФСБ РФ и медицинской организацией.

В другом деле Судебная коллегия по гражданским делам ВС РФ отменила решение Ленинского районного суда г. Ростова-на-Дону от 6 августа 2010 г. и определение судебной коллегии по гражданским делам Ростовского областного суда от 23 декабря 2010 г. о взыскании стоимости технического средства реабилитации с Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Судебная коллегия приняла новое решение об удовлетворении исковых требований Ткаченко С.А. в интересах несовершеннолетнего ребенка Т., не

---

<sup>1</sup> Решение Заволжского районного суда г. Твери от 27 августа 2009 г. // Архив Заволжского районного суда г. Твери.

<sup>2</sup> Определение судебной коллегии по гражданским делам Тверского областного суда от 10 ноября 2009 г // Архив Тверского областного суда.

передавая дело на новое рассмотрение. С Государственного учреждения - Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации в пользу Ткаченко С.А. взыскана стоимость технического средства реабилитации (кохлеарного импланта) за счет средств федерального бюджета<sup>1</sup>.

Новый Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» представляет собой комплексный акт, который содержит нормы различных отраслей права. В него входят, с одной стороны, нормы, регулирующие административно-правовые отношения между органами управления здравоохранением и лечебными учреждениями по руководству этими учреждениями, а с другой - нормы, регулирующие гражданско-правовые отношения, предусматривающие права и обязанности пациентов. По такому же принципу строились и прежние Основы охраны здоровья, комплексный характер которых справедливо отметила Ю.В. Данилочкина<sup>2</sup>.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан появились в первые годы реформ и содержали законодательные новеллы, касающиеся сферы охраны здоровья, тем не менее, их актуальность как правового документа переходного периода снижалась по мере обновления нормативных актов. В отличие от нового закона они содержали декларации государственных гарантий гражданам и льгот отдельным категориям в сфере здравоохранения<sup>3</sup> в отсутствие большинства необходимых дефиниций.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья» содержит основные легальные дефиниции понятий, используемых, в том числе, в процессе регулирования отношений по оказанию медицинских услуг (здоровье,

---

<sup>1</sup> Определение Верховного Суда РФ от 16 сентября 2011 г. № 41-В11-17 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

<sup>2</sup> Данилочкина Ю.В. Понятие и правовая природа медицинских услуг // Медицинское право. №4(24). 2008. С.10.

<sup>3</sup> Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Изменения в российском законодательстве в сфере охраны здоровья // Научные труды II Всероссийского съезда (конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 16-24.

медицинская помощь, медицинская услуга), устанавливает основные требования к такой помощи и ее субъектам. Если говорить о «чистых» гражданско-правовых нормах, закрепленных в данном законе, то следует обратить внимание ряд норм. Согласно ст. 10, 11 пациент обладает возможностью выбора медицинской организации и врача, а последние не вправе отказаться от оказания помощи, что, по сути, говорит о публичности договора оказания медицинских услуг. Ст. 19 констатирует право на возмещение вреда, причиненного при оказании помощи, то есть, по сути, отсылает к нормам главы 59 ГК РФ. Ст. 55 посвящена договору с суррогатной матерью. В ст. 73, 79 закреплены обязанности врача и медицинской организации, некоторые из которых соответствуют юридическим обязанностям из договора оказания медицинской услуги. Ст. 84 посвящена ее оплате. Обязанности граждан, находящихся на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях, по сути, могут быть квалифицированы как кредиторские обязанности (ст. 406 ГК РФ), не исполнение которых освобождает исполнителя от ответственности по договору.

Кроме того, в ст. 4 названного закона закреплены основные принципы охраны здоровья. Подобная юридическая техника стала традиционной (по сути, более или менее значимый в обществе закон содержит статью о принципах).. По поводу их юридической природы согласимся с В.В. Кулаковым, который, рассуждая о принципах гражданского права (ст. 1 ГК РФ), полагает, что их следует считать особыми формами права, адресованных законодателю для использования в процессе правотворчества<sup>1</sup>. Вместе с тем, ряд их них, такие как обязанность соблюдать врачебную тайну можно квалифицировать как обязанности, адресованные лицам, оказывающим медицинскую помощь.

Нормы гражданского права, регулирующие отдельные аспекты оказания медицинской помощи содержатся и в ряде других законов.

---

<sup>1</sup> Кулаков В.В. Основные принципы гражданского права как особая форма права // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2013. № 4 (22). С. 185-192.



Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее - Закона о трансплантации) регулирует отношения, возникающие при трансплантации (пересадка) органов и (или) тканей человека, которые легально определены как средство спасения жизни и восстановления здоровья граждан. Органы и ткани человека выведены из гражданского оборота и соответственно не могут быть предметом купли-продажи. В связи с этим возникает ряд вопросов о гражданско-правовой природе соответствующих отношений.

Трансплантация в первую очередь является методом лечения больного и выступает разновидностью медицинской помощи, включающей в себя оказание медицинских услуг (в том числе так называемых медицинских работ), направленных на восстановление здоровья реципиента путем пересадки ему органов или тканей донора. Э.М. Алсынбаева полагает, что при трансплантации существует лишь два самостоятельных договорных отношения: договор об оказании медицинских услуг по пересадке органа или ткани (при прижизненной форме донорства) и договор об оказании медицинских услуг по трансплантации трупного органа (ткани). В совокупности указанные выше договоры, применяемые при использовании той или иной формы донорства, предлагает именовать договорами об оказании трансплантационных медицинских услуг<sup>1</sup>. Действительно, при применении данного способа лечения возникают сложности с определением гражданско-правового статуса всех его участников, в частности, донора при прижизненной трансплантации. В работе Э.М. Алсынбаевой нет прямого ответа на этот вопрос. Полагаем, что донор и пациент выступают как созаказчики соответствующей медицинской услуги, если донорство является адресным. Правовая цель и пациента и донора выступает как оказание помощи первому посредством использования органа последнего.

---

<sup>1</sup> См.: Алсынбаева Э.М. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг по трансплантологии органов и тканей человека: Дисс. канд. юрид. наук. Уфа, 2013. С.10.

Необходимо заметить, что действие Закона о трансплантации не распространяется на кровь и ее компоненты, а также на органы, их части и ткани, относящиеся к процессу воспроизведения. Правовое регулирование оборота крови и ее компонентов устанавливается Федеральным законом от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов"<sup>1</sup>. Данный закон непосредственно на регулирование отношений по оказанию медицинской помощи не направлен.

Особенности оказания отдельных видов медицинской помощи могут содержаться и в иных законах<sup>2</sup>. Подробное рассмотрение их в рамках настоящей работы нецелесообразно, поскольку большая часть их содержания носит публично-правовую направленность. Ряд законов также не содержит гражданско-правовых норм, непосредственно направленных на оказание медицинской помощи. Однако их следует учитывать, поскольку они регулируют допуск средств, используемых при лечении. Так, Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" регулирует отношения, возникающие в связи с обращением - разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в

---

<sup>1</sup> [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)

<sup>2</sup> Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и др.

целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности. Поскольку данные вещества используются в процессе оказания медицинской помощи, содержание данного закона также следует учитывать при выборе соответствующих методов лечения.

Отношения, возникающие в сфере оказания медицинских услуг, урегулированы и подзаконными актами, среди которых в первую очередь следует отметить: Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006)<sup>1</sup> (далее – Правила). Согласно данным Правилам при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Таким образом, договору на оказание платных медицинских услуг, уделяется значительное значение в определении объема помощи, оказываемой сверх того минимума, который гарантирован в рамках ОМС.

В региональном законодательстве об охране здоровья граждан, здравоохранении, касающегося вопросов оказания медицинской помощи населению, могут быть урегулированы различные аспекты медико-социальной помощи. Оговоримся, однако, что согласно пп. «о» ст. 71 Конституции РФ гражданское законодательство относится к исключительному ведению Российской Федерации, однако имеются спорные вопросы влияния региональных актов, принятых в рамках совместного ведения, на регулирование исследуемых отношений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в настоящее время в Российской Федерации действует целая система нормативных правовых актов в области здравоохранения. При этом, учитывая сложный (комплексный)

---

<sup>1</sup> Собрание законодательства РФ. 2012. № 41. Ст. 5628.

характер отношений, являющихся их объектом, требуется оптимальное сочетание публично-правовых и частноправовых средств правового регулирования. Однако, как отмечалось, отношения по поводу оказания медицинской услуги, носят исключительно гражданско-правовой характер, поскольку целью их является удовлетворения частного интереса заказчика в излечении, равно как и интерес исполнителя заключается в получении дохода. Соответственно, в процессе правоприменения следует исключать нормы, направленные на защиту публичного интереса, пусть и связанные с обеспечением права на здоровье.

Безусловно, что особое значение в регулировании гражданско-правовых отношений приобретают такие способы как саморегулирование договор.

#### Саморегулирование в здравоохранении

Считается, что впервые термины «саморегулирование» и «саморегулируемая организация» (self-regulatory organization) появились в США и Великобритании<sup>1</sup>. Эти организации разрабатывают правила и стандарты определенного вида деятельности, а также осуществляют функции, сходные с лицензированием. В похожем смысле саморегулирование закреплено в отечественном законодательстве. В ст. 2 Федерального закона от 1 декабря 2007 г. № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» саморегулирование определяется как самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил. Как видим, целью саморегулирования является обеспечение качества той или иной деятельности путем установления стандартов, относимым, по всей видимости, во-первых, к членам саморегулируемых организаций (аналог лицензирования), а во-вторых,

---

<sup>1</sup> Кузнецов О.В., Стрельников С.С., Зульфугарзаде Т.Э., Федотов В.Е. Саморегулируемые организации: Научно-практическое пособие / Под общ. ред. О.В. Кузнецова. М.: Финакадемия, 2009. С. 5.

к самой деятельности (продукции) этих членов. Акты саморегулируемых организаций выступают как альтернатива государственному регулированию, распространяя свое действие на своих участников (членов), но вместе с тем обязательно соответствуя минимальным требованиям нормативных актов<sup>1</sup>.

В настоящее время саморегулирование предусмотрено в Градостроительном кодексе РФ от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ (глава 6.1), Федеральном законе от 30 декабря 2008 г. № 307-ФЗ «Об аудиторской деятельности», Федеральном законе от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» (глава 4), Федеральном законе от 27 июля 2010 г. № 190-ФЗ «О теплоснабжении» (глава 6), Федеральном законе от 22 апреля 1996 г. № 39-ФЗ «О рынке ценных бумаг» (глава 13), Федеральном законе от 23 ноября 2009 г. № 261-ФЗ «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (глава 4), Федеральном законе от 29 июля 1998 г. № 135-ФЗ «Об оценочной деятельности в Российской Федерации» и др.

Отсутствие обязательных стандартов в некоторых отраслях профессиональной деятельности объясняет необходимость ее саморегулирования, как например, в сфере капитального строительства, инженерных изысканий, проектирования. Лица, намеревающиеся заниматься соответствующими видами деятельности, в качестве условия допуска должны быть членами саморегулируемой организации (СРО) и подчиняться внутренним стандартам, ею разработанным.

В сфере медицины законодательство предусматривает принятие обязательных для применения государственных стандартов, что означает право саморегулируемых организаций принимать лишь повышенные требования. Этим саморегулирование в медицине принципиально отличается от саморегулирования в иных отраслях. Однако полагаем, что западный опыт саморегулирования, показывающий, что относительная свобода СРО в

---

<sup>1</sup> На данные аспекты саморегулирования нами обращалось внимание: Галь И. Г. О роли саморегулирования в процессе гражданско-правового регулирования оказания медицинских услуг // Российское правосудие. 2013. № 12. С. 57–63.

формировании нормативов врачевания, установление их субсидиарной ответственности за действия своих членов способствуют защите прав пациентов. Поэтому изучение западного опыта позволяет выявить положительные черты данного способа правового регулирования и их использование в России.

Основы развития самоуправления медицинского и фармацевтического сообщества были заложены в утративших силу Основых законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, согласно ст. 62 которых, медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» законодатель пошел дальше, предусмотрев в п. 5 ст. 76, что медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам), которые соответствуют критериям, определяемым Правительством Российской Федерации, федеральным законом в установленном им порядке может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья. То есть, саморегулируемым организациям, которые подпадают под действие данной нормы, могут быть переданы функции стандартизации.

А.А. Мохов полагает, что функции органов управления в сфере здравоохранения (федерального министерства и агентств, а также их территориальных органов) также в ближайшей перспективе могут быть пересмотрены в сторону значительного сокращения. Мировой опыт показывает, что при наличии развитых институтов гражданского общества значительное число функций, которые сегодня сосредоточены в органах управления здравоохранения Российской Федерации и субъектов РФ,

реализуется общественными самоуправляемыми организациями. Ученый выделяя функции СРО, по сути, называет достоинства системы саморегулирования, в частности: 1) обеспечение соблюдения своими членами законодательства Российской Федерации, этических норм и иных правил профессиональной деятельности медицинских (фармацевтических) работников; 2) принимать участие в разработке учебных программ и планов, осуществлении подготовки лиц, занимающихся медицинской (фармацевтической) деятельностью в соответствии с квалификационными требованиями, определяемыми федеральным органом исполнительной власти; 3) представлять законные интересы своих членов в их отношениях с федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления; 4) обжаловать в судебном порядке акты и действия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, нарушающие права и законные интересы любого из своих членов или группы членов; 5) осуществлять страхование гражданской ответственности своих членов и др.<sup>1</sup>

Как видим, плюсов саморегулирования в медицинской сфере достаточно много. Например, в литературе высказано мнение, что вследствие замены лицензирования медицинской деятельности саморегулированием будет активно развиваться система третейских судов в сфере здравоохранения (когда создание соответствующего третейского суда будет являться условием допуска, выдаваемого СРО)<sup>2</sup>. Заметим, однако, что споры между медицинскими организациями – участниками СРО маловероятны, споры же с пациентами как потребителями неподведомственны третейским судам по закону.

---

<sup>1</sup> Мохов А.А. Саморегулируемая организация медицинских и фармацевтических работников: понятие и основные функции // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву" / Под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

<sup>2</sup> Медицинское право и биоэтика - гаранты обеспечения прав граждан на охрану здоровья / под ред. Ю.Д. Сергеева, А.С. Созинова. Казань: Казан. гос. мед. ун-т, 2011 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

Заметим, что Россия является одной из немногих стран, где нет необходимости врача в участии соответствующей врачебной ассоциации как условия осуществления практики. Саморегулирование медицинской деятельности, как одно из наиболее эффективных направлений развития здравоохранения, определяется в соответствии с Мадридской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (далее - ВМА), принятой 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в октябре 1987 года «О профессиональной автономии и саморегулировании» и с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача, принятой ВМА в октябре 1986 г.

Вопрос о целесообразности развития саморегулирования медицинских организаций, в понимании, закрепленном в Федеральном законе «О саморегулируемых организациях»<sup>1</sup>, обсуждается в науке. При этом некоторые авторы, полагают, что «самым предпочтительным сегментом отечественной системы здравоохранения для развития саморегулирования являются частные медицинские организации»<sup>2</sup>. Полагаю, что разделять медицинские организации по форме собственности нецелесообразно, поскольку, во-первых, это предложение противоречит конституционному принципу равенства всех форм собственности, а, во-вторых, препятствует унификации стандартов медицинских услуг.

Если в сфере предпринимательской и некоторых иных видах профессиональной деятельности саморегулирование активно развивается, и в литературе отмечается его самостоятельная роль как правового регулятора<sup>3</sup>, то, к сожалению, в сфере здравоохранения можно признать его уровень

---

<sup>1</sup> То есть с правом разработки собственных стандартов деятельности.

<sup>2</sup> Пивень Д.В., Кицул И.С. Вокруг саморегулирования в здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2011. № 3. С. 24-30.

<sup>3</sup> См: например, Лескова Ю.Г. О соотношении саморегулирования и децентрализованного регулирования предпринимательских отношений / Актуальные вопросы частного права: сб. науч. статей., посв. юбилею В.Д. Рузановой. Самара: ООО «Офорт», 2013. С. 80.



недостаточным<sup>1</sup>. Это объясняется в первую очередь отсутствием законодательных возможностей СРО в установлении стандартов деятельности своих членов. Вместе с тем развития этого направления правового регулирования отношений по поводу оказания медицинской помощи следует признать перспективным.

Дело в том, что в медицинских услугах, где объектом воздействия выступает сам человек, невозможно не учитывать огромную роль морально-этических норм, которые долгими годами, столетиями вырабатывались в профессиональной врачебной среде и уже стали своего рода регуляторами. Именно саморегулирование врачебной деятельности станет своего рода мостом между моралью и правом. М.Ю. Чельшев справедливо отмечал, что «в рамках саморегулирования вырабатываются не только юридические предписания, но и моральные нормы»<sup>2</sup>. Таким образом, саморегулирование как форма гражданско-правового регулирования отношений по поводу оказания медицинской помощи придает юридическое значение морально-этическим нормам врачевания.

Особенности правового статуса саморегулируемых организаций обладают определенной спецификой, опосредованно влияют на возникновение, динамику отношений по оказанию медицинской услуги.

Во многих странах для занятия врачебной практикой недостаточно иметь

---

<sup>1</sup> Одним из немногочисленных примеров нормативного правового акта, в которых упоминается саморегулирование является Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения (утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 сентября 2011 г. № 1027н: «В случае проведения внеплановой выездной проверки членов саморегулируемой организации начальник структурного подразделения Росздравнадзора (Управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации), осуществляющего организацию государственного контроля за обращением изделий медицинского назначения, обязан уведомить саморегулируемую организацию о проведении внеплановой выездной проверки в целях обеспечения возможности участия или присутствия ее представителя при проведении внеплановой выездной проверки» (п. 50).

<sup>2</sup> Чельшев М.Ю. О некоторых тенденциях развития гражданско-правовой отрасли и динамике системы межотраслевых связей гражданского права // Российская юстиция. 2008. № 11. С. 7.

только медицинское образование, необходимо быть членом соответствующей врачебной ассоциации, которые выполняют функции саморегулирования деятельности своих членов. В соответствии с Мадридской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации «О профессиональной автономии и саморегулировании», принятой в октябре 1987 г. и с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача, принятой ВМА в октябре 1986 г. главной целью профессиональной автономии является обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании медицинской помощи как неперемного условия оказания высококачественной медицинской помощи. Следовательно, как полагает ВМА, профессиональная независимость врача необходима пациентам, а потому достойна охраны и защиты. ВМА и национальные медицинские ассоциации подтверждают приверженность принципу профессиональной врачебной автономии, как одному из важных принципов медицинской этики. Из права на профессиональную автономию вытекает ответственность медицинских работников за обеспечение самоуправления.

В Декларации 1987 г. ВМА обращается к своим членам - национальным медицинским ассоциациям - с призывом создавать и поддерживать структуры врачебного самоуправления в своих странах и активно участвовать в их работе. По мнению ВМА это будет способствовать повышению качества медицинской помощи, внедрению достижений медицинской науки и наиболее безопасных и эффективных методов лечения, установлению разумных цен на медицинские услуги, их доступность. Высокое качество медицинской помощи оправдано лишь тогда, когда она доступна всем. Только квалификация врача позволяет дать оценки, необходимые для решения вопросов цен. Поэтому национальные медицинские ассоциации обязаны включить процедуры определения цен на медицинские услуги в сферу своей деятельности. Снижать стоимость медицинских услуг следует за счет совершенствования методов предоставления медицинской помощи, повышения доступности госпитальной и хирургической помощи, адекватного использования технологий. Снижение цен на

медицинские услуги не должно приводить к ограничению объема медицинской помощи.

Существует две различные модели саморегулирования за рубежом<sup>1</sup>. Первая модель предполагает преобладание регулирования государственными органами и лишь относительно небольшая часть полномочий по надзору, контролю и установлению правил поведения передается объединениям профессиональных участников рынка - саморегулируемым организациям (например, во Франции). Вторая модель подразумевает передачу максимально возможного объема полномочий подобных организаций (например, в США) при том, что государство сохраняет за собой основные контрольные функции и может вмешаться в процесс саморегулирования в необходимый момент (на примере Великобритании). Степень децентрализации и жесткость регулирования могут варьироваться.

В России саморегулирование в сфере медицины не развито должным образом, однако общемировые тенденции не минуют и нашу страну. Соответствующий опыт стал появляться. Так, 25 мая 2007 года в Самаре состоялся учредительный съезд, на котором была создана Саморегулируемая организация частной системы здравоохранения России. Данная организация призвана обеспечивать профессиональную автономию врача как надежного гаранта компетентного медицинского вмешательства, представляющего и защищающего законные интересы своих пациентов на доступные и высококачественные медицинские услуги, разрабатывать правила и стандарты профессиональной деятельности врача, соответствующих международным требованиям и нормам, установленным российским законодательством, а также принятие кодекса профессиональной этики врача.

На наш взгляд, представляется возможным обсудить вопрос о возложении на саморегулируемые организации некоторых функций и полномочий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального

---

<sup>1</sup> Лескова Ю.Г. Концептуальный подход к формированию системы саморегулирования в корпоративном праве // Гражданское право. 2013. № 1. С. 11 - 15.

развития в части лицензирования, а также контроль за соблюдением правил, установленных саморегулируемой организацией. Кроме того, установление субсидиарной ответственности СРО по обязательствам своих членов (за счет формирования компенсационных фондов и страхования) будет способствовать усилению защиты прав потребителей медицинских услуг.

Роль этических норм в регулировании отношений по поводу оказания медицинских услуг

Как следует из текста Декларации 1987 г. в любом государстве должна быть система регуляторов деятельности врачей. Наряду с любой системой медицинского управления, существующей в данном государстве, сами медики должны регулировать профессиональные отношения и деятельность отдельных врачей. Поведение врача и его профессиональные действия должны подчиняться этическим нормам и положениям кодекса профессиональной этики, действующего в той или иной стране. Для блага пациентов национальные медицинские ассоциации должны добиваться соблюдения этических норм каждым врачом. Следует адекватно реагировать на нарушения этических норм, виновные в подобных нарушениях должны нести дисциплинарные наказания с возможностью последующей реабилитации. Вынесение таких наказаний относится к исключительной компетенции национальных медицинских ассоциаций.

Таким образом, медицинская деятельность регулируется не только на государственном и общественном (саморегулирование) уровнях. Все они так или иначе основаны на этических началах. Именно они взаимосвязывают остальные нормы.

Обязанности медицинского работника всегда заключаются в постоянной заботе об улучшении здоровья людей. Этические нормы поведения врача и медсестры, связанные со спецификой их профессии, освещены в первую очередь в Клятве Гиппократа, Факультетском обещании, Клятве врача России, международном кодексе медицинской этики, принятом Всемирной

медицинской ассоциацией в 1983 г., Этическом кодексе российского врача (ассоциация врачей России, 1994 г.), Кодексе врачебной этики, разработанном Российской медицинской ассоциацией, этический кодекс медицинской сестры. Вопросы врачебной этики традиционно стали предметом рассмотрения в работах, посвященных медицинскому праву<sup>1</sup>. Как отмечает И.Л. Максимов, в результате исследования 73,1% опрошенных медицинских работников г. Казани относятся к пациентам как к равному участнику лечебно-диагностического процесса, 20,8% - сохраняют патерналистическое отношение и лишь 6,1% относятся к пациенту только как к потребителю медицинских услуг<sup>2</sup>.

Каково место и значение указанных морально-этических норм в процессе гражданско-правового регулирования соответствующих отношений?

Ю.В. Данилочкина, в целом верно замечая, что обычаи (делового оборота) должны применяться ко всем медицинским услугам (в силу их принципиальной платности), делает вывод, что в части, не урегулированной правовыми нормами, действуют положения медицинской профессии и медицинской этики, присущие предпринимательской деятельности только в сфере медицины (клятва Гиппократова, обязанность врача оказать неотложную помощь вне зависимости от того, состоит ли он в договорных отношениях с пациентом и т.д.). Поскольку данные правила поведения сложились и широко применяются в предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг, хотя и не предусмотрены законодательством, постольку, по нашему мнению, они могут

---

<sup>1</sup> Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю., Пищита А.Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских ВУЗов (издание второе дополненное и переработанное) (ответственный редактор д.м.н., д.ю.н. А.Н. Пищита). - М.: "РМАПО". 2011 (параграф 2 гл. 2); Акопов В.И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья. Ростов н/Д: Феникс, 2012. С. 156 – 176; Всероссийская научно-практическая конференция «Медицинское право и биоэтика - гаранты обеспечения прав граждан на охрану здоровья» / Ю.Д. Сергеев, А.С. Созинова, И.Л. Максимов и др // Медицинское право. 2011. № 6. С. 6-7 и др.

<sup>2</sup> Максимов И.Л. Данные социологического опроса медицинских работников по этико-правовым вопросам медицинской практики // Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала: сб. науч. ст. Всерос. науч.-практ. конф. / (С.-Петербург, 22-23 июня 2010 г.) / под ред. Ю.Д. Сергеева. Иваново: ИПК "ПресСто", 2010 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

быть признаны обычаями делового оборота в правовом понимании<sup>1</sup>. На наш взгляд, лишь некоторые из названных этических норм (об обязанности оказать экстренную помощь, спасти человека) можно одновременно квалифицировать как правовые, но как *публично-правовые*.

Полагаем, этические нормы деятельности лиц, оказывающих медицинские услуги, выступают в качестве самостоятельного регулятора, поскольку обеспечиваются внутренним убеждением врачей. Однако связь с правом у них имеется. Так, нормы ГК РФ о необходимости соблюдения основ нравственности при совершении сделок и причинении вреда<sup>2</sup> (ст. 1069, абзац второй п. 3 ст. 1064), а также о компенсации морального вреда подтверждают необходимость учитывать в правоприменительной деятельности морально-этические нормы, принятые во врачебном сообществе. Источники этих норм мы называли ранее. Более того, особенностью Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является прямое закрепление в ст. 71 текста клятвы врача<sup>3</sup>.

Морально-этические нормы, признанные во врачебном сообществе, служат цели самоорганизации его членов, а также для определения разумного баланса прав и обязанностей участников обязательства по оказанию медицинской услуги с учетом более зависимого положения пациента, который полагается на добросовестность врача. Так, степень соответствия поведения врача при оказании медицинской помощи должна влиять на размер компенсации морального вреда, взыскиваемого с исполнителя (медицинской организации).

---

<sup>1</sup> Данилочкина Ю.В. Обычай делового оборота в медицинской деятельности / Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 2008. // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

<sup>2</sup> Медицинское вмешательство зачастую сопряжено с вынужденным причинением вреда, причем с согласия пациента.

<sup>3</sup> Закрепление клятвы, которую дают лица, окончившие высшие учебные заведения по медицинским специальностям, в Законе не является новым правовым явлением для законодательства о здравоохранении, поскольку соответствующие нормы содержала ст. 60 Основ законодательства 1993 г. Ранее выпускниками медицинских вузов давалась клятва врача Советского Союза (клятва советского врача).

В связи с этим требуется государственная поддержка развития саморегулирования врачебной деятельности, в том числе придания юридической силы соответствующим кодексам этики.

Некоторые авторы полагают, что клятва врача является традиционным корпоративным ритуалом, не влекущим для врача никаких юридических последствий<sup>1</sup>. Однако следует обратить внимание на то, что изначально ст. 60 Основ законодательства 1993 г. содержала лишь ссылку на определение содержания клятвы в подзаконном порядке, а сам ее текст появился в законодательстве о здравоохранении благодаря изменениям, внесенным в Основы в 1999 г. С точки зрения нормативно-правового обоснования потребности таких изменений может служить нормотворческая практика постепенного формального отражения моральных правил в законодательстве<sup>2</sup>. Как указывается в общетеоретической литературе, клятва Гиппократа, произносимая будущим врачом, содержала лишь моральные обязательства, долг врача перед пациентами, что свидетельствует не только о важности этических моментов врачебной деятельности, но и о необходимости подкрепления действия моральных норм в сфере профессиональной этики силой государственного принуждения<sup>3</sup>.

Полагаю, что факт закрепления текста клятвы врача в законе свидетельствует о возможности ее применения в юридической практике, в частности для обоснования ответственности врача при нанесении вреда вследствие упущения или иных ошибок в лечении пациента. В этом смысле можно провести некую аналогию клятвы врача с Кодексом профессиональной

---

<sup>1</sup> Гусева Т.С., Соколова Н.А., Хлистун Ю.В., Белянинова Ю.В., Савина Л.В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант». 2012.

<sup>2</sup> Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (постатейный) / Под общ. ред. А.А. Кирилловых. М.: "Деловой двор", 2012 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

<sup>3</sup> Теория государства и права: учебник для юридических вузов / Под ред. А.С. Пиголкина. М.: Городец, 2003 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

этики адвоката 2003 г., Кодексом судейской этики 2012 г. и соответствующими актами других профессиональных сообществ. Однако нарушение норм названных актов может повлечь дисциплинарную ответственность вплоть до лишения соответствующего статуса. Имеются все основания для распространения таких правил на врачебное сообщество. Однако требуется дальнейшее теоретическое обоснование предложений по внесению изменений в законодательство об охране здоровья, в том числе усилению роли саморегулирования и приданию соответствующего статуса актам, содержащим морально-этические нормы поведения врача.

#### Выводы.

Правовое регулирование отношений, возникающих при оказании медицинской услуги, имеет первостепенное значение, поскольку от того, насколько оно эффективно зависят, во-первых, степень удовлетворенности конкретных граждан качеством своей жизни, во-вторых, - общий его уровень в нашем обществе. В Конституции Российской Федерации право на жизнь представлено как основное. Оно включает в себя в числе прочих и право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Соответственно целью правового регулирования выступает как публичный интерес в высоком уровне жизни населения России, так и частные интересы конкретных людей в сохранении здоровья, излечении от болезней и т.п.

Для достижения этих целей требуется система взаимообусловленных как частноправовых, так и публично-правовых способов правового регулирования, так как соответствующие отношения будут иметь разноотраслевую юридическую природу. Отношения по поводу оказания самой услуги носят исключительно гражданско-правовой характер, поскольку целью их является удовлетворения частного интереса заказчика в излечении и т.п., равно как и интерес исполнителя заключается в получении дохода. Квалификация отношений и последствия такой квалификации должны быть соответствующими, поскольку нельзя применять к публично-правовым



отношениям средства гражданско-правовые и наоборот.

В зависимости от того, исходит ли источник правового регулирования из России или из вне, выделены внутренние и международные формы права. В зависимости от *субъекта*, от которого исходит норма, выделены: *государственное регулирование*, заключающееся в принятии соответствующих нормативных правовых актов, санкционировании правовых обычаев, заключении международных договоров; *саморегулирование*; *индивидуальное (договорное) регулирование*, которое достигается договорами, заключаемыми между участниками договоров. По *цели правового регулирования* выделены формы *прямого* и *опосредованного* (косвенного) регулирования. Первые принимаются непосредственно для урегулирования отношений в сфере здравоохранения, в том числе по поводу оказания медицинских услуг, вторые – предназначены для урегулирования иных отношений, которые так или иначе связаны с первыми (акты в сфере медицинского страхования, социального обеспечения, труда медицинских работников и т.д.)

Кроме того, в качестве важного регулятором таких отношений выступают морально-этические нормы, признанные во врачебном сообществе.

Саморегулирование как форма гражданско-правового регулирования отношений по поводу оказания медицинской услуги придает юридическое значение морально-этическим нормам врачевания. Такие нормы служат цели самоорганизации его членов, а также для определения разумного баланса прав и обязанностей участников обязательства по оказанию медицинской услуги с учетом ее лично-доверительного характера, когда пациенту приходится полагаться на добросовестность врача. Степень соответствия поведения врача при оказании медицинской помощи должна влиять на размер компенсации морального вреда, взыскиваемого с исполнителя (медицинской организации). Факт закрепления текста клятвы врача в законе свидетельствует о возможности ее применения в юридической практике, в частности для обоснования ответственности исполнителя при нанесении вреда вследствие упущения или иных ошибок в лечении пациента.

Договорное регулирование является специфическим видом непосредственного регулирования отношений по оказанию медицинской услуги и требует рассмотрения в отдельном параграфе.

### 1.3. Договор как регулятор отношений, возникающих при оказании медицинских услуг

На многозначность понятия «договор» обращено внимание во многих источниках (договор-сделка, правоотношение, документ)<sup>1</sup>. В рамках настоящей работы обратим внимание на договор как на регулятор, устанавливающий модель поведения для его участников. На данный аспект понимания договора не столь часто обращается внимание в литературе, однако, полагаем, это весьма важно. Дело в том, что после заключения договора, он как юридический факт исчерпан, изменить, прекратить его можно только посредством другого юридического факта. Правоотношение само по себе как система изменяется в процессе изменения отношения фактического. В связи с этим договор схож с законом.

Б.И. Пугинский и Д.Н. Сайфуллин понимают договор как самостоятельный регулятор, выдвигая концепцию о сходстве возможностей договора и закона в организации и регулировании хозяйственной деятельности<sup>2</sup>. Собственно говоря, подобный подход нашел закрепление в ФГК: «законно заключенные соглашения занимают место закона для тех, кто их заключил» (ст. 1143). В.А. Хохлов, а вслед за ним Ю.А. Тихомиров полагают, что договоры порождают нормы саморегуляции<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право. Кн. первая. Общие положения. 3-е изд., стереотип. М.: Статут, 2001. С.13-20.

<sup>2</sup> Пугинский Б.И., Сайфуллин Д.Н. Правовая экономика: проблемы становления. М.: М.: Юрид. лит., 1991. С. 145.

<sup>3</sup> Хохлов В.А. Гражданско-правовая ответственность за нарушение договора: автореф. дисс. докт. юрид. наук. Саратов, 1998. С. 17; Тихомиров Ю.А. Договор как регулятор

Безусловно, договор порождает некую модель обязательного поведения пусть и обязательную только для его участников. Соответственно нельзя отказывать ему в роли регулятора, точнее индивидуального регулятора общественных отношений. В этом смысле он схож с законом. М.В. Батянов, справедливо определяющий договор как индивидуальный акт, под которым применительно к договору понимается результат направленных на установление договорного обязательства юридических действий субъектов права, выраженный в соглашении, отражающем интерес субъектов договора и определяющий модель их поведения, обращает внимание, что и в ГК РФ упоминается сила договора примерно в том же смысле, что и в отношении закона (п. 1 ст. 425, 617, 895, 1038)<sup>1</sup>.

Полагаем, что любая норма права является императивной, потому она и является нормой, правилом поведения. В этом смысле термин «диспозитивная норма» является условным. Как верно заметил В.В. Витрянский, условие, определенное диспозитивной нормой, следует рассматривать как условие договора<sup>2</sup>.

На самом деле, договор, выполняет две функции: во-первых, связывает стороны обязательством, во-вторых, определяет модель их дальнейшего поведения: 1) либо привязывает стороны к модели, закрепленной в императивной норме, 2) либо отсылает к варианту поведения, определенного в диспозитивной норме, 3) либо создает другую, не предусмотренную в законе.

Любой договор, будучи порождением воли его участников, должен соответствовать императивным требованиям закона (ст. 421, 425 ГК РФ). Степень императивности/диспозитивности договорного регулирования

---

общественных отношений // Правоведение. 1990. № 5. С. 35. В.А. Хохлов кроме того примерные, типовые договоры называет разновидностью нормативных правовых актов (Хохлов В.А. Ответственность за нарушения договора по гражданскому праву. Тольятти: Волжский университет им. ВН. Татищева, 1997. С. 59 - 62).

<sup>1</sup> Батянов М.В. Срок действия гражданско-правового договора. Самара: СГА, 2013. С.44, 48 – 49.

<sup>2</sup> Витрянский В.В. Существенные условия договора в отечественной цивилистике и правоприменительной практике // Вестник Высшего Арбитражного Суда РФ. 2002. № 7. С. 139.

отношений по оказанию медицинской услуги отличается в зависимости от того, заключен ли соответствующий договор в рамках системы обязательного медицинского страхования или вне нее.

В первом случае договорная модель отношений устанавливается императивно. Медицинские организации, основанные на государственной и муниципальной собственности, обязаны участвовать в этой системе, соответственно принцип свободы договора в данных отношениях проявляется слабо. Медицинская организация обязана оказать помощь в пределах, установленных государством, любому застрахованному лицу. Данные отношения являются гражданско-правовыми, поскольку возникают по поводу удовлетворения частного интереса того или иного гражданина, требуя, однако, обязательного заключения соответствующего договора (ст. 445 ГК РФ). Отношения по финансированию услуг являются страховыми (формирование страховых фондов и выплата из них при наступлении страхового случая), которые, несмотря на обязательность уплаты страховых взносов, не перестают быть гражданско-правовыми, поскольку также направлены на удовлетворение частноправовой потребности той или иной медицинской организации в получении платы за свою работу.

Как отмечалось, Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" определяет правовые, экономические и организационные начала обязательного медицинского страхования населения в Российской Федерации. Указанный закон направлен на усиление заинтересованности субъектов отношений, возникающих в сфере оказания медицинских услуг в охране здоровья граждан в новых экономических условиях, а также обеспечивает конституционное право граждан России на медицинскую помощь. В законе закреплена система договоров, направленных на обеспечение данного права (ст. 37 – 39): договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию. Все они по природе являются договорами в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ) - застрахованного лица (пациента).

*Во-первых*, это договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, по которому страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств. Этот договор носит вспомогательный характер к исследуемым услугам, поскольку регулирует отношения между страховщиком и исполнителем (по природе они сродни отношениям между принципалом и гарантом, должником и поручителем).

*Во-вторых*, это - договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Он заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. По указанному договору медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Согласно Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" право на медицинскую помощь в рамках

программы обязательного медицинского страхования распространяется и на неработающее население<sup>1</sup>.

Оказание медицинской помощи возможно и в рамках добровольного страхования на основании общих норм ГК РФ и страхового законодательства. В любом случае статус пациента как застрахованного, то есть как выгодоприобретателя, при обращении за помощью (которое следует квалифицировать как акцепт) позволяет судить о заключении соответствующего договора на оказание медицинской услуги.

Важным требованием является обязательное осуществление медицинской страховой организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля.

Договоры на оказание так называемых платных медицинских услуг, то есть оказываемых вне системы ОМС, заключаются с большей степенью диспозитивности и свободы (например, в определении цены). Как правило, такие договоры заключаются непосредственно между заказчиком и исполнителем, что не исключает возможности применения модели договора в пользу третьего лица, в том числе, в рамках системы добровольного страхования.

Согласно п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг<sup>1</sup> медицинские организации, участвующие в

---

<sup>1</sup> См. также: Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения" // <http://www.pravo.gov.ru> – 1 декабря 2011 г. Данный закон распространяется на правоотношения, возникающие в процессе составления и исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, города Байконура, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2012 и последующие годы.

реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе: установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи. Гражданин имеет право заключить соответствующий договор, минуя систему ОМС, в том числе анонимно. Такие услуги оказываются в массовом объеме не только частными медицинскими организациями и врачами, но и государственными и муниципальными медицинскими учреждениями. В этом смысле их статус предполагается равным, за исключением права устанавливать цену услуги.

Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Вопросы договорной основы отношений по оказанию медицинских услуг вполне обосновано являются предметом пристального внимания со стороны ученых цивилистов. Такое внимание обуславливается особой сложностью отношений, возникающих в процессе врачевания. Как мы отмечали, правоотношения между пациентами и лицами, оказывающими

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" // Собрание законодательства РФ. 2012. № 41. Ст. 5628.

медицинскую помощь, имеют договорную природу, хотя в большинстве случаев и строятся по модели договора в пользу третьего лица и финансируются за счет средств ОМС. С такой точкой зрения солидарны многие ученые<sup>1</sup>.

Существует много доктринальных определений договора на оказание медицинской услуги. С.С. Шевчук определяет его так: по договору оказания медицинских услуг одна сторона-исполнитель медицинских услуг (медицинская организация или частнопрактикующий специалист) обязуется оказать другой стороне - пациенту квалифицированные медицинские услуги, выражающиеся в совершении определенных действий или определенной деятельности профессионального характера с целью сохранения и (или) коррекции здоровья пациента, предоставлять достоверную информацию о диагнозе, методах лечения и прогнозируемых результатах и соблюдать врачебную тайну, а пациент обязуется выполнять требования исполнителя, обеспечивающие качественное и эффективное предоставление медицинских услуг, сообщать необходимые для этого известные ему сведения о состоянии своего здоровья и в определенных соглашениям случаях оплатить предоставленные ему медицинские услуги<sup>2</sup>. По мнению М.Н. Малеиной, по договору на оказание медицинской услуги лечебное учреждение обязуется обеспечить гражданину квалифицированные услуги, избрав для этого соответствующие методы врачевания и сохраняя врачебную тайну, а гражданин имеет право требовать информацию о диагнозе, методах лечения, его возможных последствиях, обязан следовать предписаниям лечебного учреждения и оплачивать медицинскую помощь в установленных законом

---

<sup>1</sup> Малеина М.Н. Гражданско-правовой договор на оказание медицинской помощи // Правоведение. 1989. № 2. С. 29.; Леонтьев О.В., Колкутин В.В. Врач и закон. М.: «Эдитореал УРСС». 1998. С. 16.; Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. М. Классик-Консалтинг. 1999. С. 81.; Романец Ю.В. Система договоров в гражданском праве России. М. Юрист. 2001. С. 201.; Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М., Международный университет. 2002. С. 131; Алсынбаева Э.М. Указ. соч. С. 50-74; Шевчук С.С. Договор оказания медицинских услуг. М.: АЭФиП, 2005. С. 54.

<sup>2</sup> Шевчук С.С. Указ. соч. С. 54.



случаях»<sup>1</sup>. С.В. Нагорная дает следующую дефиницию: по договору возмездного оказания медицинских услуг одна сторона (исполнитель - медицинская организация) обязуется оказывать медицинские (профилактические, диагностические, лечебные, восстановительно-реабилитационные) услуги услугополучателю (пациенту) с его согласия, а в предусмотренных законом случаях - без такового, который обязан исполнять предписания исполнителя, а другая сторона (заказчик - пациент, страховщик или 3-е лицо в интересах пациента) обязан оплатить предоставленные услуги<sup>2</sup>.

Можно дать много доктринальных определений исследуемого договора, однако оно никогда не будет полным, а если и приблизиться к идеальному, то будет весьма объемным. Как отмечал видный английский юрист конца XIX - начала XXв. Фредерик Поллок, «определение, строго говоря, представляет собой ни что иное, как сокращение, в котором лицо, использующее понятие, тешит свое тщеславие»<sup>3</sup>. Б.И. Пугинский также ставит под сомнение необходимость использования определений в науке, отмечая, что так называемые «точные» науки давно отказались от использования определений и не работают с ними ввиду их «ничтожного теоретико-познавательного статуса», в правоведении же продолжается, по его словам, «борьба за определения», что новых знаний не прибавляет<sup>4</sup>. Действительно дать понятие – не есть дать определение. Зачастую и целая монография не раскроет понятия того или иного явления, и опять же взгляд исследователя останется субъективным. Поэтому мы не будем пытаться давать дефиниции исследуемого договора, имея в виду, что он подчиняется правилам главы 39 ГК РФ и остановившись лишь на его характеристиках.

---

<sup>1</sup> Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М.: БЕК, 1995. С. 32.

<sup>2</sup> Нагорная С.В. Договор об оказании медицинских услуг: дисс... канд. юрид. наук. Белгород, 2004. С. 59.

<sup>3</sup> Цит. по: Матвеев Ю.Г. Англо-американское деликтное право. М.: Юрид. лит., 1973. С. 20.

<sup>4</sup> См.: Пугинский Б.И. М. Теория и практика договорного регулирования Зерцало-М, 2008. С. 4 - 5.

Оказание медицинской услуги в целом подчиняется нормам, регулирующим гражданско-правовые договоры по предоставлению услуг. Так согласно п.2 ст. 779 ГК РФ правила главы «Возмездное оказание услуг» применяются к договорам оказания услуг связи, медицинских, ветеринарных, аудиторских, консультационных, информационных услуг, услуг по обучению, туристическому обслуживанию и иных. Согласно правилам гл. 39 ГК РФ договор возмездного оказания услуг является возмездным, взаимным, консенсуальным. Однако для договора на оказание медицинских услуг эти характеристики требуют уточнения.

Договор на оказание медицинских услуг является возмездным. Как указывалось, ранее «бесплатность» медицинской помощи не означает безвозмездности. В случае финансирования ее за счет средств ФОМС или бюджета она формально бесплатна она для пациента, однако косвенно оплачена им (отчисления в ФОМС или налоги так или иначе уменьшают доход пациента), однако финансовые взаимоотношения не входят в предмет нашего исследования. Более любопытна структура договорных отношений, возникающих при этом. Если финансирование услуги происходит за счет средств ФОМС, то отношения строятся по модели договора в пользу третьего лица. Соответственно, по терминологии ст. 430 ГК РФ, кредитором выступает медицинская страховая организация – иначе выговоривший право, выгодоприобретателем – пациент, медицинская организация – должник.

Во французской юридической литературе прямо говорится, что «характерным является то, что выгодоприобретатель в договоре в пользу третьего лица становится кредитором с момента заключения договора, не только не участвуя в нем, но даже и тогда, когда он еще не знает о договоре, заключенном в его пользу. В данном случае речь идет не о простой оферте, для действительности которой необходим его акцепт»<sup>1</sup>. В отечественной правовой

---

<sup>1</sup> По поводу названий данных субъектов, Р. Саватье, писал так: «Что касается сторон в таком договоре, то одна из них, которая возлагает обязанность на другую, называется стороной, «выговаривающей право», а другая, принимающая на себя обязанность, –

литературе, да и в законе прямо называть выгодоприобретателя кредитором не принято, хотя это так и есть. При этом выгодоприобретатель становится кредитором, даже не зная о том, что кто-то заключил в его пользу договор. Однако обязательство может иметь только две стороны – кредитора и должника. Безусловно, что следует разграничивать лиц, заключающих договор (оферент и акцептант), и стороны обязательства (кредитор и должник). Как отмечает В.В. Кулаков, во взаимном обязательстве, возникшем из договора «в пользу третьего лица», на стороне выгодоприобретателя и выговорившего право образуется непредусмотренная законом смешанная множественность: первый в силу п. 3 ст. 308 ГК РФ имеет лишь права, второй – только обязанности, после исполнения которых из обязательства устраняется<sup>1</sup>.

Особенность заключается в том, что с момента уплаты страховых платежей любой гражданин имеет право на получение медицинской помощи. Однако это не означает, что соответствующее обязательство возникло. Оно появится лишь тогда, когда наступит страховой случай – лицо обратиться за страховой помощью. Именно в этот момент согласно ст. 332 ГК РФ предмета договора будет считаться определенным – известно какое медицинское вмешательство требуется. Таким образом, полагаю, что с момента обращения за помощью обязательство по оказанию медицинской услуги возникает в отношении этого конкретного пациента.

Предмет договора об оказании медицинских услуг по программам обязательного медицинского страхования составляют медицинские услуги, входящие в Базовую и территориальные программы обязательного медицинского страхования, утвержденные соответственно органами исполнительной власти Российской Федерации и ее субъектов. Заказчиком медицинских услуг выступают страховщики, т.е. страховые медицинские

---

«обещающей». См.: Саватье Р. Теория обязательств. Юридический и экономический очерк. М.: Прогресс, 1972. С.198.

<sup>1</sup> Кулаков В.В. Сложные обязательства в гражданском праве: Дис... докт. юрид. наук. М., 2011. С. 14.

организации, а в их отсутствие или наряду с ними фонды обязательного медицинского страхования.

Если финансирование медицинской помощи осуществляется из средств бюджета, то отношения между пациентом, медицинской организацией и соответствующим публичным образованием напоминают отношения из договора в пользу третьего лица. Дело в том, что публичное образование, за счет средств бюджета которого осуществляется данный вид лечения, не заключает договор в отношении каждого конкретного пациента. Отношения же по финансированию деятельности учреждения, связанной с оказанием медицинской помощи, находятся в сфере финансового права (ст. 86, 87 Бюджетного кодекса РФ). Вместе с тем существуют договоры об оказании медицинских услуг, входящих в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств соответствующих бюджетов (например, договоры об оказании медицинских трансплантационных услуг). Н.В.Зайцева полагает, что эти договоры являются договорами в пользу третьего лица - пациента. Пациент является выгодоприобретателем, но не стороной данного соглашения. Он может изъявить свою волю относительно своего положения в данном договоре – участвовать в нем или нет, но только после того, как будет заключен договор непосредственно между исполнителем медицинских услуг и плательщиком за оказанные услуги, т.е. право пациента производно от права кредитора. При этом уже после заключения договора уточняется предмет договора – то, какие действия медицинского характера должен произвести непосредственно исполнитель в отношении пациента<sup>1</sup>.

К сожалению, закон не дает возможности считать такой вывод верным, поскольку отношения по финансированию, как указывалось, носят не частноправовой характер. Вместе с тем модель договора в пользу третьего

---

<sup>1</sup> Зайцева Н.В. Договор по оказанию медицинских услуг: Дисс. ... канд. юрид. наук. Волгоград, 2004. С.84.

лица вполне логично могла применяться и здесь. Дело в том, что процесс правового регулирования представляет собой моделирование возможных ситуаций. Использование удачных конструкций для отношений иной природы имеет место (например, в ГК РФ, нормы о деликтной ответственности применяются к ответственности по договору на оказание медицинской услуги). Полагаю, что применение частноправовых конструкций возможно в отношении и отношений иной отраслевой направленности и такие примеры также имеются (например, обеспечение исполнения фискальных обязательств посредством залога и др.)

Возвращаясь к возмездности исследуемого договора, обратим внимание, что ст. 423 ГК РФ (п.3) содержит презумпцию возмездности договоров. Возмездность вытекает из легального определения договора возмездного оказания услуг (ст.779 ГК), распространяющего свое действие на договор об оказании медицинских услуг. В то же время как отмечает А.В. Тихомиров: «Противопоставление платных и бесплатных медицинских услуг невозможно уже потому, что, во-первых, все они возмездны; во-вторых, одинаковы в правовом понимании»<sup>1</sup>.

Закон не называет цену исследуемого договора как существенное условие, что делает возможным применение нормы ст. 424 ГК РФ. Несмотря на то, что иногда помощь требует уникальности медицинских вмешательство, суд вправе определить цену договора самостоятельно исходя даже из небольшого числа аналогичных примеров. В связи с этим обратим внимание на точку зрения Э.М. Алсынбаевой, что даже договор на оказание услуг по трансплантации органов не содержит цену как существенное условие<sup>2</sup>.

Далее. Полагаю, что договор на оказание медицинской услуги является публичным, несмотря на то, что в ГК РФ прямо такого указания нет. Как отмечалось, согласно ст. 10, 11 Федерального закон «Об основах охраны здоровья» пациент обладает возможностью выбора медицинской организации

---

<sup>1</sup> Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М.: Статут, 2001. С.65.

<sup>2</sup> Алсынбаева Э.М. Указ. соч. С. 70.

и врача, а последние не вправе отказаться от оказания помощи, что, по сути, говорит о публичности договора оказания медицинских услуг (ст. 426 ГК РФ). Однако закон ограничивает действие публичного договора деятельностью субъектов, которые являются коммерческими организациями, что позволяет некоторым авторам полагать, что «если медицинская организация не является коммерческой, то договор на медицинское обслуживание с такой организацией не будет относиться к числу публичных»<sup>1</sup>. На наш взгляд, несмотря на то, что медицинские услуги оказываются, как правило, некоммерческими организациями, они формально попадают под определение предпринимательской деятельности (ст. 2 ГК РФ), учитывая право некоммерческих организаций заниматься последней. Мищенко Е.А. по этому поводу справедливо замечает, что публичный договор должен определяться «не организационно-правовой формой организации, а предметом ее деятельности и спецификой контрагента»<sup>2</sup>. Соответственно, исполнитель медицинской услуги не вправе отказаться от заключения соответствующего договора, если у неё имеется возможность исполнить свои обязательства. В случае же уклонения от заключения договора, лицо вправе обратиться в суд с понуждением к его заключению. Организация, необоснованно уклоняющаяся от заключения договора, должна возместить другой стороне причиненные убытки<sup>3</sup>. О.Н. Лебединец по этому поводу справедлива, когда утверждает, что, несмотря на то, что договор оказания медицинских услуг прямо в законе не назван в качестве публичного, обладает чертами такового<sup>4</sup>.

Говоря о взаимности договора, полагаем, что эта характеристика в полной мере относится только к договорам, заключаемым в свою пользу непосредственно пациентом, его обязанность заключается в оплате. В

---

<sup>1</sup> Шевчук С.С. Договор оказания медицинских услуг. М., 2005. С.47.

<sup>2</sup> Мищенко Е.А. Субъекты публичного договора // Научные труды РАЮН. В 3-х томах. М.: Юрист, 2003, Вып. 3: Т. 1. С.772.

<sup>3</sup> Определение Конституционного суда РФ от 6 июня 2002 г. № 115-0 // Вестник Конституционного Суда РФ. 2003. № 1.

<sup>4</sup> Лебединец О.Н. Проблемы правового регулирования договора возмездного оказания медицинских услуг // Социальное и пенсионное право 2006. № 3. С. 28.

остальных случаях, в связи с тем, что обязанность по оплате возлагается на страховщика, договор носит односторонний характер. Обязанности граждан, находящихся на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях, как отмечалось, носят характер кредиторских (ст. 406 ГК РФ), не исполнение которых освобождает исполнителя от ответственности по договору

Говоря о характеристиках исследуемого договора, отметим личный характер медицинской услуги. По общему правилу, кредитор обязан принять исполнение от третьего лица за должника, если оно не должно быть исполнено лично (ст. 313 ГК РФ). Согласно ст. 780 ГК РФ обязательства по возмездному оказанию услуг носят личный характер, то есть личность исполнителя для кредитора имеет значение, не допуская правопреемства.

Возникает вопрос, вправе ли пациент заменить медицинскую организацию после заключения договора? Закон ответа на этот вопрос не дает. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья» речь идет лишь праве выбора медицинской организации, а в ней врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера (не чаще чем один раз в год) (ст. 21), а также о замене лечащего врача (ст. 70). Полагаю, что замена медицинской организации осуществляется путем процедуры расторжения одного договора и заключения другого в рамках правил ст. 782 ГК РФ и 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья».

В этом смысле отношения между пациентом и врачом носят лично-доверительный характер. Причем не только для пациента, но и врача. Если пациент не выполняет рекомендаций врача, нарушает режим, что с точки зрения ГК РФ является нарушением кредиторских обязанностей, соответственно исполнитель как должник вправе рассчитывать на применение последствий, предусмотренных ст. 406 ГК РФ. То есть, если кредитор не

совершает действий, необходимых для того, чтобы должник смог исполнить обязательство, он не считается просрочившим.

#### Выводы.

Договорное регулирование отношения по оказанию медицинской услуги отличается в зависимости от того, оказываются услуги в рамках программы обязательного медицинского страхования или нет. Если финансирование услуги происходит за счет средств ФОМС, то отношения строятся по модели договора в пользу третьего лица. Если финансирование медицинской помощи осуществляется из средств бюджета, то отношения финансированию деятельности учреждения, связанной с оказанием медицинской помощи, находятся в сфере финансового права (ст. 86, 87 Бюджетного кодекса РФ). Вместе с тем, полагаем целесообразным применение модели договора в пользу третьего лица к данным отношениям по аналогии. Препятствий тому нет, поскольку отношения по поводу оказания медицинской услуги между медицинской организацией и пациентом носят частноправовой характер (направлены на удовлетворение личной потребности).

Соответствующий договор является средством индивидуального регулирования соответствующих отношений. Он связывает стороны обязательством, определяя модель их дальнейшего поведения путем привязки к модели, закрепленной в императивной норме, отсылки к варианту поведения, определенного в диспозитивной норме, а также путем создания другой модели поведения, не предусмотренной в законе. При этом в случае оказания медицинских услуг в рамках системы договоров, заключаемых в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» свобода договора в отношении определения условий договора не проявляется.

Как отмечалось, для гражданско-правового регулирования отношений, одной из сторон которых выступает так называемая «слабая» сторона применяется преимущественно императивный метод. Для медицинских услуг это наиболее актуально. В качестве их объектов выступают жизнь и здоровье



человека (как высшие ценности), поэтому свобода договора в отношении соответствующих обязательств ограничена: во-первых, недопущением исполнителя отказаться от них, во-вторых, невозможностью устанавливать объем оказываемых услуг ниже предусмотренного императивно<sup>1</sup>. В связи с этим в регламентации медицинской услуги превалируют правовые средства, основанные на императивном методе, повышена роль публично-правовых норм.

Вместе с тем, индивидуальные особенности организма каждого пациента, состояние его здоровья и течение болезни дают врачу право на усмотрение в определении объема, вида медицинских вмешательств, выборе лекарств и методов лечения. Однако такое усмотрение должно быть исключительно в рамках имеющихся стандартов медицинской помощи.

---

<sup>1</sup> Ст. 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья» предусматривает, что отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

## Глава 2. Субъекты обязательства по оказанию медицинской услуги

### 2.1. Исполнитель медицинской услуги

Исполнителями медицинских услуг являются специальные субъекты. В качестве таковых могут выступать медицинские организации, а также частнопрактикующие врачи. Последние в таком случае должны иметь статус индивидуального предпринимателя. В подавляющем количестве случаев, медицинская помощь осуществляется юридическими лицами, поскольку они обладают персоналом, специализирующимся в разных направлениях медицины, что позволяет оказать больший спектр услуг<sup>1</sup>.

Согласно ст. 780 ГК РФ обязательство по оказанию услуг (в том числе медицинских) носит личный характер. Из этого следует, что профессиональные качества исполнителя имеют правовое значение, в частности квалификации услуги как качественной. Требования к таким профессиональным качествам установлены в публичном законодательстве, однако их рассмотрение требуется и в работе цивилистической (а также хозяйственно-правовой) направленности, поскольку несоответствие этим требованиям являются основанием возникновения гражданско-правовой ответственности. Заметим, что даже если разрешение на занятие соответствующим видом медицинской помощи имеется, но будет выяснено, что оно было выдано с нарушением соответствующих публично-правовых процедур, можно квалифицировать соответствующие услуги как некачественные. Собственно говоря, гражданское право не может

---

<sup>1</sup> Как известно, правовая доктрина традиционно выделяет четыре основополагающих признака, каждый из которых необходим, а все в совокупности - достаточны, чтобы организация могла быть признана таким субъектом гражданского права как юридическое лицо. Это его организационное единство, имущественная обособленность, самостоятельная гражданско-правовая ответственность и выступление в гражданском обороте от собственного имени. См., например: Гражданское право. Учебник. Ч. I / Под ред. Ю.К.Толстого, А.П. Сергеева. СПб.: Проспект, 1996. С. 107-108.

быть только частным<sup>1</sup>, в ГК РФ закреплено множество норм публично-правовых, но опосредованно направленных на урегулирование отношений, входящих в предмет гражданского права. Например, требования о государственной регистрации юридических лиц, недвижимости. Кроме того, заметим, что порядок совершения медицинской помощи также установлен императивно в публичном праве. Таким образом, считаем обоснованным рассмотрение вопроса о требованиях к правовому статусу исполнителя медицинской услуги (который является комплексным в том смысле, что содержит публично-правовую и частноправовую составляющие).

Помимо общего условия осуществления правосубъектности юридических лиц и частных предпринимателей (государственная регистрация), ГК РФ предусматривает специальные (дополнительные) условия осуществления правосубъектности. Для медицинских организаций - это получение специального разрешения (лицензии), что предусмотрено ст. 2 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также п. 46 ст. 12 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»<sup>2</sup>. Во исполнение указанных актов Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" было утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Андреев В.К. Гражданское право не может быть только частным // Российское правосудие. 2011. № 2. С. 32-41.

<sup>2</sup> См.: Федеральный закон от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 19. Ст. 2716.

<sup>3</sup> Собрание законодательства РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

Согласно п. 2 указанного Положения лицензирование медицинской деятельности осуществляют следующие лицензирующие органы: а) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в отношении медицинских и иных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба; медицинских и иных организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, за исключением медицинских организаций, находящихся по состоянию на 1 января 2011 г. в муниципальной собственности, - по 31 декабря 2012 г. включительно; медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи; б) уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в отношении: медицинских и иных организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и находящихся по состоянию на 1 января 2011 г. в муниципальной собственности, медицинских и иных организаций муниципальной и частной систем здравоохранения, за исключением медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, - по 31 декабря 2012 г. включительно; медицинских и иных организаций, за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, - с 1 января 2013 г.; индивидуальных предпринимателей.

Правительство РФ предусматривает наличие целого ряда лицензионных требований, предъявляемых к соискателю лицензии на осуществление

медицинской деятельности (далее - лицензия). Эти требования можно разделить на две группы. К первой относятся требования к материально-технической базе, ко второй – профессиональные требования к лицам, непосредственно оказывающим медицинскую помощь, а также к структуре штатов.

Требования к материально-технической базе:

1) наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям;

2) наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;

Профессиональные требования:

1) Наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье";

2) Наличие у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными

требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы";

3) Наличие у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);

4) Наличие у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности;

Лица, указанные выше должны иметь стаж работы по специальности:

не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования;

не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования;

заключенные трудовые договоры с работниками, имеющими среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)<sup>1</sup>. Трудовые договоры необходимо иметь и с работниками,

---

<sup>1</sup> Таким образом, медицинские работники оказывают медицинскую помощь как наемные работники. См. подробнее: Пиддэ А.Л. Организационно-правовые и экономические основы модернизации здравоохранения в современной России: проблемы и возможности //

осуществляющими техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов). Эти работники должны иметь необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности<sup>1</sup>.

входящее в государственную или муниципальную систему здравоохранения, структуру и штатное расписание, соответствующее общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций.

соискателям лицензии - юридическим лицам, намеренным выполнять заявленные работы (услуги) по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях (ст. 15 и 16 Федерального закона "О донорстве крови и ее компонентов"), намеренным выполнять работы (услуги) по трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей (ст. 4 Закона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека"), а также намеренным осуществлять медико-социальную экспертизу (ст. 60 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 8 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации").

За нарушение указанных требований предусмотрена административная ответственность ответственности по ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией))<sup>2</sup>.

Общим требованием для соискателей лицензии является наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

---

URL: [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=492](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=492) (дата обращения: 29 июля 2013 г.).

<sup>1</sup> См. также: Галь И. Г. Медицинский работник как субъект права (проблемы правового статуса) // Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. Сб. научных статей всероссийской научно-практической конференции (22-23 июня 2010 г). С.-Петербург, 2010. - С.73-80.

<sup>2</sup> См., например, Постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 29 августа 2012 г. по делу № А19-8160/2012 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

Вместе с тем, необходима и система контроля за соблюдением лицензионных требований и со стороны государства. В соответствии со ст. 29 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в государственную систему здравоохранения входят 1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук; 2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти; 3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Согласно ст. 2 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинской деятельностью может заниматься юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, если эта деятельность выступает в качестве основного (уставного) вида деятельности. Таким образом, медицинской деятельностью могут заниматься как некоммерческие, так и коммерческие организации. Полагаем, что данная норма не отвечает сути медицинской деятельности.

Формально деятельность медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, осуществляемая в процессе оказания медицинских услуг, подпадает под признаки предпринимательской деятельности, что может повлечь с их стороны необоснованное завышение цен, навязывание ненужных медицинских вмешательств в целях извлечение максимальной прибыли. Вместе с тем медицинская услуга имеет ярко выраженную социальную направленность, что делает актуальной выработку



теоретических положений о возможных оптимальных организационно-правовых формах медицинской деятельности.

А.В. Барков в своих работах анализирует такой феномен, имеющий прямое отношение к исследуемой нами теме, как социальное предпринимательство, и достаточно убедительно обосновывает теорию социальных услуг<sup>1</sup>, к которым следует отнести и услуги медицинские.

Действительно, социальная сфера как никакая другая является областью специфического сочетания частных и публичных интересов. Имущественные и личные неимущественные отношения, возникающие в социальной сфере, оставаясь гражданско-правовыми по природе, имеют специфический субъектный состав - в них участвуют лица, находящиеся в трудной жизненной ситуации). А.В. Барков под трудной жизненной ситуацией мы принимаем ситуацию, которой дано легальное определение в п. 4 ст. 3 Федерального закона от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации"<sup>2</sup>, т.е. это ситуация, "объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно"<sup>3</sup>.

Ученый полагает целесообразным предложение о целесообразности изменения взгляда на вспомогательную хозяйственную деятельность некоммерческой организации, как на "иную, приносящую доход деятельность", а не "предпринимательскую деятельность", что более соответствует ее правовой природе, ограниченному целевому (уставному) характеру

---

<sup>1</sup> Барков А.В. Цивилистическая концепция правового регулирования рынка социальных услуг. М.: ИГ ЮРИСТ, 2008. С. 39-56.

<sup>2</sup> Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" // Собрание законодательства РФ. 1995. № 50. Ст. 4872.

<sup>3</sup> Барков А.В. Гражданско-правовая модель рынка социальных услуг // Юридический мир. 2007, № 11 (131). С. 46 - 47.

гражданской правосубъектности НКО<sup>1</sup>. Полагаю данный подход верным. Особая социальная направленность медицинской помощи (деятельность по ее оказанию в первую очередь направлена на поддержание и сохранение жизни и здоровья граждан) обуславливает нецелесообразность распространение на нее правил о предпринимательской деятельности (поскольку деятельность, приносящая доход является побочной целью, характерной для некоммерческих организаций). В связи с этим наиболее пригодной организационно-правовой формой осуществления медицинской деятельности является форма некоммерческой организации.

В соответствии с Мадридской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации «О профессиональной автономии и саморегулировании», принятой в октябре 1987 г. нельзя допускать и чрезмерного использования медицинских ресурсов с целью увеличения стоимости медицинской помощи: в этом случае она также станет недоступной для многих нуждающихся в ней. Соответственно медицинской деятельностью, равно как деятельностью образовательной, должны заниматься некоммерческие организации. Иначе неизбежен конфликт интересов. Однако такую деятельность нельзя представлять как направленную исключительно на извлечение прибыли, цель ее заключается оказании необходимой помощи. У медицинского «коммерсанта» появляется соблазн в извлечении прибыли от назначения необоснованного, ненужного лечения. Норма ст. 731 ГК РФ запрещает навязывание включения в договор бытового подряда дополнительных работ и услуг с правом отказа от оплаты. Согласно ст. 783 ГК РФ к возмездному оказанию услуг применяются нормы о подряде, в том числе бытовом. Соответственно пациент вправе отказаться от оплаты необоснованно оказанных медицинских услуг. Подобную норму содержит и ст. 19 Закона «О защите прав потребителей». Однако на практике могут возникнуть сложности в определении степени их необходимости. Полагаем, что система внутреннего контроля в медицинском учреждении, основанном на государственной или муниципальной форме собственности, а

---

<sup>1</sup> Там же.

также система обязательного медицинского страхования позволяют в определенной мере избежать таких ситуаций. Однако в сфере деятельности коммерческих медицинских организаций и частнопрактикующих врачей риск нарушения прав потребителей есть. Безусловно, в случае возникновения соответствующего спора суд вправе с учетом мнения специалиста или заключения экспертизы удовлетворить требования пациента о взыскании необоснованно уплаченных сумм, однако длительность рассмотрения дела, некомпетентность большинства граждан в вопросах медицины, позволяют утверждать, что на современном этапе нельзя квалифицировать оказание медицинской помощи как исключительно предпринимательскую. Социальная значимость ставит ее на уровень так называемой профессиональной деятельности, которая не является предпринимательской, хотя и направлена на извлечение дохода (деятельность образовательных учреждений, адвокатов, нотариусов, арбитражных управляющих).

Преимущественной организационно-правовой формой медицинской организации является государственное (муниципальное) учреждение. Имущество медицинскому учреждению передается собственником в оперативное управление. Статус бюджетного учреждения предопределяет наличие заказанного объема деятельности. Согласно ст. 120 ГК РФ, учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью либо частично. Финансирование осуществляется посредством передачи собственником учреждению денежных средств или закрепления за ним иного имущества на праве оперативного управления, что предполагает существенные ограничения по владению, пользованию и распоряжению этим имуществом. В науке обсуждается также особое положение в этой сфере автономных

учреждений. Так, О.Н. Лебединец справедливо замечает, что их участие повысит конкуренции. В сфере платных медицинских услуг<sup>1</sup>.

Несмотря на то, что стороной в обязательстве по оказанию медицинской услуги выступает соответствующее юридическое лицо, субъектом, который осуществляет непосредственное медицинское вмешательство, является медицинский работник (врач, медсестра, фельдшер), которые должны иметь соответствующую квалификацию. В этом состоит специфика деятельности ряда организаций, оказывающих услуги (медицинские, оценочные, аудиторские и т.п.). Как отмечалось, для того чтобы организация могла оказывать такие услуги, разрешение на занятие соответствующей деятельности должен иметь и медицинский работник<sup>2</sup>. Несмотря на то, что согласно гражданскому законодательству непосредственным участником соответствующих отношений выступает медицинская организация, которая и отвечает за действия собственных работников, вопрос о специальной правосубъектности последних требует особого рассмотрения. Во-первых, их правовой статус является условием получения соответствующего статуса самой организацией, во-вторых, условием привлечения к ответственности организации выступает вина конкретных медицинских работников. Заметим, что они несут самостоятельную уголовную ответственность за врачебные ошибки, а в ряде штатов США и гражданскую. В связи с этим целесообразно введение института страхования ответственности медицинских работников, что повысит гарантии защиты прав пациентов. О.Н. Лебединец по этому поводу В условиях отсутствия субсидиарной ответственности целесообразно рассмотреть вопрос об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников автономного учреждения для

---

<sup>1</sup> Лебединец О.Н. Правовые последствия изменения типа учреждения (на примере ЛПУ)// Спорт: экономика, право, управление. 2008. № 4. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

<sup>2</sup> Галь И.Г. Правовой статус медицинского работника // Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 4. С.22-32.

защиты имущественных интересов организации в случае удовлетворения предъявляемых требований<sup>1</sup>.

Согласно ст. 2 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинский работник определяется как физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

В соответствии со ст. 69 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. В отличие от ранее действующего законодательства (Основы об охране здоровья), требующего наличие лицензии, новый закон предусматривает так называемую аккредитацию специалиста, которая предполагает установление соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет.

Персональную ответственность за процесс лечения несет лечащий врач, то есть врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения (ст. 70 Закона). Такой врач назначается

---

<sup>1</sup> Лебединец О.Н. Правовые последствия изменения типа учреждения (на примере ЛПУ)// Спорт: экономика, право, управление. 2008. № 4. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

пациенту с учетом его пожеланий руководителем медицинской организации. Именно он организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Диплом представляет собой документ об образовании, подготовки и квалификации, выдаваемый образовательным учреждением профессионального образования различных организационно-правовых форм, имеющим лицензию на право ведения образовательной деятельности.

Сертификат специалиста представляет собой документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Сертификат специалиста выдают государственные медицинские образовательные учреждения, осуществляющие последипломную подготовку врачей. Действует сертификат специалиста на всей территории РФ и должен подтверждаться каждые пять лет. Сертификат могут также выдавать профессиональные медицинские и фармацевтические организации на основании проверочного испытания, при наличии лицензии на право ведения образовательной деятельности.

Таким образом, при использовании технологий, когда совершенствуется деятельность медицинских организаций (приобретается медицинское оборудование, совершенствуются маршруты пациентов, совершенствуется работа регистратуры, внедряются компьютерные технологии, технологически совершенствуется здание, где располагается медицинская организация и т.д.), улучшаются условия, необходимые для оказания медицинской помощи, и посредством этого улучшается ее качество. Работающие по найму медицинские работники, оказывают медицинскую помощь и обеспечивают лечебно-диагностический процесс на основании многочисленных положений,

приказов и инструкций в объективно лучших условиях инфраструктурного обеспечения своей деятельности.

Законодательство предусматривает необходимость наличия особого органа в системе медицинской помощи – врачебной комиссии медицинской организации (далее - врачебная комиссия), которая создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам<sup>1</sup>. Врачебная комиссия (может быть создана и подкомиссия) создается на основании приказа руководителя медицинской организации и состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии. Председателем врачебной комиссии назначается руководитель медицинской организации или заместитель руководителя (руководитель структурного подразделения) медицинской организации, ее членами - заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации. Заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации. В случае необходимости по решению руководителя медицинской организации могут проводиться внеплановые заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии). Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) считается принятым, если его поддержало две трети членов врачебной комиссии (подкомиссии).

Приказом Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н на врачебные комиссии возложен ряд функций, в том числе принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и

---

<sup>1</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (Зарегистрировано в Минюсте России 9 июня 2012 г. № 24516) // Российская газета. № 141. 22 июня 2012 г.

Существование врачебных комиссий было предусмотрено и ранее, см.: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.09.2008 №513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» // Российская газета. № 2. 14 янв. 2009 г.

санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения; оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов; изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента; принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации; принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

Указанные функции напрямую связаны с обязательством по оказанию медицинской услуги. Соответственно при оценке надлежащего исполнения таких услуг следует учитывать решения, принятые комиссиями. На них возложены обязанности по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации), а также рассмотрению обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации.

Выводы.



Исполнителями медицинских услуг являются специальные субъекты. Согласно действующему законодательству в качестве таковых могут выступать медицинские организации, а также частнопрактикующие врачи. Однако особая социальная направленность медицинской помощи (деятельность по ее оказанию в первую очередь направлена на поддержание и сохранение жизни и здоровья граждан) обуславливает нецелесообразность распространение на нее правил о предпринимательской деятельности (поскольку деятельность, приносящая доход является побочной целью, характерной для некоммерческих организаций). В связи с этим наиболее пригодной организационно-правовой формой осуществления медицинской деятельности является форма некоммерческой организации.

Вместе с тем, пока сохраняется возможность предпринимательства в сфере медицины специальным правовым средством, направленным на достижение цели оказания медицинской услуги, включающей только необходимые пациенту медицинские вмешательства является право односторонний отказ пациента или страховщика по договору обязательного или добровольного медицинского страхования от выплаты страхового обеспечения (оплаты стоимости необоснованных необходимостью и потенциальной пользой для пациента медицинских вмешательств) в соответствии со ст. 731 ГК РФ, ст. 19 Закона РФ «О защите прав потребителей».

Строго личный характер обязательства по оказанию медицинской услуги означает не только невозможность правопреемства, обусловленного направленностью на удовлетворения потребностей пациента, связанных с состоянием его здоровья. Согласно ст. 780 ГК РФ услуга должна быть оказана исполнителем лично, если иное не предусмотрено договором. Однако диспозитивность указанной нормы в отношении медицинских услуг возможна только, если замена замещающий исполнитель отвечает императивным требованиям. Из этого следует, что профессиональные качества исполнителя имеют правовое значение. Несоответствие исполнителя требованиям,

установленным в публичном законодательстве, влечет квалификацию оказанной услуги как некачественной, то есть является основанием возникновения гражданско-правовой ответственности. Правовой статус исполнителя медицинской услуги является комплексным в том смысле, что содержит публично-правовую и частноправовую составляющие.

Несмотря на то, что стороной в обязательстве по оказанию медицинской услуги выступает, как правило, соответствующее юридическое лицо, субъектом, который осуществляет непосредственное медицинское вмешательство, является медицинский работник (врач, медсестра, фельдшер), которые должны иметь соответствующую квалификацию. В этом состоит специфика деятельности ряда организаций, оказывающих услуги (медицинские, оценочные, аудиторские и т.п.). Для того чтобы организация могла оказывать такие услуги, разрешение на занятие соответствующей деятельности должен иметь и медицинский работник. Несмотря на то, что согласно гражданскому законодательству непосредственным участником соответствующих отношений выступает медицинская организация, которая и отвечает за действия собственных работников, необходимо учитывать и их правосубъектность. Во-первых, их правовой статус является условием получения соответствующего статуса самой организацией, во-вторых, условием привлечения к ответственности организации выступает вина конкретных медицинских работников.

## 2.2. Заказчик и пациент как субъекты обязательства по оказанию медицинской услуги

Согласно норме ст. 307 ГК РФ обязательство направлено на удовлетворение потребностей кредитора (должник должен совершить действия его «в пользу»). Соответственно заказчик медицинской услуги занимает центральное место в соответствующем обязательстве.

Следует иметь в виду, что договор, из которого вытекает это обязательство, может быть заключен заказчиком как в свою, так и чужую пользу. В любом случае выгодоприобретатель согласно норме ст. 430 ГК РФ выступает как кредитор, имеющий право на получение качественной и своевременной медицинской помощи. Такое лицо принято именовать пациентом.

В ранее действующем законодательстве определения пациента не было, что вызывало определенные затруднения в определении его статуса. Так, в ст. 30 утративших силу Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 нашел закрепление лишь перечень прав таких субъектов.

Первый в мире документ о правах пациента появился в 1971 г. в США. Он был принят Американской больничной ассоциацией (объединяющей медицинских менеджеров, больничных администраторов) и называется «Билль о правах пациента»<sup>1</sup>. В данном акте содержится следующая дефиниция: «пациент - это любой индивидуум, получающий долго- или кратковременную медицинскую помощь, скорую или неотложную медицинскую помощь, а также клиент заведений для долгосрочной помощи или ухода»<sup>2</sup>.

Имелись и определенные доктринальные наработки в этой сфере. Так, С.Г. Стеценко определял пациента как человека, обратившегося в лечебно-профилактическое учреждение за диагностической, лечебной или профилактической медицинской помощью либо участвующий в качестве испытуемого при клинических испытаниях лекарственных средств. Иными словами, для приобретения статуса пациента у человека должны возникнуть реальные отношения (правоотношения) с медицинским учреждением вне зависимости с от его организационно-правовой формы (государственное, муниципальное, частное), основанные на обращении человека в данное учреждение за медицинской помощью или участие его в клинических

---

<sup>1</sup> См.: <http://bookap.info/nlp/4bk99/gl4.shtm/>

<sup>2</sup> См.: Кричагин В.И. Законодательство о правах пациентов в США // Качество медицинской помощи. 1998. № 3. С. 28-30.

испытаниях»<sup>1</sup>. В.И. Акопов и Е.Н. Маслова пишут: «пациентом считается любой человек, обратившийся за медицинской помощью, независимо от состояния своего здоровья или наличия какого-либо заболевания, т.е. это более широкое понятие, чем больной»<sup>2</sup>. Сходный подход демонстрирует А.Н. Пищита, в работе 2005 г. под пациентом предлагал понимать лицо, вступившее в правовые отношения с медицинскими работниками и (или) другими представителями медицинского учреждения по поводу получения медицинской помощи. При этом не является определяющим ни место оказания медицинской помощи, ни состояние здоровья человека<sup>3</sup>. Действительно понятие «пациент» по своему содержанию шире понятия «больной» и не связано с наличием или отсутствием заболевания. Вместе с тем не все люди, у которых имеются отклонения в состоянии здоровья, обращаются в соответствующее медицинское учреждение за оказанием медицинской услуги. В этом случае они не могут считаться пациентами, поскольку не вступили в правовые отношения с медицинским учреждением.

Впервые понятие пациента на уровне закона закреплено лишь в действующем Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния. Как видим, в данном определении восприняты выше приведенные доктринальные подходы.

Если говорить о категории «правовой статус пациента», согласимся с Н.Ю. Хаманевой в том, что правовой статус гражданина, только которые и могут быть «получателями» медицинской услуги, является одной из важнейших

---

<sup>1</sup> Стеценко С.Г. Медицинское право. СПб.: «Эридикеский центр Прессе», 2004. С.163-164.

<sup>2</sup> Акопов В.И., Маслов Е.Н.. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002 // <http://pravouch.com/pravo-meditsinskoe/pravo-meditsine-kniga-servis.html>

<sup>3</sup> Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. 2005. № 11. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

политико-юридических категорий, неразрывно связанной с социальной структурой общества, уровнем демократии, состоянием законности<sup>1</sup>. Правовое регулирование отношений при оказании медицинской помощи гражданину осуществляется нормами разной отраслевой направленности, как частноправовой, так и публично-правовой. Правовой статус субъекта права представляет собой установленное в законодательстве его правовое положение. В правовой статус пациента следует включать: гражданскую правосубъектность (правоспособность и деликтоспособность); основные права и обязанности; юридические гарантии субъективных прав; ответственность за нарушение обязанностей.

Пищита А.Н., проведя серьезное исследование особенностей правового статуса пациента, предлагает понимать под правовым статусом пациента юридически закрепленное положение лица, обратившегося за медицинской помощью, включающее в себя гарантируемые государством права, свободы, юридические гарантии их реализации, а также защиту законных интересов<sup>2</sup>. Ключевым правом пациента в Российской Федерации, несомненно, является право на медицинскую помощь, закрепленное в ч. 1 ст. 41 Конституции РФ. Действующая система обязательного медицинского страхования позволяет получать бесплатное лечение и в некоторых частных медицинских организациях, поэтому важно понимать, в каких случаях и какие виды медицинской помощи гражданин может получить бесплатно<sup>3</sup>.

Особенности правового закрепления прав пациента, их гарантий позволяют говорить и об их особом правовом статусе, отличающимся межотраслевым характером. Право на здоровье как нематериальное благо гарантируется Конституцией РФ, ГК РФ. Реализация этого права достигается участием в соответствующем обязательстве. Право на получение медицинской

---

<sup>1</sup> См.: Хаманева Н.Ю. Административно-правовой статус гражданина Российской Федерации. М., 2000. С. 10-15.

<sup>2</sup> Пищита А.Н. Указ. соч. С. 52.

<sup>3</sup> Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. // [Электронный ресурс]/ <http://pravouch.com/pravo-meditsinskoe/pravo-meditsine-kniga-servis.html>

помощи охватывается общегражданской правоспособностью и по общему правилу реализуется гражданином добровольно (ст. 421 ГК РФ). Однако нормами публичного права данная свобода может быть ограничена.

Правовые отношения с участием граждан при оказании медицинской помощи на основе норм административного права могут иметь место в случаях:

1) реализации гражданами прав в сфере оказания скорой медицинской помощи. По своему масштабу данная группа административных правоотношений является ведущей. В ее рамках граждане реализуют права на благоприятную окружающую природную среду и безопасность труда, на информацию о факторах, влияющих на здоровье, на лечебно-профилактическую и социально-реабилитационную помощь.

2) ограничение прав граждан в сфере оказания медицинской помощи. Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 30 марта 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Лица, не выполняющие данные требования, не допускаются руководителем соответствующего медицинского учреждения к выполнению донорских функций.

Медицинские меры ограничительного характера включают меры обязательного, недобровольного и принудительного характера, которые осуществляются по медицинским показаниям в соответствии с законодательством РФ и субъектов Федерации<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Малышко А.Ю. Правовое регулирование санитарно-эпидемиологического благополучия населения. // Институты административного права России. М.: Изд-во ИГиП РАН, 1999. С. 139-143.

Медицинские меры обязательного, недобровольного и принудительного характера, связанные с проведением профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, могут быть применены в отношении гражданина без его согласия или согласия его представителей в случае, если состояние его здоровья и интересы охраны здоровья других лиц не позволяют использовать добровольные формы оказания ему медицинской помощи или требуют обязательного медицинского вмешательства.

Так согласно ст. 29 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» лицо, страдающее психическим расстройством может быть госпитализировано в стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: его опасность для себя и окружающих, его беспомощность или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния. Меры недобровольного и принудительного характера допускаются в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих некоторыми видами психических расстройств или лиц, совершивших общественно опасное деяние.

К диагностическим мероприятиям обязательного и недобровольного характера относятся медицинская экспертиза профессиональной пригодности, а также принудительное медицинское освидетельствование<sup>1</sup>.

Пищита А.Н. предлагает правовой статус пациента рассматривать как, во-первых, общий правовой статус, во-вторых, как статус специальный, и, в-третьих, как индивидуальный<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Малышко А.Ю. Правовой статус граждан Российской Федерации при оказании медицинской помощи (Административно-правовой аспект): Дис...канд. юрид. наук. М., 2004. С.10-32.

<sup>2</sup> Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента //Журнал российского права. 2005. № 11. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

В основе общего правового статуса пациентов лежат, прежде всего, соответствующие положения Конституции РФ (ст. 20, 21, 39, 41, 46 и др.). Он индивидуальный правовой статус пациентов включает в себя их права и обязанности, а также юридические гарантии реализации таких прав. Общий статус характерен любому пациенту независимо от лечебного учреждения. Специальным правовым статусом наделяются отдельные категории пациентов (военнослужащие, клиенты частных лечебно-профилактических учреждений, обладатели полисов добровольного медицинского страхования и т.д.); лица, страдающих определенными заболеваниями (туберкулез, психические заболевания, СПИД и др.). Как правило, он заключается в предоставлении таким субъектам определенных льгот, установление особенностей лечения, сохранении в тайне информации о заболевании, результатах лечения и т.д. Говоря об индивидуальном правовом статусе полагается совокупность прав, свобод, обязанностей конкретного гражданина. Данный правовой статус наиболее подвижен, поскольку на его проявление в полной мере влияют изменения как состояния здоровья человека, так и иные обстоятельства (возраст, срок действия договора медицинского страхования, срочность в оказании медицинской помощи и др.)<sup>1</sup>

Указанные выше особенности статуса, установленные публичным правом имеют значения и для гражданского права, поскольку, как отмечалось, договор на оказание медицинской услуги является публичным и предполагает равные гарантии на получения определенного уровня медицинской помощи всем гражданам. Уровень этот установлен императивно нормами публичного права.

Особо следует отметить что, важной составляющей правового статуса пациента является совокупность прав и гарантий, закрепленных законодательством о защите прав потребителей. В п. 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей" прямо

---

<sup>1</sup> Пищита А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. М.: ЦКБ РАН, 2008. С. 96-97.



указано, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей" (далее - Закон о защите прав потребителей) предусматривает, что потребитель – это гражданин, использующий, приобретающий, заказывающий либо имеющий намерение приобрести или заказать товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности. Лицо, вынужденное обратиться за медицинской помощью, обычно, по своему физическому и психологическому состоянию не способен в полном объеме самостоятельно контролировать свою безопасность, вопросы соблюдения и защиты личных прав, оценивать качество оказываемой ему медицинской помощи. Отказ от медицинского вмешательства может привести к утрате перспектив выздоровления. Пациент выступает как слабая сторона в соответствующем правоотношении, поэтому наделяется особым статусом – статусом потребителя. Закон о защите прав потребителей предусматривает широкий спектр прав и гарантий (право на информацию, компенсацию морального вреда, повышенную ответственность и т.д.)

Однако, судя по определению, закрепленному в Преамбуле Закона «О защите прав потребителей», пациент охватывается статусом потребителя, если вступает в возмездные (в том числе в рамках страхования) отношения по оказанию медицинской услуги. Вместе с тем, как известно, медицинская помощь может финансироваться и из средств бюджета в рамках соответствующих государственных программ. В связи с этим на практике возник вопрос, применяется ли в этом случае законодательство о защите прав потребителей?

Пленум Верховного Суда РФ в п. 8 указанного постановления указал, что права и законные интересы граждан, имеющих право на государственную

социальную помощь и использующих в ходе ее реализации товары или услуги, подлежат защите в порядке, предусмотренном законодательством о защите прав потребителей. Соответствующие требования могут быть предъявлены к изготовителю (продавцу) этих товаров, исполнителю услуг.

Таким образом, даже если медицинская помощь финансировалась из бюджета, пациент имеет право предъявить иск медицинскому учреждению, непосредственно оказавшему помощь. Следовательно, как отмечалось ранее, если гражданин получает медицинскую помощь за счет средств того или иного бюджета он предполагается потребителем, а, соответственно, отношения между ним и медицинским учреждением квалифицируются как договорные. Повторимся, что по аналогии, к ним следует применять конструкцию договора в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ), где в качестве выговорившего право выступает публичное образование, из бюджета которого финансировалась медицинское вмешательство.

Отвечая на вопрос, какие требования могут быть заявлены в таком случае, следует иметь в виду, что очевидно они не могут быть связаны с оплатой, соответственно с законной неустойкой. Однако это не лишает права на возмещение убытков (например, если потребовалось повторное лечение), а также компенсацию морального вреда.

Как отмечалось в правовой статус пациента следует включать кроме право-, также и дееспособность. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья» содержит два принципиальных положения. Во-первых, право принимать самостоятельные медицинские решения после получения адекватной информации вступает в силу с 15-летнего возраста; во-вторых, несовершеннолетние дети до 15 лет имеют право на получение медицинской информации, касающейся их здоровья. Как видим, данная возрастная «веха» не совпадает с возрастом наступления частичной дееспособности граждан согласно правилам ГК РФ. Возможно, данное правило по традиции повторяет утратившую силу норму ГК РСФСР 1964 г., согласно которой частичная дееспособность наступала при достижении 15-летнего возраста. В литературе

по медицинскому праву предлагается учитывать при распространении такой информации меру психической зрелости несовершеннолетнего пациента<sup>1</sup>. Вместе с тем, учитывая общие правила о дееспособности несовершеннолетних, заключать соответствующие договоры об оказании медицинской услуги в отношении себя несовершеннолетние могут заключать с 14-летнего возраста лишь с согласия родителей. Возможно и заключение договора по модели ст. 430 ГК РФ родителями, законных представителей в пользу своих детей, подопечных. Однако реализация договора в части совершения медицинских вмешательств требует учета его согласия с 15-летнего возраста. Очевидно, что в случае такого отказа (отсутствия согласия) исполнитель услуги освобождается от ответственности за возможные негативные последствия на основании п.2 ст. 416 ГК РФ.

Согласно действующему законодательству (ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья») информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства выступают как необходимое предварительное условие медицинского вмешательства. Оно основывается на предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста пятнадцати лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте младше шестнадцати лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

---

<sup>1</sup> Иванюшкин А.Я. Правовые отношения с врачом // Вместе против рака. 2005. № 4 // [Электронный ресурс] [http://www.help-patient.ru/rights/relations\\_doctor/](http://www.help-patient.ru/rights/relations_doctor/)

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

В случаях, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, возможно его осуществление без согласия пациента. Согласно п. 10 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья» такое решение принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя такого лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

Без согласия медицинское вмешательство осуществляется:

1) если оно необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинское учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц (п. 5 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья»).

Особенностью договора на оказание медицинских услуг, как отмечалось, является то, что понятия «заказчик» услуги и ее «потребитель» не всегда совпадают. Возможно заключение договора в пользу третьего лица, которым согласно ст. 430 ГК РФ признается договор, в котором стороны установили, что должник обязан произвести исполнение не кредитору, а указанному или не указанному в договоре третьему лицу, имеющему право требовать от должника исполнение обязательства в свою пользу.

Договор на оказание медицинских услуг может, в принципе, заключен в пользу гражданина любым лицом. Однако, как справедливо отмечает В.В. Кулаков, для того чтобы обязательство как договорное, так и внедоговорное перешло во вторую стадию своего существования (исполнение), необходима инициатива кредитора на исполнение<sup>1</sup>. То есть, выгодоприобретатель – пациент должен выразить согласие на получение медицинской помощи, в том числе путем обращения за ней.

Как правило, договоры в пользу граждан заключают соответствующие страховые медицинские организации. Застрахованный пациент вправе требовать от медицинского учреждения оказания ему медицинской помощи такого вида, объема и качества, которые установлены согласованным сторонами перечнем в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Второй участник договора - страховщик - обязан обеспечить надлежащий контроль за соответствием

---

<sup>1</sup> Кулаков В.В. Обязательство и осложнения его структуры. М, 2010. С. 86.

объема и качества оказываемой учреждением лечебно-профилактической помощи условиям договора, а также осуществить перевод в другое медицинское учреждение или пригласить соответствующего специалиста в случае невозможности оказать лечебно-профилактическую помощь, соответствующую условиям договора, силами данного учреждения. В необходимых случаях страховая организация обязана оказать помощь во взыскании с виновного медицинского учреждения причиненного застрахованному ущерба.

Непосредственное отношение к правам граждан при оказании медицинской услуги имеет Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон закрепляет права граждан в системе медицинского страхования и предоставляет новые возможности для защиты прав граждан при оказании медицинской помощи в рамках системы медицинского страхования. Медицинское учреждение должно оказать пациенту лечебно-профилактическую помощь такого вида, объема и качества, которые установлены согласованным сторонами перечнем в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>. При этом страховая организация должна обеспечить надлежащий контроль за соответствием объема и качества оказываемой медицинской организацией лечебно-профилактической помощи условиям договора; перевод в другую медицинскую организацию или приглашение соответствующего специалиста в случае невозможности оказания лечебно-профилактической помощи, соответствующей условиям договора, силами данного медицинского учреждения; а также оказать помощь во взыскании с виновной медицинской организации причиненного застрахованному пациенту ущерба.

Помимо обязательного медицинского страхования, граждане Российской Федерации имеют право на добровольное медицинское страхование. Такое

---

<sup>1</sup> О выборе медицинской организации см.: Хайруллина И.С. Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы / Под ред. Академика РАМН В.И. Стародубова. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. - 328 с.

страхование осуществляется на основании договора страхования и предусматривает получение медицинских услуг в рамках программы добровольного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть индивидуальным или коллективным. Договор добровольного медицинского страхования содержит помимо других положений и условий, права сторон. Согласно такому договору, застрахованный имеет право:

- требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;

- обращаться к страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;

- при утрате полиса, программы или пропуска в медицинское учреждение получить их дубликаты и другие права<sup>1</sup>.

Удостоверяет право на получение бесплатной медицинской помощи полис обязательного медицинского страхования (далее – полис ОМС).

Гражданам России полис ОМС выдается бессрочно. Правом получить полис обладают также проживающие в РФ иностранцы и лица без гражданства. Если они проживают в России постоянно, то, как и граждане РФ, получают бессрочный полис ОМС. В противном случае срок действия полиса ограничивается сроком действия разрешения на временное проживание. Аналогичная ситуация с беженцами – они также могут получить полис ОМС, но действовать он будет только на протяжении срока их пребывания в России.

Все перечисленные категории лиц вправе получить полис ОМС независимо от того, работают ли они по трудовому или гражданско-правовому договору или не работают вообще, проходят ли обучение, находятся на пенсии

---

<sup>1</sup> Мальшко А.Ю. Правовой статус граждан Российской Федерации при оказании медицинской помощи (Административно-правовой аспект): Дис...канд. юрид. наук. М., 2004. С. 33-77.

и так далее. В любом случае, все они считаются застрахованными в рамках системы ОМС. Отметим, что даже если граждане или иные перечисленные лица не выбрали страховую организацию или не обратились за получением полиса ОМС, они все равно будут застрахованы и уведомлены впоследствии о необходимости получить полис.

В рамках системы ОМС медицинскую помощь оказывают медицинские организации любых форм собственности, а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Это значит, что получить лечение, предъявив полис ОМС, можно будет не только в государственных и муниципальных медучреждениях, но и в некоторых частных клиниках. Оказывать медицинскую помощь в рамках ОМС будут организации и индивидуальные предприниматели, включенные в специальный реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС. Решение войти в такой реестр медицинские организации и частнопрактикующие врачи принимают добровольно.

Следует учитывать, что внесенные в указанный реестр организации не вправе отказывать застрахованным гражданам в оказании медицинской помощи. Поэтому владелец полиса ОМС может обратиться в любую такую организацию. Более того, в конкретном медучреждении можно самостоятельно выбрать лечащего врача (при его согласии). Для этого нужно подать заявление руководителю организации.

Пациентом может быть любое лицо, независимо от возраста, дееспособности. Безусловно, каждый вправе реализовывать свое право на здоровье, обращаясь или не обращаясь к врачу. Однако в интересах лиц, которые сами в силу неполной дееспособности, возраста, состояния здоровья соответствующие вмешательства осуществляются по инициативе иных лиц. В первую очередь в качестве таковых выступают родители, опекуны, попечители.

Пациент, даже будучи дееспособным, в силу состояния здоровья при ряде заболеваний, либо в силу престарелого возраста может не отдавать отчет своим действиям при оказании медицинской помощи. Полагаю, что такое право



(заботу) могут осуществлять их совершеннолетние дееспособные дети. Пациент при этом должен отвечать признакам иждивенца (в частности, имея инвалидность, пенсионный возраст и др.). Так, согласно ст. 87 Семейного кодекса РФ трудоспособные совершеннолетние дети обязаны содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родителей и заботиться о них. Полагаю, что данная норма позволяет заключать в пользу родителей соответствующие договоры, давать согласия на проведение медицинского вмешательства, а также заявлять соответствующие иски в суды. В остальных случаях родственники могут действовать в пользу таких пациентов только на основании правил главы 50 ГК РФ (действия в чужом интересе без поручения).

#### Выводы.

Договор на оказание медицинской услуги может быть заключен заказчиком как в свою пользу, так и в пользу иного физического лица (пациента). Пациентом может быть любой гражданин, независимо от возраста, дееспособности, состояния здоровья. В ряде случаев в интересах пациента договор может быть заключен иными лицами, на которые законом возложена обязанность заботиться о соответствующем гражданине (родители в отношении несовершеннолетних, совершеннолетние дети в отношении престарелых родителей, неспособных в силу состояния здоровья самостоятельно заботиться о себе). В этом случае гражданин в пользу которого заключен договор на оказание медицинских услуг не должен изъявлять желание (проявить инициативу) на его исполнение (давать информированное согласие на медицинское вмешательство).

Особенности правового статуса пациента заключаются в том, что ряд прав установлен нормами публичного права, имеющих, однако, значение и для определения правового положения пациента в соответствующем гражданско-правовом отношении, поскольку, договор на оказание медицинской услуги является публичным и предполагает равные гарантии на получения определенного уровня медицинской помощи всем гражданам.

Особенностью правового статуса пациента является также включение в него гарантий, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

### Глава 3. Содержание обязательства по оказанию медицинской услуги

#### 3.1. Обязанности исполнителя. Правовые средства минимизации риска недостижения результата медицинской услуги

Исполнитель в обязательстве по оказанию медицинской услуги обязан оказать ее в срок, установленный правилами оказания отдельных видов работ или договором согласно ст. 708 ГК РФ. При нарушении сроков оказания медицинской услуги по вине пациента исполнитель вправе приостановить исполнение обязательств по договору (оказание услуги) или отказаться от исполнения обязательств по договору (оказания услуги) и потребовать от пациента возмещения убытков (ст. 328 и 719 ГК РФ). При нарушении сроков оказания медицинской услуги по вине исполнителя пациент вправе назначить новый срок оказания услуги и потребовать уменьшения цены; поручить оказание услуги третьим лицам или выполнить ее своими силами и потребовать от медицинского учреждения возмещения понесенных расходов; расторгнуть договор об оказании услуги, а также потребовать полного возмещения ущерба.

Основная обязанность исполнителя заключается в оказании качественной медицинской помощи. Однако согласно ст. 779 ГК РФ риск недостижения результата, который преследует пациент лежит на нем. Деятельность врача зачастую является опасной и непредсказуемой, соответственно возникает возможность квалификации ее как источника повышенной опасности.

Следует заметить, что появление понятия «источник повышенной опасности» объясняется стремлением к лаконичности разработчиков ГК РСФСР 1922 г., которые основывались в работе проектом Гражданского

уложения 1905 г.<sup>1</sup> Сходные деликты, предусмотренные в нескольких статьях проекта, были объединены в одну статью первого советского гражданского кодекса. Таким образом, начиная с ГК РСФСР 1922 г. в отечественных гражданских кодексах закрепляется такой специальный деликт и дается примерный перечень источников. Вместе с тем неопределенность содержания понятия источника повышенной опасности требовала выработки соответствующих теоретических положений, позволяющих квалифицировать тот или иной объект в качестве такового. Как отмечалось в литературе, выяснить понятие источника повышенной опасности – значит определить границы применения норм статьи об ответственности за причинение вреда этим источником<sup>2</sup>. Идти по пути законодательного закрепления перечня бесперспективно. Появляются новые объекты, которые могут оказаться источниками повышенной опасности, с другой стороны, по мере дальнейшего развития научно-технического прогресса некоторые источники повышенной опасности перестают быть таковыми.

Известно, что существует две теории источника повышенной опасности: объекта и деятельности. В законодательстве закреплена «компромиссная» позиция. Судя по содержанию ст. 1079 ГК РФ в ней речь идет о деятельности, создающей повышенную опасность. Однако полагаем, что нельзя относить к таким источникам как таковую, без приложения к конкретному объекту, поскольку содержание названной статьи прямо указано, что ответственность за вред несет *владелец* источника. Следовательно, источником повышенной опасности может быть только вещь, объект материального мира. Заметим, что не теряют своей актуальности специальная монография О.А. Красавчикова, выделившего признаки источника повышенной опасности. По его мнению, источник повышенной опасности должен обладать совокупностью следующих

---

<sup>1</sup> Анализ данного проекта представлен: Слыщенко В.А. Проект Гражданского уложения 1905 г. и его место в истории русского права: Автореф. дисс. канд. юрид. наук. М., 2003.

<sup>2</sup> Антимонов Б.С. Гражданская ответственность за вред, причиненный источником повышенной опасности. М.: Госюриздат., 1952. С.45.

признаков: 1) являться всегда объектом (предметом) материального мира; 2) иметь вредоносные, опасные для окружающих качества; 3) находиться в процессе эксплуатации, деятельности; 4) исключать возможность полного контроля над собой со стороны человека<sup>1</sup>.

Данный подход нашел отражение и в судебной практике. Согласно п. 18 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26 января 2010 г. № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»: источником повышенной опасности следует признать любую деятельность, осуществление которой создает повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека, а также деятельность по использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и других объектов производственного, хозяйственного или иного назначения, обладающих такими же свойствами.

Потеря контроля возможна только над объектом, хотя не вызывает сомнений то, что отдельные предметы материального мира не поддаются в полной мере контролю со стороны человека и их вредоносные качества могут проявиться как в процессе использования (эксплуатации) их человеком, так и самопроизвольно.

Сказанное имеет прямое отношение к исследуемой теме – ответственности лиц, оказывающих медицинскую помощь, за возможный вред, причиненный пациентам. Медицинские услуги зачастую опасны, в силу непредсказуемости реакции организма каждого пациента на медицинское вмешательство. В судебной практики нередки случаи, когда к деятельности медицинских учреждений, в частности по прививанию, применяются нормы ст. 1079 ГК РФ, в части привлечения их к ответственности за причиненный вред даже без вины. Однако в этой связи справедливым представляется утверждение С.С. Шевчук о том, что правила о повышенной (безвиной) ответственности врачующих лиц

---

<sup>1</sup> Красавчиков О.А. Возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности. М.: Юрид. лит., 1966. С. 4-33.

являются крайне не своевременными и оказывают негативно воздействие на исполнителя медицинских услуг, поскольку объективно способствуют сдерживанию инициативы исполнителя в применении новых радикальных способов лечения, создают мотивацию для отказа от рискованных вмешательств, ослабляют превентивную роль гражданско-правовой ответственности<sup>1</sup>. Врач (медицинская организация) был бы задавлен последствиями безвинных действий и их последствий, в отношении которых ему (врачу) нельзя сделать упрека даже в неосторожности. Показательным является последняя практика необоснованных обвинений врачей в педофилии, совращении несовершеннолетних пациентов, что вряд ли способствует в желании врача максимально эффективно проводить осмотры больных и диагностику их состояния.

Безусловно, медицинская помощь зачастую является опасной, поскольку невозможно до конца просчитать все процессы, происходящие в организме пациента в результате лечения. Однако нельзя относить ее к источникам повышенной опасности саму по себе, без приложения к каким-то конкретным инструментам, лекарствам, инъекциям или их системной совокупности, объединенной тем или иным методом лечения. В отношении некоторых из них невозможно осуществить полный контроль, поэтому вероятно они могут быть квалифицированы как такие опасные источники. Соответствующая судебная практика имеет место.

Так, Советский районный суд г. Брянска счел возможным на основании ст. 1079 ГК РФ взыскать с Муниципального учреждения «Родильный дом № 2 г. Брянска» в пользу несовершеннолетнего компенсацию морального вреда в размере 50 тыс. руб. Вред новорожденному был причинен в результате прививки БЦЖ, хотя как показали результаты экспертизы – в отсутствие вины ответчика. Суд квалифицировал инъекцию БЦЖ как источник повышенной

---

<sup>1</sup> Шевчук С.С. Личные неимущественные права граждан в сфере медицинских услуг по гражданскому законодательству России: Автореф. дис. ...докт. юрид.наук. Ростов н/Д., 2005. С.33.

опасности<sup>1</sup>.

Таким образом, акцентируем, что нельзя квалифицировать медицинские услуги сами по себе в качестве источника повышенной опасности. Распространение действия ст. 1079 ГК РФ на любую деятельность врачей приведет к лишению их инициативы при лечении больных и соответственно к падению качества медицинских услуг вообще.

Кроме того, полагаем, что если на основании данных соответствующих медицинских исследований, опыта применения побочное негативное влияние тех или иных лекарственных и подобных средств на организм человека наблюдается в малых процентах от общего числа пациентов, следует исключать распространение на них действие ст. 1079 ГК РФ. Такие средства не имеют такого признака как невозможность полного контроля со стороны человека. Так, применительно к приведенному выше примеру из практики, заметим, что согласно Инструкции по применению вакцины туберкулезной (БЦЖ и БЦЖ-М) сухой для внутрикожного введения при массовой вакцинации и ревакцинации против туберкулеза, утвержденной Приказом Минздравмедпрома России от 22 ноября 1995 г. № 324, осложнения после вакцинации новорожденных составляют 0,02% - 0,004% от числа привитых. Как видим, в данном случае риск причинения вреда весьма невелик, но норма ст. 1079 ГК РФ позволяет возложить риск возмещения вреда на лечебное учреждение, что представляется несправедливым.

Полагаю, что медицинское учреждение должно освобождаться от ответственности, если вред наступил вследствие так называемого несчастного случая, то есть, когда наступление негативного исхода нельзя было предвидеть и предусмотреть. В медико-правовой литературе называются причины наступления таких несчастных случаев, в частности, необычное анатомическое строение или врожденные аномалии строения того или иного органа (важный фактор при проведении инвазивных диагностических исследований,

---

<sup>1</sup> Решение Советского районного суда г. Брянска от 18 декабря 2009 г. по делу № 4251 (2009) // Архив Советского районного суда г. Брянска.

сопровождающихся проникновением сквозь телесную оболочку человека); атипичное течение заболевания у конкретного пациента, связанное с индивидуальными особенностями организма или особыми свойствами болезнетворного (травмирующего) агента; аллергические и токсические реакции на диагностические манипуляции и лекарственные средства; внезапные изменения показателей артериального давления (шок, коллапс) в результате индивидуальной психологической или эмоциональной реакции на оперативное вмешательство (манипуляцию) и др<sup>1</sup>. С точки зрения гражданско-правовой науки мы имеем в данном случае дело с обстоятельствами непреодолимой силы (п. 2 ст. 401 ГК РФ), которые исключают ответственность. Для оценки обстоятельств как «форс-мажорных» по аналогии можно применять норму ст. 44 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

Вместе с тем, если в лечении применяются препараты, не нашедшие значительной клинической опробации, риск побочных негативных последствий может быть возложен на исполнителя медицинской услуги. Переложить этот риск на пациента возможно с использованием норм п. 4 ст. 401 и части 2 п. 3 ст. 1064 ГК РФ (о соглашении об устранении ответственности и о получении согласия на причинение вреда, при условии полной информированности о возможных последствиях в соответствии со ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей»).

Однако, нельзя все дефекты лечения сводить к несчастным случаям, объясняя их наступление особенностями организма. Безусловно, что обычное для абсолютного большинства людей строение тела и организма дает возможность применять универсальные способы лечения. В судах

---

<sup>1</sup> Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю., Пищита А.Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских ВУЗов (изд. 2-е доп. и перераб. / Отв. ред. А.Н. Пищита. М.: "РМАПО". 2011. // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».



рассматривается большое число дел, связанных с возмещением вреда жизни и здоровью, причиненного в результате оказания медицинской помощи. По статистике наиболее существенными причинами дефектов в работе врачей являются: недостаточная квалификация медицинских работников - 24,7%; неполноценное обследование больных - 14,7%; невнимательное отношение к больному - 14,1%; недостатки в организации лечебного процесса - 13,8%; недооценка тяжести состояния больного - 2,6%<sup>1</sup>. Как эти причины влияют на ответственность соответствующих исполнителей?

Полагаем, что в случаях, когда результат лечения не достигается, а также причиняется физический вред, при квалификации медицинской помощи как услуги ненадлежащего качества следует разделять два момента, вызывающих соответствующие вопросы. Во-первых, вправе ли заказчик медицинской услуги требовать возмещения убытков в случае недостижения ее результата? Во-вторых, какую ответственность несет исполнитель в случае причинения вреда, появившегося в процессе медицинской помощи? Сразу оговоримся, что иногда причинение вреда является целью пациента, как например, в случае проведения аборт. Соответственно, согласно части второй п. 3 ст. 1064 ГК РФ ответственность лечебного учреждения в таких случаях не наступает.

В медицинской науке, если лечение не дает делаемого результата, принято говорить о так называемом неблагоприятном исходе. В связи с этим остро встает вопрос о возможности привлечения к ответственности исполнителя медицинской услуги в случае недостижения желаемого результата.

Несмотря на научно-технический прогресс, в том числе в сфере медицины, нельзя гарантировать обязательное излечение заболевания, улучшение состояния здоровья и увеличение продолжительности жизни для всех больных без исключения. В науке справедливо отмечается, что причины неблагоприятных исходов в медицине могут быть самые разнообразные -

---

<sup>1</sup> См.: Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Муздыбаев Б.М., Ромодановский П.О. Юридическая квалификация дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок - помощь практическому здравоохранению // [Электронный ресурс] [http://www.juristlib.ru/book\\_8637.html](http://www.juristlib.ru/book_8637.html) (дата обращения 21 декабря 2013 г.)

начиная от несвоевременного обращения больного к врачу по поводу своего заболевания, включая атипичное течение заболевания и заканчивая неизлечимостью данной патологии современными медицинскими средствами. Такое разнообразие причинных факторов объясняет значительные трудности, которые возникают при определении и юридической оценке неблагоприятного исхода<sup>1</sup>. Однако обязательство по оказанию медицинской услуги подчиняется общим правилам исполнения обязательства, в том числе надлежащего качества. Вместе с тем, нематериальный характер медицинской услуги, объектом которой является организм человека, важными свойствами которого является состояние здоровья, как нематериального блага, вызывает сложности в квалификации ее как надлежащей или ненадлежащей.

Проблема осложняется также тем, что норма ст. 779 ГК РФ, которая регулирует и медицинские услуги, не предусматривает необходимости достижения определенного результата, то есть законодателем презюмируется, что для заказчика правовое значение имеет сама деятельность. Однако, естественно, это не совсем так. Заключая договор оказания любой услуги, субъект предполагает достижения определенного эффекта, как в случае с медицинскими услугами – излечение, выздоровление, облегчение состояния или страданий и т.д. Однако, исходя из логики закона этот социально-экономический эффект медицинской услуги не имеет правового значения.

Сказанное свидетельствует о рисковом характере услуги<sup>2</sup>. Из этого следует два основных вывода: во-первых, риск недостижения результата услуги лежит на заказчике при условии надлежащего совершения действий исполнителем, во-вторых, необходимо определить критерии, позволяющие считать эти действия надлежащими.

### Критерии качества медицинской услуги

---

<sup>1</sup> Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю., Пищита А.Н. Указ. соч. // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

<sup>2</sup> См.: Галь И.Г. О риске недостижения результата медицинской услуги и критериях ее качества // Российское правосудие. 2014. № 1. С. 18–23.

Установление требований к качеству услуг в силу их нематериального характера делает трудной задачу оценить их качество. В.В Кулаков называет следующие факторы, которые будут способствовать надлежащему исполнению обязательства по оказанию услуг: *во-первых*, установление требований к исполнителю (лицензирование, аккредитация, страхование ответственности и др.); *во-вторых*, максимально возможная регламентация самого процесса деятельности исполнителя и сотрудничества заказчика услуги (алгоритма поведенческих актов); *в-третьих*, установление требований к безопасности услуг, что особо актуально в отношении услуг, в которых объектом выступает человек (ученик, пациент, турист и т.д.)<sup>1</sup>. Исходя из сказанного в качестве критериев качества медицинской услуги можно назвать.

1) Наличие у исполнителя (его работников) надлежащей квалификации.

2) Соответствие деятельности исполнителя императивным требованиям, установленным в договоре или государственном стандарте.

Таким образом, достижение надлежащего качества медицинской услуги возможно по двум направлениям: *во-первых*, путем установления требований к исполнителю, достигаемое лицензированием, аккредитацией и т.п. правовыми средствами, *во-вторых*, путем установления требований к самой деятельности врача.

Соответственно, будем предполагать некачественной медицинскую помощь, если она оказана ненадлежащим субъектом и ненадлежащим способом.

Оптимально, когда качество достигается комбинированным применением указанных правовых средств.

Требования к квалификации исполнителей устанавливаются как лицензированием, так и определением порядка оказания медицинской помощи. Кроме того, медицинское учреждение должно иметь в штате врачей надлежащей квалификации.

---

<sup>1</sup> Кулаков В.В. К проблеме определения качества услуги // Коммерческое право. 2010. № 1. С. 63-65.

Следующий критерий определения надлежащего качества медицинской услуги – это соблюдение порядка, алгоритма медицинских вмешательств. Это достигается установлением стандартов медицинской помощи.

В новом Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены основы нормативного определения объемов и содержания оказываемой медицинской помощи (глава 5). Законодатель предусмотрел, что с 1 января 2013 г. медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Таким образом, деятельность по оказанию медицинской услуги основывается на двух нормативных составляющих: порядке и стандарте оказания соответствующей медицинской помощи, которые должны быть утверждены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (в настоящее время – Министерство здравоохранения РФ) по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний).

Порядок оказания медицинской помощи предусматривает:

- 1) этапы ее оказания медицинской;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения – исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Как видим, данный порядок носит организационный характер и по природе соответствует стандартам ISO 9000, которые, как известно, устанавливают требования к менеджменту организаций. То есть, порядок наряду с лицензированием устанавливает требования к субъекту медицинской услуги.

Стандарт, в свою очередь, включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- 6) иного – исходя из особенностей заболевания (состояния).

Как видим, стандарты в какой-то мере определяют параметры медицинских вмешательств, но напрямую не устанавливают алгоритм непосредственного вида медицинской помощи как системы медицинских вмешательств, манипуляций, например, проведения хирургической операции. То есть стандарт оставляет поле для врачебного усмотрения. Безусловно, в каждом конкретном случае врач будет самостоятельно определять ход лечения. В данной связи следует согласиться с высказыванием Ю.Д. Сергеева и Ю.В. Бисюк о том, что «поскольку врачевание – это творческий процесс, то и медицинскую помощь конкретному пациенту нельзя предписывать формализованными схемами.

Исходя из этого, стандарты медицинской помощи могут применяться только для экономических расчетов, но никак не для оценки качества медицинской помощи»<sup>1</sup>. Решение о проведении того или иного вмешательства, диагностических исследований, о назначении лекарственных препаратов, указанных в стандарте медицинской помощи, принимается лечащим врачом с учетом состояния больного, течения заболевания, фиксируется в первичной медицинской документации (медицинской карте стационарного больного) и подтверждается письменным согласием пациента.

Несложно заметить, что указанные нормативные акты не содержат регламентации всего комплекса мероприятий, осуществляемых при применении данного метода лечения. Поэтому не представляется возможным опираться лишь на разработанные стандарты для определения дефектности оказания медицинской помощи в силу наличия индивидуальных особенностей любых процессов лечения в каждой отдельно взятой ситуации.

Вместе с тем порядок и стандарт выступают как императивные регламенты, обеспечивающие качество медицинской помощи. За последнее время принято значительное число стандартов и правил оказания разных видов медицинского вмешательства, которые конкретизируют исследуемые услуги<sup>2</sup>.

Более того, следует иметь в виду, что даже соблюдение стандартов и обоснованное вмешательство в пределах врачебного усмотрения не приведут к желаемому результату или даже к причинению вреда пациенту, если будет совершена ошибка при проведении *диагностики* заболевания.

Так, решением Советского районного суда г. Брянска в пользу К. было взыскано в качестве компенсации морального вреда с МУЗ «Климовская центральная районная больница» 250 тыс. руб. и с ГУЗ

---

<sup>1</sup> Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Стандарты оказания медицинской помощи: роль и значение для следственно-судебной практики // Российский судья. 2007. № 4. С. 26-28.

<sup>2</sup> Отметим что в за последние несколько лет были приняты ряд нормативных актов, регламентирующих порядок оказания отдельных видов медицинской помощи. См. приказы Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 г. № 69н, от 18 января 2012 г. № 17н от 7 декабря 2011 г. № 1496н, от 16 марта 2010 г. № 151н, от 22 июля 2011 г. № 791н, от 9 октября 2009 г. № 819н и др.

«Патологоанатомический институт» 500 тыс. руб.<sup>1</sup> Иск к указанным медицинским учреждениям был вызван причинением вреда здоровью К., выразившегося в удалении детородных органов и, следовательно, невозможности иметь детей. Как было установлено судом, К. был поставлен ошибочный диагноз в онкологическом заболевании (эндомиетриальная стромальная саркома), в результате чего в ГУЗ «Брянский областной онкологический центр» была проведена операция по удалению матки, шейки матки, придатков и проведена лучевая терапия. К., усомнившись в правильности диагноза, направила послеоперационный материал, взятый в Климовской ЦРБ и ГУЗ «Брянский областной онкологический центр» на исследование в ГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН». Как оказалось, образцы материала, взятого в Климовской ЦРБ К. не принадлежат. У К. злокачественной опухоли обнаружено не было. Как оказалось, указанный материал принадлежал мужчине. Ошибка была допущена врачом-патологоанатомом. Как показала дополнительная судебно-медицинская экспертиза, наличие у врача высшего образования, специальной подготовки по патологической анатомии, высшей квалификационной категории, предполагает возможность на основании гистохимического исследования установления правильного морфологического диагноза.

Сказанное подтверждает вывод о системном, комплексном характере медицинской услуги, которая предполагает не только качественное лечение, но и диагностику. Все медицинские вмешательства и манипуляции направлены на достижение цели выздоровления и другого положительного эффекта.

Важным является установление причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и негативными последствиями для здоровья пациента, иными словами – стало ли хуже после медицинского вмешательства и что было бы, если бы такого вмешательства не было?

---

<sup>1</sup> Решение Советского районного суда г. Брянска по делу № 2-5 (2010) от 3 августа 2010 г. // Архив Советского районного суда г. Брянска.

Насколько оправданы выбранные методы лечения? При этом следует учитывать исходное состояние здоровья пациента до медицинского вмешательства и после него. Дать оценку отсутствия или наличия причинно-следственной связи между действиями врача и негативными последствиями может соответствующая экспертиза, а также специально создаваемые врачебные комиссии.

Процессы стандартизации медицинского обслуживания, свойственные экономически развитым странам, формируют ориентиры совершенствования медицинской помощи, самоконтроля в деятельности медицинских работников, также обеспечения защиты населения от некачественного вмешательства и формирования адекватного ресурсного обеспечения. В целях обеспечения качества оказываемой гражданам медицинской помощи ВОЗ предлагает учитывать четыре компонента:

- выполнение профессиональной функции (техническое качество);
- использование ресурсов (эффективность);
- удовлетворенность пациента медицинским вмешательством;
- контроль степени риска в результате медицинских вмешательств.

Медицинские стандарты нацелены на оптимизации лечебно-диагностического процесса, также используются для оценки деятельности врачей на уровне лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций путем сопоставления и расчета показателей соответствия, качества, дефектности и т.д.

По определению ВОЗ, медицинская помощь считается качественной, если она эффективна, адекватна, своевременна и находится на высоком научно-техническом уровне. Ст. 4 Закона «О защите прав потребителей» устанавливает, что качество услуги должно соответствовать условиям договора при отсутствии или неполноте условий договора о качестве, целям использования, обязательным требованиям стандартов. В юридической литературе под качеством услуги подразумевается «совокупность свойств и характеристик продукции или услуг, которые определяют их способность



удовлетворять установленным или предлагаемым требованиям»<sup>1</sup> или «совокупность свойств и характеристик услуги, определяющих меру ее полезности для потребителя». Полезность медицинской услуги для пациента представляет не сам по себе процесс лечения, а получение длительного и устойчивого во времени эффекта лечения, а именно - устранение психофизиологических негативных явлений собственного организма, которые послужили поводом для необходимости получения медицинской услуги. В то же время, учитывая правовую характеристику медицинской услуги как предмета договора, признак достигаемости цели в каждом конкретном случае лишь подразумевается, но не является обязательным. Согласно мнению А.В. Тихомирова «... врач не может нести ответственность за не наступление ожидаемого пациентом результата, если сделал все, что мог и должен был сделать. Услуга завершается в момент окончания действий по принятым обязательствам, а не в момент наступления результата»<sup>2</sup>. Ученый полагает, что следует оценивать качество медицинской услуги через определение полноты и добросовестности самих действий исполнителя услуги в независимости от наличия полезности медицинской услуги.

Рассмотрим конкретный пример из судебной практики. Г. обратилась в суд с иском к медицинскому учреждению. В заявлении Г. указывала, на некачественность оказанной медицинской услуги, и требовала уменьшить сумму расходов, понесенных ею для оплаты операции мужа, в результате которой он умер. В частности, в исковом заявлении она указала, что исполнитель обязан оказать услугу, качество которой подтверждается договором. В договоре пункта о качестве не было, также не было даже указания на соответствие услуги каким-либо стандартам, следовательно, исполнитель обязан оказать услугу, пригодную для целей, для которых услуга такого рода обычно используется. Цель операции - продление жизни человека. Итогом проведения данной операции явилась смерть, следовательно, по мнению

---

<sup>1</sup> Найгавзина Н.Б., Астаецкий А.Г. Качество медицинской помощи и его экспертиза // Экономика здравоохранения. 1998. № 2. С. 35.

<sup>2</sup> Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. М.: Статут, 1998. С.225.

истицы, операция была проведена некачественно.

Решением Советского районного суда г. Волгограда Г. в иске отказано. Суд постановил, что были выполнены все необходимые методы исследования с учетом специфики операционного вмешательства и состояния здоровья пациента. Операция, выполненная пациенту, полностью соответствует стандартам и методикам мировой кардиохирургической практики, следовательно, эти факты указывают на то, что медицинская услуга была оказана надлежащего качества. В данном случае определение качества произошло через необходимую оценку соответствия действий врачей международным стандартам и оценку медицинских мероприятий, которые в этом случае произвел исполнитель<sup>1</sup>.

Вопрос о контроле за обеспечением надлежащего качества медицинской услуги требует отдельного рассмотрения, в качестве же основного вывода отметим, что если действия исполнителя медицинской услуги и его квалификация соответствуют установленным требованиям, то услуга презюмируется выполненной надлежаще, даже если желаемый результат не был достигнут.

Контроль и надзор в сфере качества медицинских услуг в РФ относится к полномочиям Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Согласно справедливому замечанию специалистов данной области «сформировавшееся за многие десятилетия потребительское отношение населения к медицине на фоне недостаточно текущего финансирования здравоохранения, слабой материально-технической базы и низкого уровня оплаты труда медицинских работников сопровождается ростом неудовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг. В этих условиях проводимая реформа финансирования здравоохранения, направленная на переход от сметных к страховым принципам, не может быть успешно выполненной без осуществления контроля качества обеспечения

---

<sup>1</sup> Решение Советского районного суда г. Волгограда от 23 апреля 2003 г. по делу № 321/2003 // Архив Советского районного суда г. Волгограда.

государственных гарантий медицинской помощи»<sup>1</sup>. Существуют такие, например, показатели качества услуги, как: доступность, уровень сервиса, стоимость. Общим показателем качества услуги является - наступление положительного результата после оказания медицинской услуги. Важно учитывать, тот факт, что результат не всегда проявляется сразу после проведения медицинских мероприятий, а в определенных случаях - через некоторое время. При этом, качество медицинской услуги может зависеть от исполнителя, а также от состояния здоровья пациента и от конкретных обстоятельств, при которых услуга оказывается.

В Российской Федерации вопросами разработки и реализации целевых программ улучшения качества медицинской помощи в России занимается Федеральный научно-методический центр обеспечения качества медицинской помощи<sup>2</sup>, который подготовил методические рекомендации по организации ведомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации. Но при этом, в указанных рекомендациях и правовых актах, содержащих нормы, посвященные вопросам качества услуг, речь в основном идет о критериях качества контроля, а не о критериях качества медицинских услуг.

В частности в них указывается, что система ведомственного контроля качества медицинской помощи должна включать такие элементы:

- экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;
- изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой

---

<sup>1</sup> Хабриев Р.У., Юрьев А. С., Верткин А.Л., Никонов Е.Л. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов // Главврач. 2006. № 7. [Электронный ресурс] // <http://www.lawmix.ru/medlaw/16652> (дата обращения 21 декабря 2013 г.)

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 1999 г. № 173 «Об организации научно-методического центра обеспечения качества медицинской помощи» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

здравоохранения;

расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, а также другие.

Закон «О защите прав потребителей» в соответствии со ст.4 также содержит право граждан на получение качественных услуг, а ст. 18 закрепляет положения, регулирующие последствия оказания некачественных услуг. Тем не менее, указанный закон не содержит норм, которые точно определяли бы критерии качества оказываемых услуг (работ). Проведя анализ правовых актов, можно сделать вывод о том, что пока нет законодательно закрепленных строго установленных критериев качества медицинских услуг.

В п. 3.3.1 Правил сертификации работ и услуг в Российской Федерации<sup>1</sup> определены критерии оценки качества работ и услуг, также предусмотрена: оценка мастерства исполнителя работ и услуг, оценка процесса выполнения работ и оказания услуг, анализ состояния производства, оценка организации - исполнителя работ и услуг, рассмотрение декларации о соответствии с прилагаемыми документами.

С.А. Столяров полагает, что медицинской услуге присущи три составляющих качества:

качество структуры, которое означает возможность лечебно-профилактических учреждений оказывать медицинские услуги на высоком уровне, а именно: квалификация медицинских кадров, наличие необходимого оборудования, состояния зданий, помещений, лекарственное обеспечение, финансирование;

- качество результата - подразумевающее соотношение фактически достигнутых результатов с прогнозируемыми;

- качество технологии, подразумевающее оптимальность комплекса лечебно-диагностических мероприятий, оказанных больному<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Постановление Госстандарта РФ от 5 августа 1997 г. № 17 "О принятии и введении в действие Правил сертификации" // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 1998. № 8.

<sup>2</sup> Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и

Д.И. Степанов утверждает, что о качестве услуг можно говорить только тогда, когда на практике «будет использоваться модель «среднего человека», то есть признаки качества услуг будут выявляться с точки зрения обычного среднестатистического гражданина при сходных обстоятельствах в процессе оказания аналогичных услуг»<sup>1</sup>.

Полагаем, что наиболее значимыми критериями оценки качества медицинской услуги являются:

- квалификация исполнителя, зависящая от уровня его теоретической подготовки, практического опыта;

- соответствие фактического результата прогнозируемому;

- техническая оснащенность медицинской организации, а именно: наличие современного оборудования, лекарств, инструментов и т.д.

- полнота производства и правильность обследования, диагностики и лечения;

своевременность оказания медицинской услуги (учитывая исходное состояние пациента на момент обращения за оказанием медицинской услуги).

Согласно ч.2 ст. 779 ГК РФ правовое регулирование договоров на оказание медицинских услуг осуществляется нормами, изложенными в главе 39 ГК РФ. Однако эта глава не содержит специальных норм, регламентирующих качество услуг в договорных отношениях. В данной ситуации для ликвидации правового пробела необходимо воспользоваться методом законодательной аналогии, позволяющей применять нормы, регулирующие сходные правоотношения (ст. 6 ГК РФ). К таким нормам можно отнести общие положения о подряде и положения о бытовом подряде, не противоречащие предмету договора возмездного оказания услуг (ст. 783 ГК РФ)<sup>2</sup>.

Все вышесказанное позволяет нам предложить закрепить перечень критериев оценки качества оказываемых гражданам медицинских услуг в

---

аспекты управления. Барнаул, 2002. С. 55-56.

<sup>1</sup> Степанов Д.И. Услуги как объект гражданских прав: Дисс. канд. юрид. наук. М., 2004. С. 173.

<sup>2</sup> Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Ответственность за правонарушения в медицине. М.: МЦЭФР, 2006. С. 150.

законодательстве, например, в Законе «О защите прав потребителей», либо в ГК РФ путем внесения соответствующих дополнений в ст. 779 ГК РФ следующего содержания: «Ответственность за причинение вреда в результате оказания услуги возлагается на исполнителя, если им нарушен порядок совершения действий, предусмотренный законом, правовым актом или договором, а также если исполнитель осуществлял эти действия без необходимого разрешения (лицензии)».

При обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги согласно Закону РФ "О защите прав потребителя" пациент (потребитель) имеет право на: безвозмездное устранение недостатков оказанной услуги; соответствующее уменьшение цены оказанной услуги; безвозмездное повторное оказание услуги; возмещение понесенных расходов, связанных с устранением недостатков оказанной услуги; расторжение договора об оказании услуги и требования полного возмещения причиненных в связи с недостатками оказанной услуги убытков.

Ответственность в случае причинения вреда.

Второй вопрос, заданный нами ранее – какова ответственность исполнителя медицинской услуги в случае причинения неоправданного вреда пациенту? М.М. Агарков называл вредом «...всякое умаление того или иного личного или имущественного блага»<sup>1</sup>. Определение размера вреда весьма важная задача, как отмечали В.Т. Смирнов и А.А. Собчак, «вред сохраняет свое значение меры ответственности, объективно определяя его верхнюю границу»<sup>2</sup>.

Полагаю, что если в процессе оказания медицинской услуги был причинен вред, то ответственность наступает только при наличии всех четырех ее условий (вред, противоправное деяние, причинно-следственная связь между

---

<sup>1</sup> Агарков М.М. Возникновение обязательства из причинения вреда // Гражданское право. М.: Госюриздат, 1944. Т. 1. С. 332.

<sup>2</sup> Смирнов В.Т., Собчак А.А. Понятие источника повышенной опасности // Сов. юстиция. 1988. № 18. С.58-59.

ними и вина). На наш взгляд, деликт в данном случае выражается в деянии, которое в практике принято называть врачебной ошибкой.

Действовавшими до 2012 года Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан закреплял право медицинских и фармацевтических работников на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей". То есть, законодатель признавал возможность совершения медицинскими работниками профессиональных ошибок, т.е. врачебных (медицинских) ошибок. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" термин "профессиональная ошибка" не используется, но остается широко распространенным.

Некоторые авторы предлагают понимать врачебную ошибку как собирательное понятие, которое используется при анализе лечебно-профилактической деятельности, выявлении причин неблагоприятных исходов в медицинской практике<sup>1</sup>. Некоторые – не признают противоправного характера таких действий: «врачебная ошибка – это добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача», «досадный во врачебной деятельности»<sup>2</sup>.

Полагаю, что данные подходы не вносят ясности в вопрос квалификации действий врача как противоправные (правомерные). На наш взгляд, употребление термина «врачебная ошибка» уместно, но только как противоправного деяния, которое можно квалифицировать при наличии оснований и как деликт, и как преступление. Обязательным условием для этого должна быть вина медицинского учреждения (в том числе за действия

---

<sup>1</sup> См.: Кибкало А.П., Мохов А.А., Саямов К.Ю. Определение понятий «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение // Медицинское право. 2003. № 4. С. 38–41.

<sup>2</sup> Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3. С. 3–10.

работника). Полагаю необоснованной точка зрения, имеющая место в науке, что гражданско-правовая ответственность исполнителя медицинской услуги должна наступать вне зависимости от вины причинителя вреда<sup>1</sup>.

Термин «профессиональная ошибка», имевший место в прежнем законодательстве, по смыслу близко к понятию «страховой случай» (ст. 942 ГК РФ), что соответствует упоминавшемуся ранее несчастному случаю.

Э.М. Алсынбаева полагает, что врачебная ошибка проявляется в виде заблуждения исполнителя медицинской услуги в отношении характера и объема необходимой для восстановления или поддержания здоровья больного медицинской помощи либо в виде ненадлежащего оказания или неоказания соответствующей медицинской помощи<sup>2</sup>. Следует в целом согласиться с ученым. Именно ненадлежащее оказание или неоказание помощи вступает в качестве объективной стороны соответствующего правонарушения. Конкретные формы такого деяния могут выражаться в ненадлежащем осуществлении диагностики, лечения, реабилитации больного, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства<sup>3</sup>. При этом ошибки могут совершаться разными работниками медицинского учреждения, что в силу нормы ст. 403, 1068 ГК РФ не освобождает его от ответственности. В литературе отмечается, что понятие «дефект медицинской помощи» является собирательным, поэтому отражает квалификационные признаки деятельности не только лечащего врача, но и всего лечебно-профилактического учреждения и его работников. Данное положение легло в основу классификации, предложенной авторами. В системе дефектов ими выделяются: 1) дефекты общей организации медицинской помощи; 2) дефекты, возникающие в процессе осуществления

---

<sup>1</sup> Алсынбаева Э.М. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг по трансплантологии органов и тканей человека: Дисс. канд. юрид. наук. Уфа, 2013 С. 123-124.

<sup>2</sup> Алсынбаева Э.М. Указ. соч. С.121.

<sup>3</sup> См.: Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. 2002. № 5. С. 7–11.



врачами лечебно-диагностических мероприятий; 3) дефекты, возникающие в процессе осуществления лечебно-диагностических мероприятий средним медицинским персоналом; 4) дефекты, связанные с действиями иных работников ЛПУ<sup>1</sup>.

Несмотря на то, что нормы о возмещении вреда жизни и здоровью текстуально расположены в главе 59 ГК РФ (посвященной внедоговорной ответственности), полагаю, что такая ответственность носит договорный характер. Данный вопрос в науке является спорным. В одном из учебников гражданского права указано, что «при продаже товара ненадлежащего качества у покупателя возникает ряд прав, в число которых входит и его право требовать от продавца возмещения убытков. Данное право носит договорный характер и реализуется в рамках договора купли-продажи. Но если из-за наличия в купленном товаре недостатков причинен вред жизни, здоровью или имуществу покупателя, отношения сторон, возникающие по поводу возмещения такого вреда, квалифицируются как внедоговорные»<sup>2</sup>. Встречаются упоминания о недопустимости конкуренции исков о применении договорной и деликтной ответственности. В этом случае может быть заявлен лишь иск о применении ответственности за нарушение обязательства<sup>3</sup>. На наш взгляд, для квалификации соответствующего иска как договорного или внедоговорного следует учитывать юридическую природу соответствующего отношения. Так, договор купли-продажи имеет целью передать товар, таким образом, его объект с личностью кредитора не связан. В медицинской же услуге – объектом ее приложения служит сам человек, соответственно врач воздействует на организм пациента в рамках исполнения договорного обязательства. На самом деле, речь идет лишь о юридической технике. Вред, причиненный в результате оказания

---

<sup>1</sup> См.: Ответственность за правонарушения в медицине: учебное пособие / Под ред. О.Ю. Александрова и др. М.: Академия, 2006. С. 167.

<sup>2</sup> Гражданское право: учебник: в 3 т. Т. 3/ Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Велби, Проспект, 2006. С. 71.

<sup>3</sup> См.: Мнацаканян А.С. Гражданско-правовая ответственность исполнителя медицинских услуг: Дис. ... канд. юрид. наук. Краснодар, 2008. С. 55.

медицинских услуг, порождает возникновение договорной ответственности. Однако в силу «удобства», в данном случае подлежат применению нормы главы 59 ГК РФ. Соответственно, кроме норм о деликтной ответственности для защиты прав потерпевших будут применяться и соответствующие нормы части первой ГК РФ.

В случае виновного<sup>1</sup> неисполнения обязанности по оказанию качественной и своевременной медицинской помощи исполнитель по общему правилу должен возместить пациенту убытки. Согласно ГК РФ под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права; утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которое это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

В данном ключе имущественное (материальное) выражение вреда, причиненного здоровью пациента, может быть связано с утратой заработка (полной или частичной), а также с несением дополнительных расходов (ст. 1085 ГК РФ).

Размер утраченного заработка устанавливается в соответствии с величиной (процентом) утраты профессиональной трудоспособности. Необходимость в дополнительных расходах подтверждается заключением судебно-медицинской экспертизы. Они могут понадобиться на усиленное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств и др. Кроме того, в случае смерти пациента по вине медицинского учреждения возмещаются также расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы (ст. 1094 ГК РФ).

---

<sup>1</sup> Преюдициальным фактом, подтверждающим некачественность медицинской услуги, совершенной без лицензии, является решение суда о привлечении руководителя организации к административной ответственности по ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ. См., например, Постановление Верховного Суда РФ от 27 августа 2012 г. № 16-АД12-7 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

Моральный (неимущественный) вред - это причиненные в результате противоправных действий физические и нравственные страдания. Такой вред подлежит возмещению в денежной или иной материальной форме в размере, определенном судом<sup>1</sup>.

Неимущественный вред взыскивается независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда. При определении размера компенсации в случаях причинения морального (неимущественного) вреда целесообразно руководствоваться степенью тяжести вреда, причиненного здоровью.

Кроме того, обратим внимание на необходимость учета при возложении ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи решений медицинских комиссий, действующих в медицинских организациях. Как отмечалось, согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н на врачебные комиссии возложены обязанности по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации), а также рассмотрению обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации. Как и в случаях деликтной ответственности, по ряду оснований исполнитель медицинской услуги может освобождаться от ответственности за нарушение условий договора<sup>2</sup>. Такими основаниями являются действие непреодолимой силы (чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств) (п. 3 ст. 401 ГК РФ), отсутствие вины исполнителя (соблюдение необходимой степени заботливости и осмотрительности) (абзац второй п. 1 ст. 401 ГК РФ), нарушение потребителем установленных правил, что можно расценивать как вину

---

<sup>1</sup> Новоселов В.П. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников. [Электронный ресурс] <http://www.pravo-med.ru/articles/medlaw/6929/> (дата обращения 4 апреля 2011 г.)

<sup>2</sup> Пашинян Г.А., Беляева Е.В., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О. Права пациентов и ответственность медицинских работников в рамках гражданско-правовых отношений при оказании медицинской помощи. [Электронный ресурс] <http://ncme-rma.ru/materials/50-prava>.

кредитора (си. 404 ГК РФ), невыполнение исполнителем условий договора по основаниям, которые позволяют ему расторгнуть договор.

Заметим также, что гарантиям прав и законных интересов пациентов является страхование ответственности медицинских организаций за вред причиненный при осуществлении медицинских вмешательств. О.Н. Лебединец по этому поводу отмечает, что система ОМС даже при переходе на одноканальное финансирование медицинских организаций по полному тарифу не сможет взять на себя дополнительно значительные финансовые расходы, связанные со страхованием гражданской ответственности медицинских организаций. Страхование ответственности не предусмотрено страховыми платежами системы обязательного медицинского страхования. К тому же ни фонды ОМС, ни страховые медицинские организации не являются и не станут собственниками медицинских организаций, не могут быть причинителями вреда жизни и здоровью в результате профессиональной медицинской деятельности, а значит, им не грозит гражданско-правовая ответственность в случае причинения такого вреда<sup>1</sup>. Полагаем, с ученым следует согласиться.

#### Выводы.

Основная обязанность исполнителя заключается в оказании качественной и своевременной медицинской помощи. Однако согласно ст. 779 ГК РФ риск недостижения результата, который преследует пациент, лежит на нем.

Деятельность врача зачастую является опасной и непредсказуемой, соответственно возникает возможность квалификации ее как источника повышенной опасности. Категория владения, упомянутая в норме ст. 1079 ГК РФ, означает, что медицинская помощь может быть квалифицирована в качестве источника повышенной опасности только, если в ее процессе применяются вещи - инструменты, лекарства, инъекции или их системная совокупность, объединенная тем или иным методом лечения, при

---

<sup>1</sup> Лебединец О.Н. Перспективы и проблемы развития законодательства о страховании гражданской ответственности медицинских организаций // Социальное и пенсионное право. 2009. № 1. С. 42.

невозможности полного контроля исполнителем за проявлением их опасных свойств. Следовательно, если в лечении применяются препараты, не прошедшие значительной клинической проверки в части проявления побочных опасных последствий, риск их наступления возлагается на исполнителя медицинской услуги, являющегося владельцем таких препаратов. Переложение такого риска на пациента возможно на основании норм п. 4 ст. 401 и части второй п. 3 ст. 1064 ГК РФ при условии полной информированности о возможных последствиях в соответствии со ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей».

Риск недостижения результата обязательства по оказанию медицинской услуги лежит на заказчике при условии надлежащего совершения действий исполнителем. В качестве критериев качества медицинской услуги можно назвать наличие у исполнителя (его работников) надлежащей квалификации, а также соответствие деятельности исполнителя императивным требованиям, установленным в договоре или государственном стандарте. Таким образом, достижение надлежащего качества медицинской услуги возможно по двум направлениям: во-первых, путем установления требований к исполнителю, достигаемое лицензированием, аккредитацией и т.п. правовыми средствами, во-вторых, путем установления требований к самой деятельности врача. Некачественной будет предполагаться медицинскую помощь, если она оказана ненадлежащим субъектом и ненадлежащим способом.

### 3.2. Права и обязанности пациента

Проблема защиты прав пациентов, а также определения их обязанностей является весьма актуальной. В законодательстве имеется ряд норм, в которых они нашли закрепление. Так, в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеется специальная глава 4,

соответствующие нормы закреплены в законах «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О лекарственных средствах». Предусмотренные в законодательстве права и обязанности пациентов носят разноотраслевую природу, зачастую декларативны, что может привести к затруднениям при выборе соответствующих правовых средств их защиты.

Среди 12 пунктов упоминаемого ранее Билля о правах пациента, принятого Американской больничной ассоциацией в 1971 г., упоминаются такие как: право проверить предъявленный ему счет, отказаться от участия в клинических испытаниях новых лекарств и др. В этом документе закреплён этический подход применительно ко всей клинической медицине (а не только на экспериментальные исследования): каждый пациент имеет право знать о состоянии своего здоровья, и медицинская помощь может оказываться только на основе его добровольного согласия. Такой подход в современной медицине называется «принцип информированного согласия».

Зарубежный опыт регулирования отношений в этой части представляет интерес. Так, любой пациент госпиталя штата Нью-Йорк имеет право ознакомиться с правами пациента (при необходимости госпиталь обязан даже предоставить в числе прочих услуги переводчика, социального работника, представителя администрации и т.п.); пройти курс лечения в полном объеме без дискриминации по признаку расы, инвалидности, сексуальной ориентации, пола, наличия средств; получить экстренную помощь в случае необходимости; на внимательное и уважительное отношение к себе, а также на обстановку, свободную от некомфортных ограничений; иметь доступ к любой информации, включая фамилии, имена и должности лечащих врачей, имена, должности и обязанности любого сотрудника госпиталя, участвующего в лечении, а также на отказ от их участия в обследовании, лечении и наблюдении за вами; быть помещенным в палату для некурящих; иметь доступ к полной информации о диагнозе, лечении, прогнозе болезни; иметь доступ к полной информации для дачи согласия на предлагаемую процедуру или лечение, включая возможную

степень риска и пользу от предлагаемой процедуры или курса лечения; иметь полный доступ к устной или письменной информации по поводу дачи тем или иным лицом согласия на вашу реанимацию с наступлением недееспособности; отказаться от лечения без объяснения причин; отказаться от участия в экспериментальном исследовании (для принятия решения об участии или отказе имеете право получить полную информацию об этом исследовании); на уединение и конфиденциальность (сохранение в тайне всей информации и записей, касающихся вас лично); участвовать во всех решениях по поводу вашего лечения и его оплаты (госпиталь также обязан предоставить письменный план и разъяснение, как и к кому можно апеллировать); бесплатно ознакомиться со всеми записями о лечении и на выдачу копий (вам не могут отказать в копиях, даже если вы не в состоянии оплатить этот вид услуг); получить полный перечень и объяснение всех цен по оплате лечения и предоставленным услугам; подавать жалобы без опасений, что к вам изменится отношение или ухудшится обслуживание; на письменный ответ из госпиталя на ваш запрос, а госпиталь обязан снабдить вас соответствующими номерами телефонов, по которым вы сможете обжаловать действия служащих госпиталя; информировать администрацию госпиталя (вашего отделения) об очередности посещений близкими в зависимости от состояния здоровья; информировать (устно или письменно, по договоренности или имеющейся в госпитале донорской карте) госпиталя или иных организаций и лиц о разрешении (или желании) использовать после смерти внутренних органов в медицинских целях<sup>1</sup>.

Можно различать права граждан в области охраны здоровья, права отдельных групп населения в области охраны здоровья, права пациентов<sup>2</sup>. В свою очередь полагаем, что закрепление в законе прав и обязанностей простым перечислением без учета их назначения в правовом регулировании и отраслевой принадлежности не вполне обоснованно. На наш взгляд, такие

---

<sup>1</sup> См.: <http://ijxw.com/bill-o-pravah-pacientov/>

<sup>2</sup> См.: Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. СПб: Юридический центр Пресс, 2004. – 572 с.

права следует разделять на организационные (направленные на обеспечение права на защиту), и на гражданско-правовые, то есть непосредственно вытекающие из соответствующего обязательства.

Как отмечалось, в случае возникновения соответствующего обязательства, гражданин становится пациентом. По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан», закреплено, что каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования<sup>1</sup>. Право на бесплатную медицинскую помощь гарантировано российским законодательством. С 2011 года действует Закон об обязательном медицинском страховании (далее – Закон об ОМС), который позволяет получать бесплатную медицинскую помощь и в частных организациях по выбору пациента.

Согласно п. 5 ст. 18 Федерального закона «Об охране здоровья» пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

---

<sup>1</sup> В ряде случаев гражданам необходима срочная доврачебная помощь. Согласно Приказу Минздрава РФ от 26 марта 1999 г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» служба скорой медицинской помощи выполняет основные задачи: оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Соответственно каждый гражданин в случае соответствующего заболевания имеет право на доврачебную помощь и доставку в стационар.



- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Как видим, практически все перечисленные права, за исключением двух последних, имеют прямое отношение к обязательству по оказанию медицинской услуги.

Кроме того, заказчик имеет право на односторонний отказ от исполнения услуги при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов (реальный ущерб) (ст. 782 ГК РФ). Заметим, что такое право коррелируется с правом на отказ от медицинского вмешательства, закрепленного в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья». В законодательстве закреплены основания для изменения и расторжения договора на оказание платных медицинских услуг. Во-первых, это возможно по соглашению сторон (ст. 450 ГК РФ); во-вторых, пациент вправе расторгнуть договор в случае, если

им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора (п. 2 ст. 450, ст. 715 ГК РФ), если в установленный договором срок исполнитель не устранит недостатки оказанной услуги. Наконец, в-третьих, пациент (заказчик) вправе в любой момент в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора на оказание медицинской помощи при условии оплаты исполнителю суммы фактически понесенных им расходов (ст. 717 и 782 ГК РФ). Кроме того, возможно прекращение договора в связи с обстоятельствами непреодолимой силы (ст. 451 ГК РФ)

Договор считается расторгнутым и в случае одностороннего отказа от исполнения договора (полностью или частично), когда такой отказ допускается законом или соглашением сторон (ст. 450 ГК РФ). Основание для изменения и расторжения договора - существенное изменение обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора (ст. 451 ГК РФ). Изменение и расторжение договора может производиться и по другим основаниям, предусмотренным законодательством или указанным в самом договоре (по согласию сторон либо по решению суда). Требование об изменении или расторжении договора может быть заявлено стороной в суд в следующих случаях: после получения отказа другой стороны на предложение изменить или расторгнуть договор, если ответ не получен в срок, указанный в предложении или установленный законом либо договором, а при его отсутствии - в 30-дневный срок (ст. 452 ГК РФ).

Граждане имеют право на первичную, скорую и специализированную медицинскую помощь. Скорая медицинская помощь оказывается при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Она осуществляется специальной службой государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками и лицами, обязанными ее

оказать по закону или специальному правилу. При оказании скорой медицинской помощи полис ОМС не требуется.

Пациент имеет право на выбор врача и медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством РФ. Важность данного права объясняется следующими основными обстоятельствами: предоставляет пациенту право лечиться у специалиста, к которому он относится с большей степенью доверия; свидетельствует о возможности получать медицинскую помощь в лечебном учреждении с лучшей оснащенностью современной аппаратурой.

Пациент имеет право на получение информации о состоянии здоровья в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Пациент сможет полноценно реализовать право на получение медицинской помощи, если будет информирован о состоянии своего здоровья<sup>1</sup>. Российское законодательство предоставляет пациентам право на информацию. Это означает, что любой человек может получить следующие сведения, касающиеся состояния его здоровья:

---

<sup>1</sup> Майер Е.О. Адвокат и врачебная тайна // Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 6. С. 60-68.

- результатах проведенного обследования;
- наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
- методах лечения и рисках, которые могут им сопутствовать;
- возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях;
- результатах проведенного лечения.

За этой информацией следует обратиться к врачу скорой медицинской помощи. Впрочем, необходимые сведения может предоставить также главный врач лечебно-профилактического учреждения. Отметим, что гражданин вправе получить не только устную консультацию, но и копии медицинских документов (карты вызова).

О неблагоприятных прогнозах развития заболевания врачи должны сообщать в деликатной форме.

В большинстве случаев сведения о состоянии здоровья сообщаются пациенту лично. Однако иногда могут быть проинформированы не сами пациенты, а их законные представители (родители, опекуны, попечители). Это касается, в частности, следующих категорий пациентов:

- детей в возрасте до 15 лет;
- больных наркоманией несовершеннолетних в возрасте до 16 лет;
- недееспособных граждан.

Отметим, что возможность получать информацию о своем здоровье – это право, но не обязанность граждан. Поэтому если пациент не хочет знать, какой ему поставлен диагноз, то принудительно сообщать ему об этом нельзя. Пациент вправе запретить сообщать ему или членам его семьи такие сведения. Более того, он может назначить доверенное лицо, которому эти сведения будут передаваться.

Вся информация о состоянии здоровья пациента, об обращении граждан за скорой медицинской помощью является врачебной тайной – ее нельзя разглашать или передавать третьим лицам без согласия гражданина или его законного представителя. Исключения из этого правила перечислены в ст. 13 п. 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

Пациент имеет право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.

Рассматривая группу прав пациентов в области медицинского страхования, важно отметить их тесную связь с действующим в России медицинским страхованием. В Федеральном законе от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определено, что граждане РФ имеют определенные права, основными из которых являются права на выбор медицинской страховой организации, медицинского учреждения и (или) врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования, на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса, на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

Кроме того, следует обратить внимание на права различных профессиональных и социальных категорий пациентов:

- права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья;
- права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья;

- права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи.

Необходимо рассматривать права и обязанности пациента во взаимосвязи. В юридическом аспекте, обязанности пациента — это все конституционные обязанности гражданина, а также его обязанности соблюдать правила внутреннего распорядка медицинского учреждения, в которое он обратился.

В законодательстве Российской Федерации обязанности пациента закрепляются в новом Федеральном законе в следующем виде:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Как видим названные права кроме последней группы носят декларативный характер, их несоблюдение не порождает для граждан никаких последствий. Обязанности последней группы с точки зрения ст. 406 ГК РФ можно квалифицировать как кредиторские обязанности. Согласно норме, закрепленной в этой статье, кредитор (то есть пациент), обязан совершить необходимые действия для того, чтобы должник (то есть исполнитель медицинской услуги) мог исполнить обязательство. В противном случае должник не считается просрочившим. Это означает, что если будет доказано, что недостижение результата медицинской услуги вызвано действиями пациента, исполнитель освобождается от ответственности.

В практике Верховного Суда РФ было дело<sup>1</sup>, которое показывает, что пациенты для защиты своих прав должны соблюдать императивные требования закона, в частности использовать надлежащие способы защиты. Субботина Т.П. обратилась в суд с иском к ООО "Академия" о взыскании убытков и компенсации морального вреда, сославшись на то, что ей ответчиком была оказана некачественная услуга по заключенному между ними договору от 4 августа 2010 г. о предоставлении платных стоматологических услуг (изготовление и установка 31 керамической коронки). После установки коронок у Субботиной Т.П. начались сильные реакции на них и воспаление десен. Истица обратилась в другую в стоматологическую клинику, где были сняты установленные у ответчика коронки и изготовлены новые. Для выяснения причин ухудшения состояния своего здоровья она обратилась в ООО "Северо-Западное независимое экспертно-оценочное бюро", предоставив для исследования установленные ответчиком коронки, где установлено, что исследованные коронки по своему химическому составу не соответствуют технологии изготовления "Ргосега. В связи с этим просила взыскать с ООО "Академия" внесенную по договору сумму, расходы по оплате экспертизы, расходы по оплате химического исследования зубной коронки, компенсацию морального вреда.

Решением Петроградского районного суда Санкт-Петербурга от 24 августа 2012 г. в удовлетворении иска отказано. Определением судебной коллегии по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда от 12 декабря 2012 г. решение Петроградского районного суда Санкт-Петербурга от 24 августа 2012 г. отменено, по делу постановлено новое решение, которым взысканы с ООО "Академия" в пользу Субботиной Т.П. денежные средства, уплаченные по договору., компенсация морального вреда, убытки и штраф.

Ответчик направил в суд кассационную жалобу на определение судебной коллегии Санкт-Петербургского городского суда, которую Судебная коллегия

---

<sup>1</sup> Определение Верховного Суда РФ от 16 июля 2013 г. № 78-КГ13-12 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

по гражданским делам Верховного Суда РФ нашла подлежащей удовлетворению, обжалуемое судебное постановление было отменено.

Разрешая заявленные требования и отказывая в удовлетворении иска Субботиной Т.П., суд первой инстанции пришел к верному выводу о том, что истицей не доказан факт того, что в состав зубных коронок, представленных на исследование, входили вещества вредные для здоровья человека, и не доказано, что на исследование были представлены именно зубные коронки, которые были установлены ей по договору с ООО "Академия". Также суд исходил из того, что ответчик по условиям договора не отвечает за качество предоставленных услуг в случае возникновения у пациента аллергических реакций, не отмеченных ранее; переделок и исправления работ в другом лечебном учреждении. Истица была вправе воспользоваться правомочиями, предусмотренными п.1 ст. 29 Закона РФ "О защите прав потребителей". Между тем, как установлено судом первой инстанции, до оказания ответчиком истице медицинской услуги и в ходе оказания услуги истица не обращалась с требованиями, связанными с недостатком оказанной услуги. Более того, истица была согласна с планом лечения, претензий в период лечения лечащему врачу не заявляла, подтвердила, что претензий к оказанной услуге по договору в целом не имеет, подписав гарантийное письмо.

Указанная ответственность не наступает, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего (ст. 1064 ГК РФ); если вред возник вследствие умысла потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ); если имела место грубая неосторожность самого потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ); если вред возник вследствие непреодолимой силы или из-за нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуг (ст. 1098 ГК РФ). Договорная ответственность лечебных учреждений возникает в случаях нарушения прав пациента при исполнении договорных обязательств.

Кроме того, при одностороннем отказе от договора ГК РФ обязывает заказчика возместить исполнителю фактически понесенные расходы (реальный ущерб) (ст. 781 ГК РФ).



Такие категории пациентов как ВИЧ-инфицированные, больные СПИДом, туберкулёзом, лица, болеющие инфекционными заболеваниями или являющиеся бактерионосителями, а также лица, которые больны инфекционными заболеваниями, передающимися половым путём имеют особые обязанности.

ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом обязаны:

- 1) употреблять средства для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции, предложенные учреждениями здравоохранения;
- 2) уведомить лиц, у которых были с ними половые контакты до выявления факта инфицированности, про возможность их заражения;
- 3) отказаться от донорства крови, её компонентов, других биологических веществ, клеток, органов и тканей для использования их в медицинской практике.

Больные туберкулёзом обязаны:

- 1) придерживаться режима лечения;
- 2) использовать назначения врача противотуберкулёзного учреждения;
- 3) проходить в установленные сроки необходимые медицинские осмотры и обследования;
- 4) придерживаться требований санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемиологических правил и норм в лечебно-профилактических учреждениях, на работе, в быту и т.д.

Лица, болеющие инфекционными заболеваниями или являющиеся бактерионосителями, обязаны:

- 1) использовать рекомендованные медицинскими работниками средства для предотвращения распространения инфекционных заболеваний;
- 2) выполнять требования и рекомендации медицинских работников относительно порядка и условий лечения, придерживаться режима работы учреждений здравоохранения и научных учреждений, в которых они лечатся;
- 3) проходить в установленные сроки необходимые медицинские осмотры и обследования.

Лица, которые больны инфекционными заболеваниями, передающимися половым путём подлежат обязательному лечению (по их желанию - анонимно).

Таким образом, в действующем гражданско-правовом законодательстве достаточно широко отражены права пациентов (и ответственность медицинских работников в случаях нарушений прав пациентов при оказании медицинской услуги). Это делает возможным (и необходимым) анализ и последующую детальную проработку механизмов их реализации на всех уровнях системы ведомственной и вневедомственной оценки объема и качества медицинской помощи.

#### Выводы.

Необходимо различать права граждан в области охраны здоровья, права отдельных групп населения в области охраны здоровья, права пациентов. Закрепление в законе прав и обязанностей простым перечислением без учета их назначения в правовом регулировании и отраслевой принадлежности не вполне обоснованно. Такие права следует разделять на организационные (направленные на обеспечение права на защиту), и на гражданско-правовые, то есть непосредственно вытекающие из соответствующего обязательства.

Обязанности пациента, закрепленные в законе, как правило, носят декларативный характер, их несоблюдение не порождает для граждан никаких последствий. Обязанности граждане, находящиеся на лечении, заключающиеся в необходимости соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях с точки зрения ст. 406 ГК РФ можно квалифицировать как кредиторские обязанности. Согласно норме, закрепленной в этой статье, кредитор (то есть пациент), обязан совершить необходимые действия для того, чтобы должник (то есть исполнитель медицинской услуги) мог исполнить обязательство. В противном случае должник не считается просрочившим. Это означает, что если будет доказано,

что недостижение результата медицинской помощи вызвано действиями пациента, исполнитель освобождается от ответственности.

Указанная ответственность не наступает, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего (ст. 1064 ГК РФ); если освобождение от ответственности предусмотрено соглашением (п. 4 ст. 401 ГК РФ); если вред возник вследствие умысла потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ); если имела место грубая неосторожность самого потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ); если вред возник вследствие непреодолимой силы или из-за нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуг (ст. 1098 ГК РФ). Договорная ответственность лечебных учреждений возникает в случаях нарушения прав пациента при исполнении договорных обязательств.

Кроме того, при одностороннем отказе от договора ГК РФ обязывает заказчика возместить исполнителю фактически понесенные расходы (реальный ущерб) (ст. 781 ГК РФ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главная особенность медицинских услуг, отличающая их от иных услуг, заключается в их объекте. Человеческая индивидуальность (постоянство) есть личное неимущественное благо, представляющее совокупность автономных, уникальных физических и психических принципов, принадлежащих человеку от рождения, отграничивающих его от других лиц.

Медицинская услуга - это действия или совокупность действий (деятельность), характеризующиеся возмездным характером, осуществляемые лицами, обладающими профессиональными знаниями, направленные на удовлетворение потребностей пациента и имеющие своей задачей его выздоровление и (или) поддержание здоровья. Целью оказания медицинской услуги является улучшение здоровья пациента, его выздоровление (то есть достижение или поддержание состояния здоровья на определенном уровне), хотя, исходя из смысла ст. 779 ГК РФ, презюмируется отсутствие гарантий положительного исхода лечения. Медицинская услуга носит имущественный характер, поскольку она создает определенный экономический эффект в виде удовлетворения потребности человека по получению квалифицированной медицинской помощи и может быть оценена в деньгах. Наконец, она связана с личностью исполнителя, даже овеществленный результат услуги не отчуждаем.

Правовое регулирование отношений, возникающих при оказании медицинской помощи, имеет первостепенное значение, поскольку от того, насколько оно эффективно зависят, во-первых, степень удовлетворенности конкретных граждан качеством своей жизни, во-вторых, - общий его уровень в нашем обществе. В Конституции Российской Федерации право на жизнь представлено как основное. Оно включает в себя в числе прочих и право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Соответственно целью правового регулирования выступает как публичный интерес в высоком уровне жизни населения России, так и частные интересы конкретных людей в сохранении здоровья, излечении от болезней и т.п.

Для достижения этих целей требуется выработка система взаимоотношений как частноправовых, так и публично-правовых способов правового регулирования, так как соответствующие отношения будут иметь разноотраслевую юридическую природу. Безусловно, необходимы соответствующие общетеоретические исследования, направленные выработку предложений, способствующих гармонизации всего законодательства, однако в правоприменительной деятельности учет разноотраслевого характера отношений имеет первостепенное значение. Отношения по поводу оказания самой услуги носят исключительно гражданско-правовой характер, поскольку целью их является удовлетворения частного интереса заказчика в излечении и т.п., равно как и интерес исполнителя заключается в получении дохода. Квалификация отношений и последствия такой квалификации должны быть соответствующими, поскольку нельзя применять к публично-правовым отношениям средства гражданско-правовые и наоборот.

Вместе с тем, для гражданско-правового регулирования целого ряда отношений применяется преимущественно императивный метод, в первую очередь для защиты «слабой» стороны, например, потребителя. Не исключением являются отношения по поводу оказания медицинских услуг.

Важной составляющей правового статуса пациента является совокупность прав и гарантий, закрепленных законодательством о защите прав потребителей. Однако, судя по определению, закрепленному в Преамбуле Закона «О защите прав потребителей», пациент охватывается статусом потребителя, если вступает в возмездные (в том числе в рамках страхования) отношения по оказанию медицинской помощи. Вместе с тем, как известно, медицинская помощь может финансироваться и из средств бюджета в рамках соответствующих государственных программ. Пленум Верховного Суда РФ в п. 8 указанного постановления указал, что права и законные интересы граждан, имеющих право на государственную социальную помощь и использующих в ходе ее реализации товары или услуги, подлежат защите в порядке, предусмотренном законодательством о защите прав потребителей.

Соответствующие требования могут быть предъявлены к изготовителю (продавцу) этих товаров, исполнителю услуг.

Таким образом, даже если медицинская помощь финансировалась из бюджета, пациент имеет право предъявить иск медицинскому учреждению, непосредственно оказавшему помощь. То есть, если гражданин получает медицинскую помощь за счет средств того или иного бюджета он предполагается потребителем, а, соответственно, отношения между ним и медицинским учреждением квалифицируются как договорные. По аналогии к ним следует применять конструкцию договора в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ), где в качестве выговорившего право выступает публичное образование, из бюджета которого финансировалась медицинское вмешательство.

Отметим, что правовое регулирование отношений, связанных с оказанием медицинских услуг достигается разными способами и имеет несколько направлений воздействия, отличающихся формами таких способов. В зависимости от того, исходит ли источник правового регулирования из России или из вне, выделяют внутренние и международные формы права. Безусловно, основной нормативный массив в сфере медицины принадлежит национальному праву (его анализ будет представлен), однако полагаю, определенное внимание следует уделить и нормам международного права. В зависимости от *субъекта*, от которого исходит норма, следует выделять, во-первых, *государственное регулирование*, заключающееся в принятии соответствующих нормативных правовых актов, ратификацией международных договоров, а также санкционированием правовых обычаев, во-вторых, *саморегулирование*, то есть установление требований саморегулируемыми организациями участников той или иной профессиональной сферы, адресованных только своим членам, в-третьих, *индивидуальное регулирование*, которое достигается договорами, заключаемыми между участниками договоров.

Необходимо оптимальное сочетание правовых средств указанных уровней. На наш взгляд, представляется возможным обсудить вопрос о возложении на

саморегулируемые организации некоторых функций и полномочий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в части лицензирования, а также контроль за соблюдением правил, установленных саморегулируемой организацией. Кроме того, установление субсидиарной ответственности СРО по обязательствам своих членов (за счет формирования компенсационных фондов и страхования) будет способствовать усилению защиты прав потребителей медицинских услуг.

Кроме того, в регулировании отношений по оказанию медицинской помощи важное значение имеют морально-этические нормы, признанные во врачебном сообществе. Они служат цели самоорганизации его членов, а также для определения разумного баланса прав и обязанностей участников обязательства по оказанию медицинской услуги с учетом более зависимого положения пациента, который полагается на добросовестность врача. Так, степень соответствия поведения врача при оказании медицинской помощи должна влиять на размер компенсации морального вреда, взыскиваемого с исполнителя (медицинской организации). Факт закрепления текста клятвы врача в законе свидетельствует о возможности ее применения в юридической практике, в частности для обоснования ответственности врача при нанесении вреда вследствие упущения или иных ошибок в лечении пациента.

Договор на оказание медицинских услуг выступает как основание возникновения соответствующих отношений и их правовой регулятор. Договорное регулирование отношений по оказанию медицинской услуги отличается в зависимости от того, оказываются услуги в рамках программы обязательного медицинского страхования или нет. Если финансирование услуги происходит за счет средств ФОМС, то отношения строятся по модели договора в пользу третьего лица. Если финансирование медицинской помощи осуществляется из средств бюджета, то отношения финансированию деятельности учреждения, связанной с оказанием медицинской помощи, находятся в сфере финансового права (ст. 86, 87 Бюджетного кодекса РФ).

Вместе с тем, полагаем целесообразным применение модели договора в пользу третьего лица к данным отношениям, закрепив ее в БК РФ.

Соответствующий договор является средством индивидуального регулирования соответствующих отношений. Он связывает стороны обязательством, определяя модель их дальнейшего поведения путем привязки к модели, закрепленной в императивной норме, отсылки к варианту поведения, определенного в диспозитивной норме, а также путем создания другой модели поведения, не предусмотренной в законе. При этом в случае оказания медицинских услуг в рамках системы договоров, заключаемых в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» свобода договора в отношении определения условий договора не проявляется.

Для гражданско-правового регулирования отношений, одной из сторон которых выступает так называемая «слабая» сторона применяется преимущественно императивный метод. Для медицинских услуг это наиболее актуально. В качестве их объектов выступают жизнь и здоровье человека (как высшие ценности), поэтому свобода договора в отношении соответствующих обязательств ограничена: во-первых, недопущением исполнителя отказаться от них, во-вторых, невозможностью устанавливать объем оказываемых услуг ниже предусмотренного императивно. В связи с этим в регламентации медицинской услуги превалируют правовые средства, основанные на императивном методе, повышена роль публично-правовых норм.

Вместе с тем, индивидуальные особенности организма каждого пациента, состояние его здоровья и течение болезни дают врачу право на усмотрение в определении объема, вида медицинских вмешательств, выборе лекарств и методов лечения. Однако такое усмотрение должно быть исключительно в рамках имеющихся стандартов медицинской помощи.

Пациентом может быть любой гражданин, независимо от возраста, дееспособности, состояния здоровья. В ряде случаев в интересах пациента договор может быть заключен иными лицами, на которые законом возложена обязанность заботиться о соответствующем гражданине (родители в



отношении несовершеннолетних, совершеннолетние дети в отношении престарелых родителей, неспособных в силу состояния здоровья самостоятельно заботиться о себе). В этом случае лицо, в пользу которого заключен договор на оказание медицинских услуг, не должен изъявлять желание (проявить инициативу) на его исполнение (давать информированное согласие на медицинское вмешательство).

Исполнителями медицинских услуг являются специальные субъекты. В качестве таковых могут выступать медицинские организации, а также частнопрактикующие врачи. Последние в таком случае должны иметь статус индивидуального предпринимателя. Согласно ст. 2 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинской деятельностью может заниматься юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, если эта деятельность выступает в качестве основного (уставного) вида деятельности. Таким образом, медицинской деятельностью могут заниматься как некоммерческие, так и коммерческие организации. Полагаем, что данная норма не отвечает сути медицинской деятельности. В соответствии с Мадридской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации «О профессиональной автономии и саморегулировании», принятой в октябре 1987 г. нельзя допускать и чрезмерного использования медицинских ресурсов с целью увеличения стоимости медицинской помощи: в этом случае она также станет недоступной для многих нуждающихся в ней. Соответственно медицинской деятельностью, равно как деятельностью образовательной, должны заниматься некоммерческие организации. Иначе неизбежен конфликт интересов. Однако такую деятельность нельзя представлять как направленную исключительно на извлечение прибыли, цель ее заключается оказании необходимой помощи. У медицинского «коммерсанта» появляется соблазн в извлечении прибыли от назначения необоснованного, ненужного лечения. Норма ст. 731 ГК РФ запрещает навязывание включения в договор бытового подряда дополнительных работ и услуг с правом отказа от оплаты. Согласно ст. 783

ГК РФ к возмездному оказанию услуг применяются нормы о подряде, в том числе бытовом. Соответственно пациент вправе отказаться от оплаты необоснованно оказанных медицинских услуг. Подобную норму содержит и ст. 19 Закона «О защите прав потребителей». Однако на практике могут возникнуть сложности в определении степени их необходимости. Полагаем, что система внутреннего контроля в медицинском учреждении, основанном на государственной или муниципальной форме собственности, а также система обязательного медицинского страхования позволяют в определенной мере избежать таких ситуаций. Однако в сфере деятельности коммерческих медицинских организаций и частнопрактикующих врачей риск нарушения прав потребителей есть. Безусловно, в случае возникновения соответствующего спора суд вправе с учетом мнения специалиста или заключения экспертизы удовлетворить требования пациента о взыскании необоснованно уплаченных сумм, однако длительность рассмотрения дела, некомпетентность большинства граждан в вопросах медицины, позволяют утверждать, что на современном этапе нельзя квалифицировать оказание медицинской помощи как исключительно предпринимательскую. Социальная значимость ставит ее на уровень так называемой профессиональной деятельности, которая не является предпринимательской, хотя и направлена на извлечение дохода (деятельность образовательных учреждений, адвокатов, нотариусов, арбитражных управляющих).

Несмотря на то, что стороной в обязательстве по оказанию медицинской услуги выступает соответствующее юридическое лицо, субъектом, который осуществляет непосредственное медицинское вмешательство, является медицинский работник (врач, медсестра, фельдшер), которые должны иметь соответствующую квалификацию. В этом состоит специфика деятельности ряда организаций, оказывающих услуги (медицинские, оценочные, аудиторские и т.п.). Для того чтобы организация могла оказывать такие услуги, разрешение на занятие соответствующей деятельности должен иметь и медицинский работник. Несмотря на то, что согласно гражданскому

законодательству непосредственным участником соответствующих отношений выступает медицинская организация, которая и отвечает за действия собственных работников, необходимо учитывать и их правосубъектность. Во-первых, их правовой статус является условием получения соответствующего статуса самой организацией, во-вторых, условием привлечения к ответственности организации выступает вина конкретных медицинских работников.

Основная обязанность исполнителя заключается в оказании качественной медицинской помощи. Однако согласно ст. 779 ГК РФ риск недостижения результата, который преследует пациент, лежит на нем. Деятельность врача зачастую является опасной и непредсказуемой, соответственно возникает возможность квалификации ее как источника повышенной опасности. В судебной практике нередки случаи, когда к деятельности медицинских учреждений применяются нормы ст. 1079 ГК РФ, в части привлечения их к ответственности за причиненный вред даже без вины. Безусловно, медицинская помощь зачастую является опасной, поскольку невозможно до конца просчитать все процессы, происходящие в организме пациента в результате лечения. Однако нельзя квалифицировать медицинские услуги сами по себе в качестве источника повышенной опасности, без приложения к каким-то конкретным инструментам, лекарствам, инъекциям или их системной совокупности, объединенной тем или иным методом лечения. В отношении некоторых из них невозможно осуществить полный контроль, поэтому вероятно они могут быть квалифицированы как такие опасные источники. Распространение действия ст. 1079 ГК РФ на любую деятельность врачей приведет к лишению их инициативы при лечении больных и соответственно к падению качества медицинских услуг вообще.

Кроме того, полагаем, что если на основании данных соответствующих медицинских исследований, опыта применения побочное негативное влияние тех или иных лекарственных и подобных средств на организм человека наблюдается в малых процентах от общего числа пациентов, следует исключать

распространение на них действие ст. 1079 ГК РФ. Такие средства не имеют такого признака как невозможность полного контроля со стороны человека. Вместе с тем, если в лечении применяются препараты, не нашедшие значительной клинической практики, риск побочных негативных последствий может быть возложен на исполнителя медицинской услуги. Переложить этот риск на пациента возможно с использованием нормы части 2 п. 3 ст. 1064 ГК РФ (получение согласия на причинение вреда, при условии полной информированности о возможных последствиях в соответствии со ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей»).

Полагаем, что в случаях, когда результат лечения не достигается, а также причиняется физический вред, при квалификации медицинской помощи как услуги ненадлежащего качества следует разделять два момента, вызывающих соответствующие вопросы. Во-первых, вправе ли заказчик медицинской услуги требовать возмещения убытков в случае недостижения ее результата? Во-вторых, какую ответственность несет исполнитель в случае причинения вреда, появившегося в процессе медицинской помощи? Из рискованного характера медицинской услуги следует два основных вывода: во-первых, риск недостижения результата услуги лежит на заказчике при условии надлежащего совершения действий исполнителем, во-вторых, необходимо определить критерии, позволяющие считать эти действия надлежащими.

В качестве критериев качества медицинской услуги можно назвать наличие у исполнителя (его работников) надлежащей квалификации, а также соответствие деятельности исполнителя императивным требованиям, установленным в договоре или государственном стандарте. Таким образом, достижение надлежащего качества медицинской услуги возможно по двум направлениям: во-первых, путем установления требований к исполнителю, достигаемое лицензированием, аккредитацией и т.п. правовыми средствами, во-вторых, путем установления требований к самой деятельности врача. Некачественной будет предполагаться медицинскую помощь, если она оказана ненадлежащим субъектом и ненадлежащим способом.

Необходимо различать права граждан в области охраны здоровья, права отдельных групп населения в области охраны здоровья, права пациентов. Закрепление в законе прав и обязанностей простым перечислением без учета их назначения в правовом регулировании и отраслевой принадлежности не вполне обоснованно. Такие права следует разделять на организационные (направленные на обеспечение права на защиту), и на гражданско-правовые, то есть непосредственно вытекающие из соответствующего обязательства.

Обязанности пациента, закрепленные в законе, как правило, носят декларативный характер, их несоблюдение не порождает для граждан никаких последствий. Обязанности граждане, находящиеся на лечении, заключающиеся в необходимости соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях с точки зрения ст. 406 ГК РФ можно квалифицировать как кредиторские обязанности. Согласно норме, закрепленной в этой статье, кредитор (то есть пациент), обязан совершить необходимые действия для того, чтобы должник (то есть исполнитель медицинской услуги) мог исполнить обязательство. В противном случае должник не считается просрочившим. Это означает, что если будет доказано, что недостижение результата медицинской услуги вызвано действиями пациента, исполнитель освобождается от ответственности.

Указанная ответственность не наступает, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего (ст. 1064 ГК РФ); если освобождение от ответственности предусмотрено соглашением (п. 4 ст. 401 ГК РФ); если вред возник вследствие умысла потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ); если имела место грубая неосторожность самого потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ); если вред возник вследствие непреодолимой силы или из-за нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуг (ст. 1098 ГК РФ). Договорная ответственность лечебных учреждений возникает в случаях нарушения прав пациента при исполнении договорных обязательств.

Кроме того, при одностороннем отказе от договора ГК РФ обязывает заказчика возместить исполнителю фактически понесенные расходы (реальный ущерб) (ст. 781 ГК РФ).

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК:

## 1. Международные правовые акты

1. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.) // Российская газета. 1998. 10 дек.
2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г. // Бюллетень Верховного Суда РФ. 1994. № 12.
3. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г. // Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17(1831).
4. Международная Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (г. Нью-Йорк, 7 марта 1966 г.) // Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17 (1831). Ст. 291.
5. Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения (Москва, 28 марта 1997 г.) // Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 25. Ст. 219.
6. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950 г. // Собрание законодательства РФ. 2001. № 2. Ст. 163.
7. Соглашение между Правительством Республики Беларусь, Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики и Правительством РФ от 24 ноября 1998 г. «О взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи» // Бюллетень международных договоров. 2003. № 11.
8. Соглашение Правительств государств - участников стран СНГ от 27 марта 1997 г. «Об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств» // Российская газета. 1997. 12 мая.

9. Соглашение между Правительством РФ и Правительством Республики Беларусь от 24 января 2006 г. «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» // Бюллетень международных договоров. 2008. № 11.

10. Соглашение Правительств государств-участников стран СНГ от 27 марта 1997 г. «Об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств» // Российская газета 1997. 12 мая.

11. Декларация об использовании научно-технического прогресса в интересах мира и на благо человечества. Провозглашена резолюцией 3384 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 10 ноября 1975 г. // <http://un.by/documents/humrights/welfare/welfaretx5.html>.

12. Устав (Конституции) Всемирной организации здравоохранения, принятой в г. Нью-Йорке 22 июля 1946 г // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

13. Женевская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации 1948 г. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

14. Мадридская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации «О профессиональной автономии и саморегулировании», принята в октябре 1987 г. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

15. Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации «О независимости и профессиональной свободе врача», принята в октябре 1986 г. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

16. Договор между Российской Федерацией и Республикой Армения о правовом статусе граждан Российской Федерации, постоянно проживающих на



территории Республики Армения, и граждан Республики Армения, постоянно проживающих на территории Российской Федерации (Москва, 29 августа 1997 г.) // Бюллетень международных договоров. 2002. № 5..

17. Договор о правовом статусе граждан одного государства, постоянно проживающих на территории другого государства (Москва, 28 апреля 1998 г.) (принят решением Межгосударственного Совета Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации от 28 апреля 1998 г. № 28) // Российская газета (Экономический союз). 1998. 12 мая.

## 2. Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года, с учетом поправок от 30 декабря 2008 года // Российская газета. 1993. 25 дек.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (в ред. от 2 июля 2013 г.) // Российская газета. 1994. 08 дек.

3. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (в ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 5. Ст. 410.

4. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ (в ред. от 23 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ 1998. № 31. Ст. 3823.

5. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (в ред. от 30 сентября 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 2002. № 1 (ч. 1). Ст. 1.

6. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (в ред. от (в ред. от 2 июля 2013 г.)) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

7. Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации» (ред. от 25 декабря 2012 г.) // Собрание законодательства РФ. 1995. № 29. Ст. 2757.

8. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 1998. № 38. Ст. 4736.

9. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

10. Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов" // [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)

11. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

12. Федеральный закон 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 27 сентября 2013 г.) // Российская газета. 2011. 23 нояб.

13. Федеральный закон от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 19. Ст. 2716.

14. Федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (в ред. от ред. от 7 мая 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 2010. № 19. Ст. 2291.

15. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 27 сентября 2013 г.) // Российская газета. 2010. 03 дек.

16. Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (ред. от 28 июля 2012 г.) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 3. Ст. 146.

17. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (в ред. от 23 июля 2008 г.) // Собрание законодательства РФ. 1995. № 50. Ст. 4872.

18. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 1995. № 48. Ст. 4563.

19. Закон РФ от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (ред. от 2 июля 2013 г.) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 21. Ст. 699.

20. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в ред. от 29 ноября 2007 г.) // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 62.

21. Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (ред. от 2 июля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 3. Ст. 140.

22. Указ Президента РФ от 12.05.2008 № 724 «Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти» (ред. от 30 сентября 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 2008. № 20. Ст. 2290.

23. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» (ред. от 15 апреля 2013 г.) // Собрание законодательства РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

24. Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 44. Ст. 6021.

25. Постановление Правительства РФ от 21 октября 2011 г. № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (ред. от 4 сентября 2012 г.) // Российская газета. 2011. 28 окт.

26. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 41. Ст. 5628.

27. Приказ Минздрава РФ от 20 декабря 2001 г. № 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» (зарегистрировано в Минюсте РФ 17 января 2002 г. № 3170) // Российская газета. 2002. 30 янв.

28. Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (зарегистрировано в Минюсте России 9 июня 2012 г. № 24516) // Российская газета. 2012. 22 июня.

29. Приказ Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 567н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)» (зарегистрировано в Минюсте России 21 декабря 2012 г. № 26306) // Российская газета, спецвыпуск. 2013. 11 апр.

30. Приказ Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012 г. № 212н (ред. от 28 февраля 2013 г.) «О формах статистического учета и отчетности об оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и порядке их заполнения» // <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/high-tech-med/43>.

31. Приказ Минздрава России от 5 апреля 2013 г. № 196н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по

контролю за обращением медицинских изделий» (зарегистрировано в Минюсте России 7 августа 2013 г. № 29290) // Российская газета. 2013. 16 авг.

32. Постановление Госстандарта РФ от 5 августа 1997 г. № 17 "О принятии и введении в действие Правил сертификации" // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 1998. № 8.

33. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», утверждены ВС РФ 22 июня 1993 № 5487-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318 (утратили силу).

34. Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утверждены Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 года № 27 // Собрание законодательства РФ. 1996. № 3. Ст. 194 (утратили силу).

### 3. Практика правоприменительных органов

1. Определение Конституционного суда РФ от 6 июня 2002 г. №115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав п.2 ст. 779 и п.2 ст. 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2003. №1.

2. Определение Конституционного Суда РФ от 4 декабря 2003 г. № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2004. № 3.

3. Постановление Конституционного Суда РФ от 23 февраля 1999 г. №4-П "По делу о проверке конституционности положения части второй статьи 29 Федерального закона от 3 февраля 1996 года "О банках и банковской деятельности" в связи с жалобами граждан О.Ю. Веселяшкиной, А.Ю. Веселяшкина и Н.П.Лазаренко" // Вестник Конституционного Суда Российской Федерации. 1999. № 3.

4. Определение Конституционного суда РФ от 6 июня 2002 г. №115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав п.2 ст. 779 и п.2 ст. 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2003. № 1.

5. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 31 октября 1995 г. № 8 "О некоторых вопросах применения судами Конституции Российской Федерации при осуществлении правосудия" // Бюллетень Верховного Суда РФ. 1996. № 1.

6. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10 октября 2003 г. № 5 "О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации" // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2003. № 12.

7. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26 января 2010 г. № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2010. № 3.

8. Определение Верховного Суда РФ от 21 декабря 2006 г. по делу N 5-06-179 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

9. Постановление Федерального арбитражного суда Московского округа от 30 июня 2008 г. № КГ-А40/5371-08 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

10. Постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 19 августа 2010 г. по делу № А10-1467/2010 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

11. Постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 29 августа 2012 по делу № А19-8160/2012 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

12. Решение Советского районного суда г. Брянска от 18 декабря 2009 г. по делу № 4251 (2009) // Архив Советского районного суда г. Брянска.

13. Решение Советского районного суда г. Брянска по делу № 2-5 (2010) от 3 августа 2010 г. // Архив Советского районного суда г. Брянска.

14. Решение Советского районного суда г. Волгограда от 23 апреля 2003 г. по делу № 321/2003 // Архив Советского районного суда г. Волгограда.

#### 4. Книги, учебники, учебные пособия, монографии

1. Административно-правовой статус гражданина Российской Федерации / Хаманева Н.Ю.; Отв. ред. М.М. Славина. - М.: Изд-во ИГиП РАН, 2000. - 109 с.

2. Акопов, В. И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие для практикующих юристов и врачей / Акопов В.И. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. - 377 с.

3. Акопов, В. И., Маслов, Е. Н. Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. - М.: Книга-сервис, 2002. - 352 с.,

4. Александрова, О. Ю., Герасименко, Н. Ф., Григорьев, Ю. И., Григорьев, И. Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан / О. Ю. Александрова, Н. Ф. Герасименко, И.Ю. Григорьев; под общ. ред. В. И. Стародубова. - М.: МЦЭФР, 2005. - 320 с.

5. Алексеев, С. С. Общая теория права. Курс в 2-х томах. Т. 1 / С. С. Алексеев. - М.: Юрид. лит., 1981. – 359 с.

6. Алексеев, С. С. Общая теория права. Курс в 2-х томах. Т. 2 / С. С. Алексеев. - М.: Юрид. лит., 1982. – 360 с.

7. Алексеев, С. С. Односторонние сделки в механизме гражданско-правового регулирования: Теоретические проблемы гражданского права / С. С. Алексеев // Сборник ученых трудов: Теоретические проблемы гражданского права. Свердловск, 1970, Вып. 13. - С. 46-63

8. Антимонов, Б. С. Гражданская ответственность за вред, причиненный источником повышенной опасности / Б. С. Антимонов. - М.: Госюриздат, 1952.

- 295 с.

9. Афанасьева, Е. Г. Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента // Современное медицинское право. Сборник научных трудов. - М.: Изд-во ИНИОН РАН, 2003. - С. 142-161.

10. Баринов, Н. А. Услуги / Н. А. Баринов - Саратов: Изд-во «Надежда», 2003. - 224 с.

11. Барков, А. В. Цивилистическая концепция правового регулирования рынка социальных услуг / А. В. Барков. - М.: ИГ ЮРИСТ, 2008. - 494 с.

12. Батянов, М. В. Срок действия гражданско-правового договора / М. В. Батянов. - Самара: СГА, 2013. - 217 с.

13. Борисова, Т. Е., Лебединец, О. Н. Правовое значение института суррогатного материнства в России // Собственность и право собственности субъектов Российской Федерации: сборник научных статей участников международной научно-практической конференции 16-17 мая 2008 года. - Коломна: Изд-во Колом. гос. пед. ин-та, 2009, Т. 2. - С. 274-277

14. Брагинский, М. И., Витрянский, В. В. Договорное право. Кн. первая. Общие положения. 3-е изд., стереотип / М. И. Брагинский, В. В. Витрянский - М.: Статут, 2001. - 847 с.

15. Герасименко, Н. Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан / Н. Ф. Герасименко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 351 с.

16. Герасименко, Н. Ф., Александрова, О. Ю. Изменения в российском законодательстве в сфере охраны здоровья / Н. Ф. Герасименко, О. Ю. Александрова // Научные труды II Всероссийского съезда (конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

17. Гражданское право / под ред. М. М. Агаркова и Д. М. Генкина. Т. 1. М.: Юриздат, 1944. - 419 с.

18. Гражданское право России. Общая часть: курс лекций / Под общ. ред. О. Н. Садикова. - М.: ЮРИСТЪ, 2001. - 776 с.



- 19.Гражданское право. Т. 1. Учебник. 2-е изд. / Отв. ред. Е. А. Суханов. - М.: БЕК, 1998. - 786 с.
- 20.Гражданское право. Учебник. Том 1. 6-е издание / Под ред. Ю. К. Толстого, А. П. Сергеева. - М.: Проспект, 2002. – 776 с.
- 21.Гражданское право: в 2 т. Т. II. Полутом 1: Учебник / Отв. ред. Е .А. Суханов. – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство БЕК, 2000. - 704 с.
- 22.Гражданское право: Учебник. Т. II / Под ред. О. Н. Садикова. – М.: Юридическая фирма «КОНТРАКТ»: ИНФРА-М, 2009. – 606 с.
- 23.Егоров, Н.Д. К вопросу о понятии обязательства / Н.Д. Егоров // Сб. ст. к 55-летию Евгения Алексеевича Крашенинникова. Ярославль: ЯрГУ, 2006. - С. 47 – 48.
- 24.Звездина, Ю. А., Туманова, Л. В. Проблемы ответственности в сфере оказания медицинских услуг / Ю. А. Звездина, Л. В. Туманова – Тверь: ТГУ, 2001. – 133 с.
- 25.Иоффе, О. С. Обязательственное право / О. С. Иоффе. - М.: Юрид. лит., 1975. – 880 с.
- 26.Иоффе, О. С., Шаргородский, М. Д. Вопросы теории права / О. С. Иоффе, М. Д. Шаргородский. - М., 1961. - 381 с.
- 27.Кабалкин, А. Ю. Гражданско-правовой договор в сфере обслуживания / А. Ю. Кабалкин. - М.: Наука, 1980. - 256 с.
- 28.Кабалкин, А. Ю. Услуги в гражданском праве Российской Федерации / А. Ю. Кабалкин // Сборник научных трудов, посвященных памяти Рясенцева В.А.. - М.: Юристъ, 1995. - С. 29-41.
- 29.Калмыков, Ю. Х. К понятию обязательства по оказанию услуг в гражданском праве / Ю. Х. Калмыков // Избранное. Труды. Статьи. Выступления / Сост.: Козырь О. М., Шилохвост О. Ю.; Предисл.: Яковлев В. Ф. - М.: Статут, 1998. - 312 с.
30. Керимов Д. А. Философские основания политико-правовых исследований / Д. А. Керимов // М.: Мысль, 1986. – 332 с.
- 31.Красавчиков, О. А. Возмещение вреда, причиненного источником

повышенной опасности / О. А. Красавчиков. - М.: Юрид. лит., 1966. – 200 с.

32.Красавчикова, Л. О. Понятие и система личных неимущественных прав граждан (физических лиц) в гражданском праве Российской Федерации / Л. О. Красавчикова. - Екатеринбург: Изд-во Урал. юрид. акад., 1994. - 199 с.

33.Кузнецов, О. В., Стрельников, С. С., Зульфугарзаде, Т. Э., Федотов, В. Е. Саморегулируемые организации: Научно-практическое пособие / Под общ. ред. О. В. Кузнецова. – М.: Финакадемия, 2009. – 96 с.

34.Кулаков, В. В. Обязательство и осложнение его структуры / В. В. Кулаков. - М.: Волтерс Клувер. М., 2010. – 256 с.

35.Лебединец, О. Н. Гражданская правосубъектность (сущность, значение, содержание и элементы) / О. Н. Лебединец // Научные труды РАЮН. В 3-х томах. - М.: Юрист, 2003, Вып. 3: Т. 1. - С. 743-748

36.Лебединец, О. Н. Перспективы и проблемы развития законодательства о страховании гражданской ответственности медицинских организаций // Научные труды РАЮН. В 3-х томах. - М.: Юрист, 2009, Вып. 9, Т. 2. - С. 599-604.

37.Леонтьев, О. В., Колкутин, В. В. Врач и закон / О.В. Леонтьев, В.В. Колкутин. - М.: «Эдитореал УРСС»,1998. – 157 с.

38.Лескова, Ю. Г. О соотношении саморегулирования и децентрализованного регулирования предпринимательских отношений / Ю. Г. Лескова // Актуальные вопросы частного права: сб. науч. статей, посв. юбилею В. Д. Рузановой. Самара: ООО «Офорт», 2013. С. 78 – 87.

39.Лопатенков, Г. Я., Гуляева, Л. Н. Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников / Г. Я. Лопатенков, Л. Н. Гуляева. – СПб.: Питер-М, 2001. – 160 с.

40.Максимов, И. Л. Данные социологического опроса медицинских работников по этико-правовым вопросам медицинской практики // Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала: сб. науч. ст. Всерос. Науч.-практ. конф. / (С.-Петербург, 22-23 июня 2010 г.) / под ред. Ю. Д. Сергеева. - Иваново: ИПК "ПресСто", 2010 //

Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

41.Максоцкий, Р. А. Кротов, М. В. Возмездность и безвозмездность в современном гражданском праве / Р. А. Максоцкий Р. А., М. В. Кротов. - М.: Проспект, 2002. – 165 с.

42.Малеина, М. Н. Защита личных неимущественных прав советских граждан. Пособие для слушателей народных университетов / Малеина М.Н. - М.: Знание, 1991. - 127 с.

43.Малеина, М. Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита / М. Н Малеина. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: МЗ Пресс, 2001. - 244 с.

44.Малеина, М. Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие / М. Н. Малеина. - М.: БЕК, 1995. - 260 с.

45.Малышко, А. Ю. Правовое регулирование санитарно-эпидемиологического благополучия населения / А. Ю. Малышко // Институты административного права России. - М.: Изд-во ИГиП РАН, 1999. - С. 139-143.

46.Матвеев, Ю. Г. Англо-американское деликтное право / Ю. Г. Матвеев - М М.: Юрид. лит., 1973. – 174 с.

47.Медицинское право и биоэтика - гаранты обеспечения прав граждан на охрану здоровья / Под ред. Ю. Д. Сергеева, А. С. Созинова. Казань:"Казан. гос. мед. ун-т", 2011 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

48.Мельникова, Л. С. Концептуальные основы правового регулирования в области здравоохранения / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина / Л. С. Мельникова. - М.: Хризосом, 2001. – 258 с.

49.Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич - М.: МЕДпресс, 1998 – 592 с.

50.Мищенко, Е. А. Субъекты публичного договора / Е. А. Мищенко // Научные труды РАЮН. В 3-х томах. - М.: Юрист, 2003, Вып. 3: Т. 1. - С. 772-777.

51.Мохов, А. А. Саморегулируемая организация медицинских и фармацевтических работников: понятие и основные функции / А. А. Мищенко // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву" / Под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

52.Найговзина, Н. Б., Ковалевский, М. А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты / Н. Б. Найговзина, М. А. Ковалевский. - М. Классик-Консалтинг. 1999 – 270 с.;

53.Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (постатейный) / Под общ. ред. А. А. Кирилловых. М.: "Деловой двор", 2012. – 600 с.

54.Новицкий, И. Б., Лунц, Л. А. Общее учение об обязательстве / И. Б. Новицкий, Л. А. Лунц. - М.: Госюриздат, 1950. – 416 с.

55.Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка. 26-е изд., перераб. и доп. / С. И. Ожегов. - М.: ООО «Издательство Оникс»: ООО «Мир и Образование», 2008. – 736 с.

56.Ответственность за правонарушения в медицине: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / О. Ю. Александрова и др. - М.: Изд. центр «Академия», 2006 - 240 с.

57.Пищита, А. П. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России / А. П. Пищита - М.: ЦКБ РАН, 2008. – 115 с.

58.Покровский, И. А. Основные проблемы гражданского права / И. А. Покровский - М.: Статут, 2001. – 353 с.

59.Пугинский, Б. И. Теория и практика договорного регулирования. / Б. И. Пугинский. - М.: Зерцало-М, 2008. – 213 с.

60.Пугинский, Б. И. Гражданско-правовые средства в хозяйственных отношениях. / Б. И. Пугинский. - М.: Юрид. лит., 1984. – 224 с.

61.Пугинский, Б. И., Сафиуллин, Д. Н. Правовая экономика: проблемы становления / Б. И. Пугинский, Д. Н. Сафиуллин. - М.: Юрид. лит., 1991. - 240 с.

62.Романец, Ю. В. Система договоров в гражданском праве России / Ю. В. Романец. - М.: Юристъ, 2004. – 496 с.

63.Саватье, Р. Теория обязательств. Юридический и экономический очерк. / Р. Саватье. – М.: Прогресс, 1972. – 440 с.

64.Санникова, Л. В. Услуги в гражданском праве. / Л. В. Санникова. - М.: Волтерс Клувер, 2006. – 160 с.

65.Сергеева, Е. О. Правовой режим информации о рисках медицинского вмешательства / Е. О. Сергеева // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. - М.: Юрист, 2004.

66.Сироткина, А. А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования / А. А. Сироткина. - М.: Статут, 2004. – 174 с.

67.Соловьев, В. Н. Медицина и гражданское право / В. Н. Соловьев // Медицина, этика, религия и право: матер. конф. / сост. В. И. Шамшуриной. М., 2000.

68.Степанов, Д. И. Услуги как объект гражданских прав / Степанов Д. И. М.: Статут, 2005. – 348 с.

69.Стеценко, С. Г. Медицинское право: Учебник / С. Г. Стеценко - СПб: Юридический центр Пресс, 2004. – 572 с.

70.Стеценко, С. Г. Право на жизнь и медицина: вопросы соотношения / С. Г. Стеценко // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. - М.: Юрист, 2004. - С. 15-18.

71.Стеценко, С. Г., Гончаров, Н. Г., Стеценко, В. Ю., Пищита, А. Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских ВУЗов (издание второе дополненное и переработанное) / Отв. ред. А.Н. Пищита. - М.:

"РМАПО". 2011 // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант».

72.Столяров, С. А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления / С. А. Столяров. - Барнаул: Аз Бука, 2002. – 258 с.

73.Теория государства и права: учебник для юридических вузов / Под ред. А. С. Пиголкина. - М.: Городец, 2003. – 544 с.

74.Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие / А.В. Тихомиров. - М.: Статут, 1998. – 418 с.

75.Тихомиров, А. В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг/ А. В. Тихомиров. - М.: Статут, 2001. – 256 с.

76.Ушаков, Е. В. Права и гарантии в системе медицинской помощи. Что нужно знать каждому пациенту / Е. В. Ушаков. - М.: КноРус, 2004. – 200 с.

77.Хайруллина, И. С. Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы / Под ред. В. И. Стародубова / И.С. Хайруллина. - М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 196 с.

78.Хозяйственное право. Курс лекций. Т. 2 / Андреева Л. В., Ершова И. В., Ефимова Л. Г., Иванова Т. М., и др.; Отв. ред. В. С. Мартемьянов. - М.: БЕК, 1994. - 387 с.

79.Хохлов, В. А. Ответственность за нарушения договора по гражданскому праву / В. А. Хохлов. - Тольятти: Волжский университет им. ВН. Татищева, 1997. – 320 с.

80.Чельшев, М. Ю. Концепция оптимизации межотраслевых связей гражданского права: постановка проблемы / М. Ю. Чельшев. - Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2006. – 160 с.

81.Чельшев, М. Ю. Основы учения о межотраслевых связях гражданского права. Монография / М. Ю. Чельшев.; науч. ред.: Гонгало Б.М. - Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2008. - 206 с.

82.Черепяхин, Б. Б. Труды по гражданскому праву / Б. Б. Черепяхин; науч. ред. Алексеев С. С. - М.: Статут, 2001. - 479 с.

83. Чудновский, В. С., Чистяков, Н. Ф. Основы психиатрии / В. С. Чудновский, Н. Ф. Чистяков. - Ростов-на-Дону: изд-во Феникс, 1997. - 448 с.

84. Шевчук, С. С. Договор оказания медицинских услуг / С. С. Шевчук. - М.: АЭФиП, 2005. - 300 с.

85. Шершеневич, Г. Ф. Учебник русского гражданского права. По изданию 1907 г. / Шершеневич Г. Ф. - М.: Спарк, 1995. - 556 с.

86. Ярошенко, К. Б. Имущественная ответственность лечебных учреждений за вред, причиненный их работниками / К. Б. Ярошенко // Вопросы государства и права. - Минск: Изд-во БГУ, 1970, Вып. 2. - С. 247-254

#### 5. Книги, учебники, учебные пособия, монографии на иностранном языке

1. Munchener Kommentar zum Burgerlichen Gesetzbuch. Band 5 Schuldrecht Besonderer Teil III (§§ 705-853) VII Arzthaftung - Munchen.: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1997. - §823 1586.

#### 6. Публикации в периодических изданиях

1. Абаева, О. П., Зделев, Н. С., Краев, И. П., Филиппов, Ю. Н. Соблюдение прав пациента как критерий правовой грамотности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений / О. П. Абаева, Н. С. Зделев, И. П. Краев, Ю. Н. Филиппов // Медицинское право. - 2008. - № 2. - С. 39-42.

2. Андреев, В. К. Гражданское право не может быть только частным / В. К. Андреев // Российское правосудие. - 2011. - № 2.

3. Барков, А. В. Гражданско-правовая модель рынка социальных услуг / А. В. Барков // Юридический мир. - 2007. - № 11 (131). - С. 44-48.

4. Барков, А. В. Договоры с элементами социального содействия, опосредующие оказание социально-правовых услуг / А. В. Барков // Гражданское право. - 2012. - № 1. - С. 40-45.

5. Барков, А. В. О цивилистической природе социальной услуги / А. В. Барков // Сфера услуг: гражданско-правовое регулирование: сборник статей. - М.: Инфотропик Медиа, 2011. - С. 103-122.

6. Барков, А. В. О частноправовой природе социальной услуги / А. В. Барков // Российский юридический журнал. – 2008. - № 5. - С. 104-109.

7. Барков, А.В. Социальное предпринимательство в условиях формирования правовой модели рынка социальных услуг / А. В. Барков // Предпринимательское право. – 2012. - № 2. - С. 28-32.

8. Берсенева, Т. М. Договор возмездного оказания медицинских услуг: порядок и особенности заключения / Т. М. Барсенева // Медицинское право. – 2004. - № 3.

9. Бисюк, Ю. В., Сергеев, Ю. Д. Стандарты оказания медицинской помощи: роль и значение для следственно-судебной практики / Ю. Д. Сергеев, Ю. В. Бисюк // Российский судья. -2007. - № 4. - С. 26 - .28

10.Бойко, Е.А. Информированное добровольное согласие как фактор предотвращения риска гражданско-правовой ответственности ЛПУ / Е. А. Бойко // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2011. - № 1. С. 44 – 56.

11.Витрянский, В. В. Существенные условия договора в отечественной цивилистике и правоприменительной практике / В. В. Витрянский // Вестник Высшего Арбитражного Суда РФ.- 2002. - № 7. – С. 91 – 101.

12.Галеева, Г. Р. Актуальные правовые проблемы современной трансплантологии в России / Г. Р. Галеева // Медицинское право. – 2009. - № 4. – С. 21 – 24.

13. Галь, И. Г. О риске недостижения результата медицинской услуги и критериях ее качества / И. Г. Галь // Российское правосудие. – 2014. - № 1. - С. 18 – 23

14. Галь, И. Г. О роли саморегулирования в процессе гражданско-правового регулирования оказания медицинских услуг / И. Г. Галь // Российское правосудие. – 2013. - № 12. – С. 57 – 63.



15. Галь, И. Г. Обязательства по оказанию медицинских услуг: проблемы теории и практики / И. Г. Галь // Российский судья. - 2013. - № 3. – С. 13 – 17.

16. Галь, И. Г. Эффективность механизмов правового регулирования в медицинском праве / И. Г. Галь // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2011. - № 7. - С. 22-29.

17. Галь, И. Г. Медицинский работник как субъект права (проблемы правового статуса) / И. Г. Галь // Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. Сб. научных статей всероссийской научно-практической конференции (22-23 июня 2010 г). - С.-Петербург, 2010. - С.73-80.

18. Галь, И. Г. Правовой статус медицинского работника / И. Г. Галь // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2010. - №4. С.22-32.

19. Давыдовский, И. В. Врачебные ошибки / В. В. Давыдовский // Советская медицина. - 1941. - № 3. – С. 3 – 10.

20. Данилочкина, Ю. В. Понятие и правовая природа медицинских услуг / Ю. В. Данилочкина // Медицинское право. – 2008 - № 4. - С. 9 – 16.

21. Ермошина, Т. В., Баклушина Е. К. Реализация прав пациентов при оказании высокотехнологичной медицинской помощи / Т. В. Ермошина, Е. К. Баклушина // Медицинское право. 2007. - № 4. – 24 – 26.

22. Канунникова, Л. В., Ломакина, И. Г., Сергеев, Ю. Д. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) / Л. В. Канунникова, И. Г. Ломакина, Ю. Д. Сергеев // Медицинское право. – 2005. - № 4. - С. 3-9

23. Кибкало, А. П., Мохов, А. А., Салямков, К. Ю. Определение понятий "неблагоприятный исход" и "врачебная ошибка" в медицинской практике: социально-правовое значение / А. П. Кибкало, А. А. Мохов, К. Ю. Салямков // Медицинское право. - М.: Юрист, 2003, № 4. - С. 38-41.

24. Красновский, Т. Н. Биоэтические и уголовно-правовые проблемы в законе Российской Федерации «О трансплантации органов и(или) тканей

человека» / Т. Н. Красновский // Государство и право. – 1993. - № 12. - С. 72-78.

25. Кричагин, В. И. Законодательство о правах пациентов в США / В. И. Кричагин // Качество медицинской помощи. - 1998. - № 3. – С. 28 – 30.

26. Кузьмин, С. Б. Правовые проблемы современной неонатологии / С. Б. Кузьмин // Медицинское право. – 2010. - № 3. – С. 22 – 25.

27. Кузьминых, Е. Бесплатные медицинские услуги как форма возмездных отношений / Е. Кузьминых // Российская юстиция. - 2002. - № 12. С. 27 – 28.

28. Кулаков, В. В. К проблеме определения качества услуг / В. В. Кулаков // Коммерческое право. – 2010. - № 1 (6). - С. 63-65.

29. Кулаков, В. В. Основные принципы гражданского права как особая форма права / В. В. Кулаков // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2013. № 4 (22). С. 185-192.

30. Лебединец, О. Н. Перспективы и проблемы развития законодательства о страховании гражданской ответственности медицинских организаций / О. Н. Лебединец // Социальное и пенсионное право. – 2009. - № 1. - С. 41-43.

31. Лебединец О.Н. Проблемы правового регулирования договора возмездного оказания медицинских услуг / О. Н. Лебединец // Социальное и пенсионное право. - 2006, № 3. - С. 28-29.

32. Лескова, Ю. Г. Концептуальный подход к формированию системы саморегулирования в корпоративном праве / Ю. Г. Лескова // Гражданское право. – 2013. - № 1 (1). - С. 11-15

33. Лисицын, Ю. П. Проблемы биоэтики в здравоохранении / Лисицын Ю. П. // Медицинское право и этика. - 2002. - №4. – С. 41 – 58.

34. Майер, Е. О. Адвокат и врачебная тайна / Е. О. Майер // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2010. - № 6. - С. 60-68.

35. Майфат, А. В., Лисаченко, А. Б. Тело человека, его отдельные части как объекты правового воздействия (некоторые предложения для обсуждения) / А. В. Майфат, А. Б. Лисаченко // Юридический мир. - 2002. - № 2. – С. 4 – 15.

36. Малеина, М. Н. Гражданско-правовой договор на оказание медицинской

помощи / М. Н. Малеина // Правоведение. - 1989. - № 2. - С. 28 – 36.

37. Меркулова, С. Н. К вопросу о толковании судами термина "врачебная тайна" / С. Н. Меркулова // Российский судья. - 2007. - № 5. – С. 39 – 42.

38. Мозолин, В. П. Гражданско-правовая ответственность в системе российского права / В. П. Мозолин // Журнал российского права. - 2012. - № 1. – С. 33 – 40.

39. Москаленко, В. Ф. Объем и принципиальное содержание права на здоровье в международных нормативно-правовых актах / В. Ф. Москаленко // Медицинское право. - 2006. - № 4. – С. 10 – 21.

40. Найговзина, Н. Б., Аставецкий, А. Г. Качество медицинской помощи и его экспертиза / Н. Б. Найговзина, А. Г. Аставецкий // Экономика здравоохранения. - 1998. - № 2. – С. 25 – 27.

41. Пивень, Д. В., Кицул, И. С. Вокруг саморегулирования в здравоохранении / Д. В. Пивень, И. С. Кицул // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 3. – С. 52 – 54.

42. Пищита, А. Н. Правовой статус российского пациента / А. Н. Пищита // Журнал российского права. - 2005. - № 11. – С. 46 – 53.

43. Путило, Н. В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении / Н. В. Путило // Журнал российского права. – 2002. - № 2. - С. 75-82.

44. Сергеев, Ю. Д., Бисюк, Ю. В. Стандарты оказания медицинской помощи: роль и значение для следственно-судебной практики / Ю. Д. Сергеев, Ю. В. Бисюк // Российский судья. - 2007. - № 4. – С. 26 – 28.

45. Смирнов, В., Собчак, А. Понятие источника повышенной опасности / В. Смирнов, А. Собчак // Советская юстиция. – 1988. - № 18. - С. 22-23.

46. Степанов, Д. Услуги как объект гражданских прав / Д. Степанов // Российская юстиция. – 2000. - № 2. - С. 16-18.

47. Стеценко, С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы / С. Г. Стеценко // Российский следователь. - 2002. - № 5. – С. 7 – 11.

48. Тихомиров, А. В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг / А. В. Тихомиров // *Здравоохранение*. – 1999. - № 10. – С. 159 – 174.

49. Тихомиров, А. В. Медицинская услуга: правовые аспекты / А. В. Тихомиров // *Здравоохранение*. - 1999. - № 8. - С. 161 – 178.

50. Тихомиров, Ю. А. Договор как регулятор общественных отношений / Ю. А. Тихомиров // *Правоведение*. - 1990. - № 5. - С. 27 – 35.

51. Челышев, М. Ю. О некоторых тенденциях развития гражданско-правовой отрасли и динамике системы межотраслевых связей гражданского права / М. Ю. Челышев // *Российская юстиция*. - 2008. - № 11. - С. 6 - 10.

52. Шевчук, С. С. Правовое регулирование оказания медицинских услуг: проблемы совершенствования / С. С. Шевчук // *Журнал российского права*. - 2001. - № 2. – С. 35-40.

#### 7. Диссертации, авторефераты диссертаций

1. Абдуллина, В. С. Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики: автореф. дис. ...канд. юрид.наук: 12.00.03 / Абдуллина Венера Салиховна. - Казань, 2007. - 27 с.

2. Алсынбаева, Э. М. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг по трансплантологии органов и тканей человека: дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.03 / Алсынбаева Эльвира Махаматовна. - Уфа, 2013. - 164 с.

3. Белых, В. С. Гражданско-правовое обеспечение качества продукции, работ и услуг: дисс.... д-ра. юрид. наук: 12.00.03 / Белых Владимир Сергеевич, - Екатеринбург, 1994. – 307 с.

4. Васильева, Е. Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Васильева Елена Евгеньевна. - Томск. 2004. – 202 с.

5. Данилочкина, Ю. В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Данилочкина Юлия Валерьевна. - Самара, 2003. – 199 с.

6. Егоров, К. В. Правомерное и неправомерное причинение вреда сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: дис. канд. юрид. наук: 12.00.03. / Егоров Константин Валентинович. - Казань, 2006. – 190 с.

7. Елина, Н. К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. / Елина Наталья Константиновна. - Волгоград, 2006. – 236 с.

8. Ермолаев, В. К. Общетеоретические и гражданско-правовые основы медицинского обслуживания граждан в Российской Федерации: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Ермолаев Валентин Константинович. – М., 1997.- 219 с.

9. Жамкова, О. Е. Правовое регулирование оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Жамкова Ольга Евгеньевна. - М., 2007. – 179 с.

10. Зайцева, Н. В. Договор по оказанию медицинских услуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Зайцева Наталья Владимировна. - Волгоград, 2004. - 186 с.

11. Кванина, В. В. Гражданско-правовое регулирование в сфере высшего профессионального образования в РФ: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.03. / Кванина Валентина Вячеславовна. - М., 2006. – 47 с.

12. Клочков, А. В. Компенсация морального вреда как мера гражданско-правовой ответственности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. / Клочков Александр Владимирович. - Волгоград, 2004. – 24 с.

13. Комзолов, А. И. Гражданско-правовое регулирование и защита прав участников медицинских отношений: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Камзолов Андрей Иванович. - М., 1999. – 186 с.

14. Кулаков, В. В. Сложные обязательства в гражданском праве: дис. докт. юрид. наук: 12.00.03. / Кулаков Владимир Викторович. - М., 2011. – 382 с.

15. Ломакина, И. Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Ломакина Ирина Геннадьевна. - М., 2006. – 194 с.

16. Малышко, А. Ю. Правовой статус граждан Российской Федерации при оказании медицинской помощи (Административно-правовой аспект): дис...канд. юрид. наук: 12.00.14 / Малышко Александр Юрьевич. - М., 2004. - 164 с.

17. Мнацаканян, А. С. Гражданско-правовая ответственность исполнителя медицинских услуг : дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Мнацаканян Анна Семеновна. - Краснодар, 2008. – 213 с.

18. Нагорная, С. В. Договор об оказании медицинских услуг: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Нагорная . - Белгород, 2004. – 180 с.

19. Новоселов, В. П. Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах федерации: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.02 / Новоселов Валерий Павлович. - Екатеринбург, 1999. – 40 с.

20. Сироткина, А. А. Договор оказания медицинский услуг: особенности правового регулирования: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Сироткина Анна Александровна. – М., 2004. – 173 с.

21. Слыщенко, В. А. Проект Гражданского уложения 1905 г. и его место в истории русского права: автореф. дисс. канд. юрид. наук: 12.00.01 / Слыщенко Владимир Александрович. - М., 2003. - 24 с.

22. Соловьев, В. Н. Гражданско-правовое регулирование отношений, возникающих при реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Соловьев Валерий Николаевич. - Красноярск, 1999. - 193 с.

23. Степанов, Д. И. Услуги как объект гражданских прав: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Степанов Дмитрий Иванович. - М., 2004. – 315 с.

24. Степанова, Е. Н. Трансплантация органов человека: мировой опыт и Россия (гражданско-правовой аспект): дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Степанова Екатерина Николаевна. - М., 2004. – 228 с.

25. Стеценко, С. Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ): дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.01 / Стеценко Семен Григорьевич. - С.-Пб., 2002. - 452 с.

26. Хохлов, В. А. Гражданско-правовая ответственность за нарушение договора: автореф. дисс. докт. юрид. наук: 12.00.03 / Хохлов Вадим Аркадьевич. - Саратов, 1998. – 41 с.

27. Шаблова, Е. Г. Гражданско-правовое регулирование отношений возмездного оказания услуг: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / Шаблова Елена Геннадьевна. - Екатеринбург, 2003. – 42 с.

28. Шевчук, С. С. Личные неимущественные права граждан в сфере медицинских услуг по гражданскому законодательству России: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / Шевчук Светлана Степановна. - Ростов н/Д., 2005. – 46 с.

#### 8. Ресурсы в электронном доступе

1. Аполинская, Н. В. О статусе биологических объектов в гражданском праве РФ: [Электронный ресурс] // URL:<http://law.isu.ru>. 2002. (дата обращения 24 апреля 2012 г.).

2. Баринов, Е. Х., Добровольская, Н. Е., Муздыбаев, Б. М., Ромодановский, П. О. Юридическая квалификация дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок - помощь практическому здравоохранению: [Электронный ресурс] // URL:[http://www.juristlib.ru/book\\_8637.html](http://www.juristlib.ru/book_8637.html) (дата обращения 21 декабря 2013 г.)

3. Гусева, Т. С., Соколова, Н. А., Хлистун, Ю. В., Белянинова, Ю. В., Савина, Л. В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 23-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант» (дата обращения 13 апреля 2013 г.)

4. Данилочкина, Ю. В. Обычаи делового оборота в медицинской деятельности / Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 2008 г. // Справочно-правовая система «Гарант»: [Электронный ресурс] / Компания «Гарант» (дата обращения 21 марта 2013 г.)

5. Лебединец, О. Н. Правовые последствия изменения типа учреждения (на примере ЛПУ) // Спорт: экономика, право, управление. - 2008. - № 4. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс» (дата обращения 23 марта 2013 г.)

6. Иванюшкин, А. Я. Правовые отношения с врачом // Вместе против рака. 2005. № 4: [Электронный ресурс] // URL:[http://www.help-patient.ru/rights/relations\\_doctor/](http://www.help-patient.ru/rights/relations_doctor/) (дата обращения 21 декабря 2013 г.)

7. Новоселов, В. П. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников: [Электронный ресурс] // URL:<http://www.pravo-med.ru/articles/medlaw/6929/> (дата обращения 4 апреля 2011 г.).

8. Пашинян, Г. А., Беляева, Е. В., Добровольская, Н. Е., Ромодановский, П. О. Права пациентов и ответственность медицинских работников в рамках гражданско-правовых отношений при оказании медицинской помощи: [Электронный ресурс] // URL:<http://ncme-rma.ru/materials/50-prava> (дата обращения 21 декабря 2013 г.).

9. Пиддэ, А. Л. Организационно-правовые и экономические основы модернизации здравоохранения в современной России : проблемы и возможности [Электронный ресурс] // URL:[http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=492](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=492) (дата обращения: 29 июля 2013 г.).

10. Хабриев Р.У., Юрьев А. С., Верткин А.Л., Никонов Е. Л. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов: [Электронный ресурс] // URL:<http://www.lawmix.ru/medlaw/16652> (дата обращения 21 декабря 2013 г.).