

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения»

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему **Гражданско-правовая ответственность при осуществлении  
медицинской деятельности**

выполнена **Кутузовым Александром Юрьевичем**

фамилия, имя, отчество студента в творительном падеже

по направлению подготовки/  
специальности

40.04.01

Юриспруденция

код

наименование направления подготовки/ специальности

наименование направления подготовки/ специальности

направленности

наименование направленности

Гражданское право, семейное право, международное частное право

наименование направленности

Студент группы №

**9820 Мк**

подпись, дата

**А.Ю.Кутузов**

инициалы, фамилия

Санкт-Петербург – 2020

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|   |            |
|---|------------|
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b>   | <b>3</b>   |
| <b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b>  | <b>7</b>   |
| 1.1. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: ПОНЯТИЕ И ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ   | 7          |
| 1.2. ПРАВОВОЙ СТАТУС УЧАСТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  | 24         |
| <b>ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b> | <b>42</b>  |
| 2.1. ВИДЫ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ                            | 42         |
| 2.2. УСЛОВИЯ, ОБЪЁМ И ХАРАКТЕР ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ                  | 61         |
| <b>ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СУБЪЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b>              | <b>78</b>  |
| 3.1. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ      | 78         |
| 3.2. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ     | 95         |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>   | <b>113</b> |
| <b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b>   | <b>117</b> |

## Введение

**Актуальность темы диссертационного исследования** обусловлена степенью важности медицинской деятельности для любого человека. Охрана базовых ценностей, жизни и здоровья является первостепенной задачей государства и общества. Однако на современном этапе развития законодательства и медицины имеется множество коллизий, пробелов в нормах права, которые, безусловно, тормозят и вредят всестороннему развитию системы здравоохранения.

Возникновение таких проблем обусловлено отсутствием четких дефиниций, не рассматривается вопрос о принятии дополнительных, более специализированных нормативных правовых актов.

Помимо этого, рассматривая взаимоотношения между пациентом, государством и медицинской организацией, видно, что каждый из субъектов несет определенные убытки. Так, пациент не всегда может получить качественные медицинские услуги из-за отсутствия качественного оборудования, препаратов и нехватки кадров, способных профессионально разбираться в своем направлении лечения. Эти проблемы соответственно вытекают из нехватки финансирования государством всего необходимого. Медицинским организациям приходится вводить такие внутриорганизационные правила, которые способствуют установлению баланса между ними и пациентами. Несмотря на это, пациенты все равно не могут получить всю необходимую им лечебную помощь, а потому вынуждены обращаться в частные клиники. На основании этого ставится под сомнение эффективность социальной политики государства и государственной медицины.

Так же негативно сказывается на всем этом фоне правосознание граждан и медицинского персонала. Они плохо осведомлены о своих правах и обязанностях, отчего регулярно возникают гражданско-правовые споры с целью возмещения вреда здоровью и компенсации морального вреда. При

этом все участники конфликтов не всегда учитывают собственные действия, которые могут повлечь отрицательные последствия на сам процесс лечения. В итоге судебная система становится перегруженной от постоянного рассмотрения споров о том, кто же действительно виноват и в какой степени.

Юристы и суды с учетом разобщенной практики и несовершенного законодательства не всегда могут понять, как именно разрешать подобные споры. В этом мешают такие вопросы, как четкое разграничение ответственности между учреждением здравоохранения и его персоналом, нет ясного представления о том, является ли лечебная деятельность источником повышенной опасности, а также вопрос неурегулированности платных медицинских услуг. Такие обстоятельства приводят к сложностям установления причинно-следственных связей при рассмотрении вопросов о привлечении причинителя вреда к гражданской ответственности.

Вследствие этого важно обратить внимание медицинского сообщества и государства на пробелы в законодательной базе, которые могут быть решены посредством развития положений гражданского и медицинского права, способных стать инструментами разрешения всех вышеописанных проблем.

**Объектом исследования** выступают общественные отношения, которые возникают вследствие гражданско-правовой ответственности при осуществлении медицинской деятельности.

**Предметом исследования** являются гражданско-правовые нормы, мнения ученых и судебная практика, в которых рассматривается ответственность при осуществлении медицинской деятельности.

**Цели и задачи исследования.** Целью исследования является комплексный анализ института гражданско-правовой ответственности при осуществлении медицинской деятельности.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

-осуществить анализ правовой дефиниции «медицинская деятельность», а также правового регулирования названной деятельности;

-охарактеризовать различные элементы правового статуса участников медицинской деятельности;

-изучить особенности видов гражданской ответственности при осуществлении лечения;

-осуществить анализ условий, объёма и характера возмещения вреда при выполнении медицинских услуг;

-исследовать практику привлечения к гражданской ответственности учреждения здравоохранения и их работников.

**Методологической основой исследования** стали как общенаучные (системный, структурно-функциональный, формально-логический), так и экспериментальные методы (индукция и дедукция, анализ, синтез, абстрагирование, обобщение, аналогия), а также специальные юридические методы, такие как формально-юридический, сравнительно-правовой и метод толкования правовых норм.

**Нормативной базой** исследования является Конституция Российской Федерации, Гражданский Кодекс Российской Федерации, законодательство в области медицинского права, иные нормативные правовые акты.

**Теоретической базой** исследования послужили труды, посвященные анализу лечебной деятельности и гражданской ответственности в этой сфере, таких авторов, как С. В. Абдуллина, А. А. Богданова, А. Д. Власова, И. М. Вильголенко, Н. К. Елина, Е. В. Козьминых, А. В. Кузнецов, Е. В. Муравьева, Е. Л. Невзгодина, Л. К. Острикова, А. Н. Пищита, Е. Л. Поцелуев, В. В. Пучкова, Е. В. Рожкова, М. Г. Свередюк, Н. А. Скребнева, М. Ю. Старчиков, А. В. Тихомиров, Е. П. Шевчук, А. И. Шерстобитов и др.

#### **Основные положения, выносимые на защиту диссертации:**

1. Магистрант считает необходимым внести изменения в законодательные определения «медицинская деятельность», «пациент», «врач», «медицинский работник».

2. В ходе изучения вопроса об отнесении медицинской деятельности к источникам повышенной опасности установлено, что программные

установки и оборудование, которое вышло из строя не по вине работника здравоохранения, необходимо считать опасными. К гражданской ответственности в случае причинения вреда пациенту такой аппаратурой должен привлекаться изготовитель устройств, а не их пользователь.

3. Нормативная правовая база в области медицинской деятельности является недоработанной. Требуется принять федеральные законы «О пациенте», «О медицинском сотруднике», «О защите прав потребителей медицинских услуг», а также разработать должностные инструкции, правила и стандарты лечения по узкоспециализированным профилям лечебного дела.

4. В диссертации выявлена проблема юридической неграмотности граждан. Для ее разрешения диссертант предлагает дополнить статью 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пунктом 4, в которой говорится: «Суд обязан уменьшить размер ответственности медицинского сотрудника в случае предоставления доказательств неисполнения или ненадлежащего исполнения требований пациентом, указанных в пункте 1–3 настоящей статьи».

5. При разграничении гражданской ответственности между пациентом и медицинской организацией необходимо руководствоваться обстоятельствами дела в ходе судебного разбирательства. В диссертации установлено, что в первую очередь надо обращать внимание на причинно-следственную связь между действием (бездействием) работника (учреждения здравоохранения) и наступившим вредом. Также стоит учитывать выводы экспертизы, где должны быть указаны факторы, повлекшие вред здоровью.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, трёх глав, включающих в себя шесть параграфов, заключения и списка использованных источников.

## **Глава 1. Теоретико-правовые основы медицинской деятельности**

### **1.1. Медицинская деятельность: понятие и правовое регулирование**

Медицинское право – отрасль права, которая имеет свой уникальный понятийный аппарат, используемый при регулировании в медицинской сфере. Одним из таких терминов является «медицинская деятельность». Уделить внимание вопросу этой дефиниции представляется крайне важным, ведь наличие конкретного и всеобъемлющего определения устранил терминологические неточности.

Сам термин «медицинская деятельность» впервые появился в «Основах законодательства РФ об охране здоровья». Данный закон в п. 1 ст. 54 ввел понятие «определенные виды медицинской деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации»<sup>1</sup>.

В дальнейшем было дано следующее определение «медицинской деятельности» в Постановлении Правительства от 04.07.2002 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»: «Медицинская деятельность включает выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно - поликлинической, санаторно - курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Федеральный закон от 22.07.1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства РФ об охране здоровья»// Ведомости Советов народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318

<sup>2</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2002 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2002. № 27. Ст. 2710

На современном этапе в нормативное регулирование медицины периодически вносились изменения. Теперь основной понятийный аппарат, в том числе и определение медицинской деятельности, закреплён в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данное понятие раскрывается следующим образом: медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях<sup>1</sup>.

По мнению Н. К. Елиной данное определение из-за простого перечисления видов деятельности страдает неполнотой. Необходимо указывать предмет деятельности для понимания, на что направлен труд медицинского работника. Приоритетной целью для медицины должно быть социальная функция, которая способствует поддержанию интересов граждан и государства в восстановлении здоровья пациентов<sup>2</sup>.

Кроме того, по мнению А. А. Сироткиной следует различать понятия медицинская деятельность и медицинская услуга. Она считает, что оказания услуг в сфере медицины не несут в себе социальной функции лечебного дела, не защищают интересы общества и государства.

С данной позицией нельзя согласиться. Оба этих понятия указывают, что медицина направлена на сохранение здоровья, то есть способствует поддержанию полного физического, духовного и социального благополучия, а не только устраняет физические боли и борется с заболеваниями. В этом проявляется схожесть определений и их тождественность.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724

<sup>2</sup> Елина Н.К. К вопросу о роли понятийного аппарата в сфере правового регулирования медицинской деятельности // Медицинское право: теория и практика. 2016. № 1 (3). С. 77



Н. К. Елина утверждает, что медицинская услуга представляет собой комплекс мероприятий, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость<sup>1</sup>. Из этого следует, что в юридическом понимании медицинская деятельность является услугой.

Согласно Толковому словарю Ожегова услуга – это:

- 1) действие, приносящее помощь, пользу другому;
- 2) работа, выполняемая для удовлетворения чьих-либо нужд, потребностей, при обслуживании кого-либо<sup>2</sup>.

Также в «Общероссийском классификаторе услуг населению» в разделе услуг указана медицинская деятельность. В этом нормативном правовом документе среди различных видов услуг представлены: постановки диагнозов, лечение врачами-специалистами, услуги скорой медицинской помощи и другое<sup>3</sup>.

Стоит отметить, что медицинские услуги направлены на удовлетворение интересов физического лица. Так в п. 2 ст. 779 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее - ГК РФ) среди различных видов услуг прописаны медицинские услуги<sup>4</sup>. В данной норме нет деления на платную и бесплатную медицину.

В дополнение к рассмотрению вышеуказанных определений нужно рассмотреть термин «медицинской помощи» в соотношении с «медицинской услугой» и «медицинской деятельностью». Данный анализ позволит лучше узнать различие понятийного аппарата, укажет на противоречия и дискуссионность вопроса.

---

<sup>1</sup> Елина Н.К. К вопросу о роли понятийного аппарата в сфере правового регулирования медицинской деятельности// Медицинское право: теория и практика. 2016. № 1 (3). С. 77

<sup>2</sup> Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. М.: 1983. С. 575

<sup>3</sup> Постановление Госстандарта Российской Федерации от 28.06.1993 № 163 «Об утверждении Общероссийского классификатора услуг населению»// Документ опубликован не был

<sup>4</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301.

Для начала обратимся к отраслевому классификатору «Простые медицинские услуги». В нем дано определение медицинской услуги и медицинской помощи:

«Медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемиологические мероприятия, лекарственное обеспечение и другое), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья»<sup>1</sup>. Сравнивая данные понятия, можно заметить, что «медицинская помощь» является более широким термином нежели «медицинская услуга».

По мнению А. В. Дроздовой медицинскую помощь нужно толковать расширительно. Для этого есть следующая классификация:

- профессиональная помощь (оказывается непосредственно профессионалами в медицинской сфере и оказывается конкретному пациенту в определённой ситуации);
- полупрофессиональная помощь (деятельность первичной медицинской помощи должностных лиц (полицейских, пожарных и другие), которые обучались ее оказывать из-а профессиональных обязанностей, а также эта деятельность студента-медика в ходе его учебной практики);
- непрофессиональная (деятельность лиц по самостоятельному лечению от незначительных заболеваний и травм, оказание психологической помощи для реабилитации больных)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2001 № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» (вместе с «ОК ПМУ 91500.09.0001-2001. Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации. Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги») // Документ опубликован не был

<sup>2</sup> Дроздова А.В. Понятие медицинской услуги как гражданско-правовой категории// Сибирский юридический вестник. 2004. № 3. С. 11

С учётом этого мнения можно отметить, что медицинская деятельность имеет регулярный характер. Помощь же чаще всего используется разово и требуется в крайних, особых обстоятельствах.

Стоит обратить внимание на то, что медицинская помощь является категорией неэкономической. Здесь важна социальная составляющая этого термина. Поэтому медицинская деятельность, как часть медицинской помощи, оказанная профессионально, не предполагает рыночных отношений и элемента возмездности. Это можно утверждать на основании клятвы Гиппократова, которой обязан любой медицинский работник. Понятие медицинской услуги возникло позже.

Так профессор Ю. М. Комаров подробно исследовал данный вопрос и отметил, что в «Толковом словаре живого русского языка» В. Даля, выпущенного в 1863-66 гг. не было термина услуга. Не было его и в энциклопедии, выпущенной в 1890-1907 гг. акционерным издательским обществом «Ф. Брокгауз – И. Эфрон» Эти факты указывают на то, что услуги как термин вошли в оборот с началом рыночных отношений. Исходя из этого, можно утверждать, что данное определение содержит экономические отношения между производителем и потребителем<sup>1</sup>.

Е. В. Рожкова отмечает на важную особенность медицинских услуг – они требуют определённых усилий со стороны пациента. Пациент, как объект медицинского воздействия, обладает большей активностью, которая может быть направлена на благо или же вред больному. В случае возникновения рассогласования между производителем и потребителем услуга может возникнуть по инициативе пациента.

В тоже время сама причина рассогласованности может исходить из противоречий экономической, медицинской и социальной эффективности. С учетом социальной направленности медицины в идеале социальная составляющая должна быть на первом месте, медицинская – на втором, а

---

<sup>1</sup> Комаров Ю.М. Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? // Здравоохранение. 2009. № 5. С. 160

экономическая – на третьем. В действительности для отдельных медицинских учреждений или частнопрактикующих врачей противоречия видов эффективности возникают неоднократно<sup>1</sup>.

Таким образом, когда экономическая эффективность будет на первом месте у медицинского работника, то явно будет наличие конфликта между лицом, оказывающим медицинскую услугу, и пациентом. Это может проявиться в отказе врачом от предоставления его услуг.

Все эти особенности указывают на специфику медицинской услуги, а также на неоднозначное видение исследователей границ понятия «медицинской услуги».

В продолжении стоит выделить мнение Н. К. Мелянченко, который считает, что медицинская помощь может производиться только для коррекции физиологического состояния организма. То есть если лицо не нуждается в лечении, а медицинская услуга была оказана, то это действие будет квалифицироваться не как помощь, а несанкционированное вмешательство медицинское вмешательство<sup>2</sup>.

Похожего мнения придерживается и Ю. М. Комаров. Медицинская помощь, по его мнению, должна быть направлена на оздоровление пациента, а не на его обслуживание. Все медицинские манипуляции в отношении к здоровью пациента, которые не связаны с жизненно важными показаниями, должны быть отнесены к услугам. Иными словами, все, что способствует необходимой медицинской помощи и есть услуги<sup>3</sup>.

В тоже же время, несмотря на вышеописанные взгляды есть ряд ученых, которые иначе трактуют соотношение данных понятий. По мнению А. В. Дроздовой медицинские услуги представляют собой платные мероприятия, которые осуществляются медиками на профессиональной

---

<sup>1</sup> Рожкова Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности// Современные исследования социальных проблем. 2011. С. 9

<sup>2</sup> Мелянченко Н. Качество медицинской помощи. Уточним смысл привычного понятия // Медицинская газета. 2010. № 92. С. 4

<sup>3</sup> Комаров Ю.М. Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? // Здравоохранение. 2009. № 5. С. 161

основе, направлены на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также удовлетворяют потребности граждан в поддержании их здоровья<sup>1</sup>. В данной позиции возмездность является основополагающей характеристикой для медицинской услуги.

И. К. Тогунов считает ошибочным методологический подход, по которому должна производиться оплата только за медицинскую услугу, а не за медицинскую помощь, а также, что в рамках мероприятий по оказанию медицинской помощи приходится возмещать убытки из-за совокупности определенных врачебных действий. Исследователь приводит следующие аргументы против данной позиции: становится очевидным необходимость детального разграничения медицинской деятельности на медицинские услуги и медицинскую помощь. В качестве одного из критериев предлагается определить экономическую составляющую, но и это не всегда требуется. Иначе говоря, медицинскую помощь не стоит оценивать по маркетинговым показателям, чтобы исключить рыночные противоречия двух понятий. Также, если учитывать только экономическую сторону медицинской помощи, то нет возможности определить достаточно ли определенного объема медицинских услуг или необходимо еще определённые процедуры. Таким образом, ученый утверждает, что «медицинская помощь» должна быть за рамками рыночных отношений. Определенные элементы маркетинга могут выступать только в качестве дополнения для полной характеристики медицинской помощи<sup>2</sup>.

Учитывая вышеописанные точки зрения учёных, то можно провести следующие разграничения в понятийном аппарате. Медицинская деятельность является частью медицинской помощи. Медицинская услуга – это часть медицинской деятельности, которая подразумевает наличие экономических и сбалансированных отношений между субъектами в сложившихся между ними рыночных отношений для получения

---

<sup>1</sup> Дроздова А.В. Понятие медицинской услуги как гражданско-правовой категории// Сибирский юридический вестник. 2004. № 3. С. 13

<sup>2</sup> Тогунов И. К. К вопросу сегментирования рынка здоровья // Практический маркетинг. 1999. № 7. С. 6

медицинской помощи, являющейся объектом обмена при осуществлении трудовой деятельности.

Е. В. Рожкова выделила три условия, при которых медицинская помощь в рамках медицинской деятельности может считаться медицинской услугой.

Во-первых, это профессионализм. Только деятельность специалиста в сфере медицины, можно отнести к услугам для получения качественного лечения и скорейшего выздоровления пациента.

Во-вторых, необходимо наличие взаимного согласия между продавцом и покупателем услуги. При данном условии не должны учитываться в качестве услуг ситуации, когда медицинскому работнику приходится оказывать помощь, не дожидаясь получения разрешения пациента на медицинские действия.

В-третьих, оказанная услуга должна быть возмездной. Стоит отметить, что любая профессиональная помощь оказывается возмездно. Но возникают ситуации, когда такая помощь основывается на социальной ответственности медика и оказывается безвозмездно.

После анализа понятийного аппарата стоит теперь перейти к вопросу правового регулирования медицинской деятельности.

В первую очередь стоит отметить, что учреждения здравоохранения могут оказывать свои услуги только при наличии лицензии.

Изначально появление лицензирования медицинской деятельности заложил Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Данный закон ввел понятие лицензирование, которое означало выдачу государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Также там закреплялось положение о том, что все медицинские учреждения независимо

от формы собственности должны получить лицензию для осуществления своей деятельности<sup>1</sup>.

Во исполнение данного закона был издан Приказ Министерства здравоохранения от 20.03.1992 № 93 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Данный нормативный акт закрепил перечень документов, необходимых для осуществления лицензирования, официальную форму бланка лицензии и протокола к ней<sup>2</sup>.

В дальнейшем появился приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.1993 № 148 «О лицензировании и аккредитации медицинских учреждений»<sup>3</sup>. В данном документе лицензирование определялось на возможности заниматься медицинской деятельностью в объеме и функциях, которые могли бы соответствовать материально-техническому обеспечению медицинского учреждения и уровню профессионализма медицинского персонала. Данное понятие включило в себя понятие аккредитации, в результате чего этот механизм не использовался на практике.

Статья 15 Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» установила разграничение систем здравоохранения на государственную, частную и муниципальную. Вне зависимости от того к какой системе относилось учреждение, предприятие и организация, то необходимо было получение лицензии на избранный вид медицинской деятельности.<sup>4</sup>

Постановление Правительства от 25.03.1996 № 350 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» определило

---

<sup>1</sup>Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»// Ведомости СНД и ВС РСФСР. № 27. Ст. 920

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.03.1992 № 93 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»// Документ опубликован не был

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.1993 № 148 «О лицензировании и аккредитации медицинских учреждений»// Документ опубликован не был

<sup>4</sup> Федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства РФ об охране здоровья»// Ведомости Советов народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318

порядок и условия выдачи лицензий на осуществление медицинской деятельности. Этот документ утвердил, что теперь органы исполнительной власти теперь занимаются вопросами выдачи лицензий на срок не менее 3 лет<sup>1</sup>.

Федеральный закон от 25.09.1998 № 198-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» позволил установить конкретные требования и условия для осуществления лицензируемых видов деятельности.

С. В. Лазарев отмечает, что появился главный принцип формирования лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности, а именно требования к персоналу, необходимость соблюдения законодательства в сфере здравоохранения<sup>2</sup>.

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 21.05.2001 № 402 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» предусматривал четыре требования и условия для получения лицензии:

- 1) соблюдение законодательства;
- 2) наличие помещения, которое соответствовало бы всем нормам и стандартам;
- 3) наличие работников, имеющих специальную подготовку и документов, подтверждающих их определенный уровень профессионализма;
- 4) наличие материально-технического оснащения<sup>3</sup>.

В 2001 году произошло принятие нового Федерального закона № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». В отличие от предыдущей версии закона в новой редакции текста нормативного акта видно, что Президент РФ больше не участвует в нормативном регулировании

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 25.03.1996 № 350 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 1996. № 14. Ст. 1455

<sup>2</sup> Лазарев С.В. История формирования лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности в России (на примере Москвы)// Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 6. С. 24

<sup>3</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 21.05.2001 № 402 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2001. № 22. Ст. 2247



сферы лицензирования. Данной деятельностью теперь занималось только Правительство РФ<sup>1</sup>.

Благодаря Постановлению Правительства от 30.06.2004 № 323 «Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития» появился орган власти, имеющий полномочия по лицензированию медицинской деятельности<sup>2</sup>.

В 2007 году Постановлением Правительства от 22.01.2007 № 30 было утверждено новое Положение о лицензировании медицинской деятельности. В нём было увеличено количество лицензионных требований к лицензиату и количество необходимых документов для получения лицензии, появился новый перечень медицинских работ и услуг<sup>3</sup>.

В развитие вышеописанного Положения Приказом Министерства здравоохранения и социального развития был издан приказ «Порядок организации работ «услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи»<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2001. № 19. Ст. 2716

<sup>2</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 «Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»// Собрание законодательства РФ. 2004. № 28. Ст. 2900

<sup>3</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2007. № 5. Ст. 656

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 10.05.2007 № 323 «Порядок организации работ «услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи»// Российская газета. 2007

В 2011 году был принят новый Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»<sup>1</sup>. Этот нормативный акт и по сей день регулирует вопросы лицензирования различных видов деятельности. В законе в качестве новеллы появляется новое толкование лицензионных требований: это требования, которые установлены положениями о лицензировании конкретных видов деятельности, основаны на соответствующих требованиях законодательства Российской Федерации и направлены на обеспечение достижения целей лицензирования.

Сейчас лицензирование медицинской деятельностью регулируется Постановлением Правительства от 16.04.2012 № 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»)»<sup>2</sup>. С учетом данного подзаконного акта появились новые требования, такие как: появление определённого порядка оказания услуг, теперь руководителю медицинской организации нужно обязательно получить дополнительное профессиональное образование по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Рассматривая вопрос правового регулирования медицинской деятельности, важно обратить внимание на нормативные акты, регулирующие подготовку медицинских сотрудников. Основными документами по этому вопросу являются Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 20.08.2007 № 553 от 20.08.2007 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.08.1999 № 337 «О номенклатуре специальностей в

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»//Собрание законодательства РФ. 2011.№ 19. Ст. 2716

<sup>2</sup> Постановление Правительства от 16.04.2012 № 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

учреждениях здравоохранения Российской Федерации» и письмом Министерства здравоохранения № 2510/149-01-32 от 05.01.2001. Данные акты регулируют обучение медицинских специалистов только в период нахождения в интернатуре и ординатуре.

Приказом Минздрава СССР № 755 от 22.06.1983 г. «О типовой номенклатуре должностей, подлежащих замещению специалистами с высшим и средним специальным образованием в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР (без медицинского и фармацевтического образования)» регулируется выдача лицензий сотрудникам, не имеющим медицинского образования.

Работу в лабораторном деле регулирует Приказ Министерства здравоохранения СССР № 755 от 22.06.1983 «О типовой номенклатуре должностей, подлежащих замещению специалистами с высшим и средним специальным образованием в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР (без медицинского и фармацевтического образования)».

Стоит отметить, что в медицинских учреждениях могут работать не только лица с наличием медицинского образования. Так, Приказ Министерства здравоохранения СССР от 13.07.1989 г. № 418 «Об утверждении новой редакции «перечня высших и средних специальных учебных заведений, подготовка и полученные звания в которых дают право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью» дал возможность выпускникам биологических факультетов устраиваться работать в системе здравоохранения на должностях научных сотрудников, лаборантов для занятия научно-исследовательской деятельностью.

После рассмотрения нормативных актов необходимо отметить, что, несмотря на все многообразие правового регулирования медицинской деятельности, по данному вопросу имеются проблемы. Интерес к поиску разрешения выхода из данного положения исходит как от медицинских работников, так и от представителей профессионального и научных

сообществ, в том числе и в сфере юриспруденции. Р. И. Абушов приводит несколько аргументов для указания всей остроты поднимаемых проблем<sup>1</sup>.

Для начала стоит обратить внимание на рост числа обращений пациентов по отношению к медицинским работникам по различным нарушениям. Это основание указывает на актуальность темы и необходимость определения общих условий использования прав субъектами в медицинской деятельности.

Также автора беспокоит появление «пациентов-предпринимателей». Данные лица злоупотребляют своими правами и зарабатывают на деятельности специалистов в сфере медицины. Указанная проблема является показателем недостаточности правового регулирования в здравоохранении и требует устранения посредством детальной выработки правовых средств.

В дополнение Р. И. Абушов считает, что тенденция на ужесточение уголовной и административной ответственности, связанная с обращением лекарственных препаратов, заставляет задуматься о причинах появления подобных мер со стороны государства, а также о наличии правонарушений со стороны медицинских учреждений и бизнеса.

Анализируя законодательство, стоит отметить, что медицинская деятельность регулируется различными нормативными правовыми актами, содержащими в себе частно- и публично-правовые начала. Для разрешения различных ситуаций могут одновременно применяться положения Конституции РФ, Гражданский кодекс РФ, Уголовный кодекс РФ, Кодекс об административном правонарушении, различные федеральные законы и подзаконные акты, такие как Постановления Правительства и Приказы Министерства здравоохранения РФ. Такой массив правовой информации для лиц, не имеющих юридической подготовки, сложен для понимания и определения такой модели поведения, чтоб определенные действия не выходили за рамки закона. Из-за вышеперечисленного видны изъяны в

---

<sup>1</sup> Абушов Р. И. Проблемы правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации// Актуальные вопросы права и отраслевых наук. 2015. № 1. С. 76

правовом регулировании медицинской деятельности, становятся понятны причины, по которым возникают случаи злоупотребления пациентами своих прав.

В связи с указанными обстоятельствами выше М. Рудаков отмечает, что законодательная база в сфере медицины несовершенна, она только формируется. Все проблемы сложились в стране на уровне государства и общества и требуют постепенного разрешения<sup>1</sup>.

Также врач-хирург Д. Юон, имеющая юридическое образование, утверждает, что корень большинства проблем в медицине – в нежелании пациентов принять тот факт, что помимо прав у них есть еще и обязанности. Лечащиеся не заботятся о своем здоровье надлежащим образом. Они считают в порядке вещей не соблюдать советы врачей и отступать от необходимого курса лечения<sup>2</sup>.

В продолжение перечисления проблем в медицинской деятельности Р. И. Абушов считает признать большое количество профилей и видов медицинских услуг. В результате появляется законодательная база, которая не может в полной мере учесть подобные обстоятельства. В результате правотворчества закрепляются лишь частично правила и стандарты оказания медицинских услуг. В качестве примера исследователь приводит сферу эстетической медицины, а именно косметологию. В связи с нехваткой специальных актов специалистам приходится применять только общие правила медицинской деятельности. На примере одной из многих неурегулированных сфер в лечебном деле становится ясно, что без должного правотворчества не будут совершенствоваться организационные принципы оказания помощи и уровень качества услуг останется некачественной.

Наиболее острой проблемой в медицинской деятельности является низкий уровень соблюдения законодательства её субъектами. Р. И. Абушов привёл несколько примеров подобных нарушений:

---

<sup>1</sup> Оюн Д., Рудаков, М. Защита врача... от пациента // Тувинская правда. 2015. № 23. С. 5

<sup>2</sup> Там же. С. 5

1. Нарушение уголовного законодательства.
2. Игнорирование со стороны медицинских сотрудников правил оказания медицинской помощи по определённому профилю.
3. Нарушения требований законодательства в части обязательности заключения с пациентом договора об оказании платных медицинских услуг.
4. Отсутствие получения добровольного согласия пациента на определенный вид медицинского вмешательства.

Резюмируя изложенное, можно сделать вывод, что в медицинской деятельности необходимо развивать понятийный аппарат, а также нормативное правовое регулирование.

Отметим, что определение медицинской деятельности через перечисление её видов неудачно. В связи с этим предлагается заменить определение на то, что придумано Н. К. Елиной: «медицинская деятельность как деятельность по оказанию медицинской помощи – это совокупность действий по оказанию услуг и (или) выполнению работ по исследованию, укреплению (поддержанию) и сохранению (восстановлению) организма человека в целом, а также его отдельных органов и тканей»<sup>1</sup>. Данное понятие стоит признать удачным, ведь оно в себе сочетает как специфику медицины, так и её целевые установки.

Что касается правового регулирования, то, несмотря на наличие множества правовых актов, видно из вышеописанного анализа, что пробелы в законодательстве имеются. Вследствие этого необходимо провести правотворческий процесс по определенным вопросам.

В первую очередь по конкретным направлениям лечебного дела, по которым отсутствуют нормативная база, требуется разработать должностные инструкции определенных специалистов, а также правила и стандарты лечения, регулирующие узкие профили медицины.

---

<sup>1</sup> Елина Н.К. К вопросу о роли понятийного аппарата в сфере правового регулирования медицинской деятельности// Медицинское право: теория и практика. 2016. № 1 (3). С. 138

Для разрешения проблемы, связанной с «пациентами-предпринимателями» предлагается установить административную ответственность в виде штрафа. В дополнении к этому надо внести в должностные инструкции медицинского персонала обязанность отслеживать прием, уровень посещаемости и цели прихода пациентов к врачам для обнаружения лиц, которые злоупотребляют своими правами с целью извлечения прибыли.

Далее стоит обратить внимание на частое нарушение законодательства Российской Федерации сотрудниками здравоохранения. Для разрешения этой проблемы предлагается вести профилактическую работу, которая станет инструментом противодействия медицинских преступлений. В связи с этим предлагается создать надзорный орган, осуществляющий контроль за деятельностью врачей. Также в программу подготовки студентов-медиков нужно ввести курс медицинского права, где будут подниматься вопросы ответственности медицинского персонала.

Разрешение вышеописанных проблем позволит сделать труд специалистов в лечебном деле более эффективным и качественным, повысит уровень доверия населения к медицинским услугам.

## 1.2. Правовой статус участников медицинской деятельности

В ходе изучения любой деятельности первостепенное значение имеет анализ правового статуса участников правоотношений. В лечебном деле центральными фигурами выступают пациент и медицинский сотрудник. Для выявления и предотвращения проблем в вопросе, который связан с гражданской ответственностью в медицинской сфере, требуется изучить весь комплекс прав и обязанностей вышеописанных субъектов. Такое исследование укажет на необходимые корректировки в правовом регулировании взаимоотношений между пациентом и медиком, повысит уровень защиты таких неимущественных благ, как жизнь и здоровье, которые ценны как для отдельного гражданина, так и для общества.

Для начала начнём разбор правового статуса пациента. По мнению О. Н. Трошкиной актуальность рассмотрения данного вопроса обусловлена состоянием здоровья населения России. Автор обращает внимание, что из 1,5 миллиардов случаев обращения пациентов за медицинской помощью и из них около 150 тысяч являются случаями оказания некачественных медицинских услуг<sup>1</sup>.

Рассмотрение в первую очередь комплекса прав у данного участника правоотношений обуславливается тем, что само лечебное дело является ориентированным на укреплении здоровья человека, поддержании долголетней жизни, а также даёт смысл для осуществления деятельности лиц, оказывающих лечебную помощь. Интересы больного основываются на субъективных правах и обязанностях. Стоит отметить, что правовой статус пациента не имеет по сути юридического содержания. В самом законодательстве нормативные правовые акты предоставляют ограниченный перечень прав. Этот аспект на практике приводит к конфликтам между

---

<sup>1</sup> Трошкина О. Н. Актуальные защиты прав пациента в условиях глобализации// Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2014. № 3 (7). С. 4



больным и медицинским сотрудником, ведь закрытый перечень полномочий дает ограниченные возможности для поддержания своего здоровья.

Анализируя правовой статус больного, важно выделить вопрос, связанный с термином «пациент». Данное понятие закреплено в статье 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Оно трактуется следующим образом: «пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния»<sup>1</sup>. В данной формулировке непонятно с какого момента лицо становится больным. Также отсутствуют объективные причины считать, что данный статус человек приобретает после возникновения у него необходимости обратиться в учреждение здравоохранения. Наличие только намерения посетить медицинского сотрудника не влечёт обязанности по оказанию лечебной помощи. Возникновение долга для осуществления профессиональных действий начинается с момента, когда медик осознал, что для реализации прав пациента необходимо проводить комплекс мер для поддержания здоровья в целостности.

Также, по мнению А. Г. Блинова сам официальный термин является несовершенным, отсутствует однозначная трактовка в науке и правоприменительной практике. Такого рода толкование приводит к невозможности применения понятия в нормотворческой и судебно-следственной деятельности. Поэтому возникает потребность в появлении термина, который бы охватывал все признаки, характеризующие значение термина «пациент». Раскрытие интерпретации данного слова отобразит основы правового статуса больного, укажет на ориентиры для совершенствования медицинского права.

Теперь рассмотрим предложенные учёными дефиниции. А. В. Тихомиров под пациентом понимает человека, который обращается к врачу с

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

нуждой в его профессионализме для консультативной помощи и коррекции самочувствия<sup>1</sup>. Данный термин ошибочен. Если следовать логике позиции исследователя, то выходит, что помочь пациенту в состоянии только врач. В действительности же работник со средним медицинским образованием также может осуществить профилактическую, диагностическую и лечебную помощь гражданину.

Н. И. Махонько в понятие «пациент» вкладывает следующее значение: «лицо, обратившееся в лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, к врачу частной практики за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи независимо от того, болен он или здоров»<sup>2</sup>. Этот термин более совершенный, но в нём есть недостатки. Так, автор не учитывает того, что больные могут обращаться не только за получением диагностической, лечебной или реабилитационной помощи, но и быть в качестве лица, который нуждается в эстетической медицине. Несмотря на отсутствие заболеваний, субъектом по данному виду услуг всё равно будет выступать в роли пациента. Также человек, который решил участвовать в качестве испытуемого в биомедицинских экспериментах для научных целей, будет обладать правовым статусом больного.

А. Н. Пищита под термином «пациент» понимает лицо, вступившее в правовые отношения с медицинскими сотрудниками и (или) другими представителями медицинского учреждения по поводу получения медицинской помощи<sup>3</sup>. По мнению диссертанта, термин слишком обобщен. В нём отсутствует понимание того, что подразумевает исследователь под «медицинской помощью». Также непонятно, с какого момента считать, что лицо вступило в отношения с медицинским представителем.

Наиболее удачную дефиницию предложил А. Г. Блинов. По его мнению, пациентом признается человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение

---

<sup>1</sup> Тихомиров А. В. Медицинское право: практ. пособие. М., 1998. С. 70

<sup>2</sup> Колоколов Г.Р., Махонько Н. И. Медицинское право: учеб. пособие. М., 2009. С. 243

<sup>3</sup> Пищита А. Н. Правовой статус российского пациента// Журнал российского права. 2005. № 11. С. 47

услуги медицинского, психиатрического, фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо приглашенный для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Данный термин является отражением анализа вышеописанных понятий и является совокупностью предложенных мнений учёных. В тоже время эта дефиниция все равно не отражает временной промежуток, с которого лицо должно считаться пациентом, а также содержит закрытый перечень услуг. Необходимо предоставить законодателю возможность пополнять список медицинских работ с учётом развития медицинских технологий и появлению новых видов заболеваний.

Далее рассмотрим принципы правового статуса пациента. В статье 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплены общие принципы для охраны здоровья. Они указывают руководящие положения, которыми должна руководствоваться вся структура здравоохранения. В тоже время стоит учитывать, что статус пациента носит специфический характер, поэтому ему нужны свои специальные принципы. Для этого И. А. Шмелев и В. В. Сергеев предложили закрепить и детализировать правовой статус пациента в Федеральном законе «О правах пациента». Данные исследователи указали в своей работе, что проект такого закона уже был внесён депутатом Государственной Думы А. Г. Саркисяном в июне 2001 года. В этом документе были предложены следующие принципы:

- а) основополагающая ценность жизни;
- б) уважение достоинства;
- в) индивидуальность и выбор;
- г) признание пациента в качестве равноправного участника при принятии решения о медицинском вмешательстве;
- д) утверждение принципа взаимного доверия во взаимоотношениях пациента и медицинского работника;

е) контроль и независимая экспертиза качества медицинской и лекарственной помощи и другие.

Данные принципы являются узкоспециализированными из-за ориентирования на интересы и потребности пациента. Также они затрагивают правовой статус врача, что указывает на возможность комплексного применения при создании правовых норм и разрешению споров на практике.

Следующим аспектом правового статуса выступают права, которые имеются и у пациента. Такие исследователи, как Н. И. Платонова, А. В. Смышляев, Т. Э. Мартиросян, под правами понимают утвержденные нормами международного и национального права, гарантии гражданам охраны их здоровья и предоставления медицинской помощи в случае необходимости<sup>1</sup>. Они закреплены в Конституции Российской Федерации и главе 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В юридической практике, несмотря на наличие определенного комплекса прав, были случаи, в которых были выявлены проблемы, связанные с необходимостью дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы.

Для реализации данной меры А. Н. Пищита выделил несколько предложений, которые способствуют возрастанию роли прав пациентов в системе здравоохранения, такие как:

а) выявление пробелов в нормативно-правовых актах и систематизация прав с учётом реалий современной медицинской деятельности;

б) значимость общественных правозащитных организаций в области охраны здоровья должна возрасти;

в) возникла необходимость увеличить количество дел, где выявлены нарушения и ограничения прав пациентов;

---

<sup>1</sup> Платонова Н. И., Смышляев А. В., Мартиросян Т. Э. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи и способы их урегулирования в Российской Федерации (теоритические основы и судебная практика)// Проблемы экономики и юридической практики. 2018. С. 194

г) требуется постепенно переходить к демократической форме взаимоотношений между пациентами и медицинскими сотрудниками<sup>1</sup>.

Среди частых нарушений прав в отношении больных выделяют разглашение врачебной тайны. Здесь конфиденциальными становятся данные о факте обращения в медицинскую организацию, о состоянии здоровья пациента, заболевании, которые стали известны специалисту в ходе осуществления своих профессиональных обязанностей. Институт врачебной тайны является инструментом предупреждения от возможного причинения вреда больному, его родственникам и третьим лицам в ходе оглашения личных медицинских сведений. В Российской Федерации за подобное правонарушение предусмотрена гражданская, уголовная, административная и дисциплинарная ответственность. Как известно, пациент помимо привлечения виновного лица к наказанию может требовать компенсацию морального вреда. Статья 150 ГК РФ под этим институтом подразумевает наличие физических и нравственных страданий<sup>2</sup>. Даже если пациент докажет, что он действительно имеет право на данную компенсацию, то есть определенные сложности. Так, Н. И. Платонова, А. В. Смышляев, Т. Э. Мартиросян в своём исследовании указывают на то, что отсутствует закреплённый порядок определения размера морального вреда. Аргументы судей, которые базируются на их личных взглядах о принципах справедливости и разумности предоставляют незначительную часть денежных выплат от той суммы, которую запрашивал пострадавшее лицо. В действительности данный механизм является неэффективным, а сам институт врачебной тайны не предоставляет качественной защиты, не способствует предупреждению от недобросовестных поступков специалистов в сфере здравоохранения.

В продолжение темы возрастания роли прав пациентов, некоторыми учёными предлагается делать определенные классификации. Сама идея

---

<sup>1</sup> Пищита А. Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. 2005. № 11. С. 48

<sup>2</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

возникла по ряду факторов, из-за которых это предлагается сделать из-за того что:

а) медицинская деятельность разнопланова, в каждом направлении лечебного дела есть свои особенности и уникальные методы лечения;

б) есть ряд прав, которые регламентируются на основе морали, биомедицинской этике, общей культуре поведения людей;

в) пациенты имеют различия по полу, состоянию здоровья, отношению к определенному виду профессиональной деятельности и другие аспекты.

Исходя из этого С. Г. Стеценко утверждал о необходимости следующей классификации:

а) права граждан в области охраны здоровья;

б) права отдельных групп населения в области охраны здоровья;

в) права пациентов<sup>1</sup>.

А. Н. Пищита предлагал следующую классификацию:

а) общие права пациентов;

б) права пациентов в области медицинского страхования;

в) права пациентов при оказании различных видов медицинской помощи;

г) права различных профессиональных и социальных категорий граждан<sup>2</sup>.

Анализируя представленные классификации, безусловно видно их сходство в выделении определенных категорий лиц. В тоже время, по мнению диссертанта, наиболее обоснованной выглядит систематизация, составленная А. Н. Пищита. Во-первых, она более подробная, во-вторых, в ней учтены все возможные аспекты, на основе которых можно вносить ряд поправок в законодательные акты.

---

<sup>1</sup> Стеценко С. Г. Медицинское право: Учебник. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс». 2004. С. 141-142

<sup>2</sup> Пищита А. Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. 2005. № 11. С. 48-49

После анализа прав, не стоит забывать о наличии обязанностей у пациентов. Они прописаны в статье 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно:

- 1) граждане обязаны заботиться о своём здоровье;
- 2) граждане обязаны проходить медицинские осмотры, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой своих заболеваний;
- 3) граждане в период прохождения лечения обязаны соблюдать режим лечения<sup>1</sup>.

Помимо этого, есть и другие обязанности, предусмотренные специальными законами.

Во-первых, в пункте 1 статьи 13 Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом-иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», предусмотрена обязанность соблюдать меры предосторожности ВИЧ-инфицированных людей для избегания заражения других людей<sup>2</sup>.

Во-вторых, согласно пункту 3 статьи 5 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» граждане обязаны выполнять все требования медицинского характера или отказаться от прививки при осуществлении профилактики<sup>3</sup>.

В-третьих, Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» устанавливает обязанность выполнять требования санитарного законодательства, заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей и другие обязанности<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724

<sup>2</sup> Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом-иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Собрание законодательства РФ. 1995. № 14. Ст. 1212

<sup>3</sup> Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» // Собрание законодательства РФ. 1998. № 38. Ст. 4736

<sup>4</sup> Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства РФ. 1999. № 14. Ст. 1650

Стоит отметить, что в действительности, несмотря на то, что пациенты с каждым годом всё больше предъявляют требований к учреждениям здравоохранения, они плохо проинформированы о своём правовом статусе. Так, О. И. Косухина провела анкетирование больных в части знаний нормативной базы их прав и обязанностей в медицинской сфере. По итогам опроса исследователь выявила недостаточность знаний правовой базы, а также был подтверждён факт использования недостоверных источников<sup>1</sup>.

Аналогичного мнения придерживается и О. А. Смирнова. Она считает, что низкий уровень правовой информированности у врачей и пациентов связано с неготовностью на практике реализовывать нормы закона<sup>2</sup>.

По мнению А. Н. Пищиты, низкая информированность граждан и малоизученность обязанностей пациентов связана с восприятием больных как более уязвимой стороны во взаимоотношениях с медицинским персоналом. Помимо этого, на практике сложилось убеждение, что природа медицинской помощи заключается только в том, что лицо в силу состояния своего здоровья обращается к специалисту, которое должно облегчать и устранять симптомы его заболеваний<sup>3</sup>.

Теперь перейдем к анализу правового статуса второго участника правоотношений – медицинскому работнику. Данный субъект является ключевой фигурой в правоотношениях с пациентом. Важно отметить, что ценой врачебной ошибки является жизнь человека. Несмотря на это, статус врачей до сих пор не раскрыт.

Как отмечает А. Д. Постникова, с момента принятия первого нормативного акта в сфере медицины прошло более полувека и за это время появились права пациентов, высокие требования к медицинскому персоналу, но статус врача не был определён<sup>4</sup>. Исходя из этого, отсутствие

---

<sup>1</sup> Косухина О. И. Сопоставление субъективного мнения врачей и пациентов о знании своих прав с нормативной базой (на основе анкетирования)// Судебная медицина. 2019. № 15. С. 110

<sup>2</sup> Смирнова О. А. Основные обязанности пациентов при получении медицинской помощи// Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1. С. 148

<sup>3</sup> Пищита А. Н. Правовой статус российского пациента// Журнал российского права. 2005. № 11. С. 50

<sup>4</sup> Постникова А. Д. Правовой статус врача// Журнал Энигма. 2019. № 10-1. С. 355



регулирования этого правового института могут привести к различным негативным последствиям. Создание необходимых норм, закрывающих эти пробелы в законодательстве, приведут к изменению ситуации в здравоохранении, а также закрепят положение врача.

Начнём анализ правового статуса с понимания того, какое определение даёт законодательство медицинскому сотруднику. Согласно статье 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «медицинский работник - 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»<sup>1</sup>.

Благодаря данному понятию можно выявить основополагающие признаки, которые формируют положение данного специалиста:

1) в первую очередь необходимо обладать определенным уровнем знаний и компетенций, которые можно получить при условии получения медицинского или иного образования;

2) требуется осуществлять профессиональную медицинскую деятельность в учреждениях здравоохранения;

3) трудовые обязанности имеют целевое назначение – осуществление медицинской деятельности;

4) помимо вышеперечисленного, медицинский работник должен представить документы, подтверждающие возможность оказания лечебной помощи, а именно сертификат специалиста и свидетельства об аккредитации.

Стоит отметить, что есть дополнительные требования к лицам, которые хотят самостоятельно заниматься медициной – индивидуальные предприниматели. Им нужно пройти регистрацию в качестве

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

индивидуального предпринимателя и получить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Правовой статус врача также раскрывается в приложении к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников». В данном нормативном правовом акте содержится перечень лиц, которые могут быть отнесены к медицинским сотрудникам: должности руководителей; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения) медицинской организации; главная медицинская сестра; специалисты с высшим медицинским образованием; специалисты с высшим профессиональным (немедицинским) образованием; средний медицинский персонал; младший медицинский персонал; фармацевтические работники<sup>1</sup>.

Как видим, понятие «медицинского сотрудника» раскрыто основательно и подробно. В тоже время в самом термине О. В. Безрукова указала на следующий дефект, а именно: лицо для получения возможности заниматься медицинской деятельностью, должно получить медицинское и иное образование<sup>2</sup>. Акцент здесь на том, что отсутствуют указания на какие именно программы обучения, помимо медицинского вуза, стоит идти лицу, желающему стать специалистом в области лечебного дела. Также есть риск того, что лица с иной профессиональной подготовкой могут причинить вред пациентам.

В продолжение разбора терминологического аппарата важно отметить, что, несмотря на распространённость понятия врача, в самом законодательстве нет необходимого определения. Но в статье 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» есть понятие «лечащий врач», который занимается организацией

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»// Российская газета. 2013. № 65

<sup>2</sup> Романовская О. В., Безрукова О. В. Особенности правового регулирования профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации// Наука. Общество. Государство. 2014. № 4. С. 3

и непосредственной помощью пациенту в период его наблюдения и лечения<sup>1</sup>. Однако данный термин является частным по отношению к общему пониманию слова «врач». Всё это приводит к размытости понимания общих основ лечебного дела, ведь у каждого класса докторов возможно только своё представление на указанное определение через призму специализации, которой они занимаются. Такой узкий взгляд каждого специалиста не даёт фундаментальных взглядов на необходимый термин, который так нужен в современном медицинском сообществе.

Следующее, что непосредственно затрагивает правовой статус медицинского сотрудника, это клятва врача. В профессиональном сообществе медиков этому уделяется особое и трепетное отношение. О. В. Безрукова отмечает, что раньше факт такого события удостоверялся личной подписью в дипломе врача, а теперь такой процедуры не предусмотрено. В практической деятельности сложилось мнение, что Клятва – это своего рода этическое мероприятие, которое не имеет юридических последствий вследствие его нарушений. Как отмечает исследователь, сейчас современный мир ориентирован на усилении значения этических документов<sup>2</sup>. Эти документы без сомнения являются важной вехой в становления любого медицинского специалиста, но без наличия юридической силы эти правила поведения не будут соблюдаться в полном объёме.

Далее, помимо вышеописанных проблем А. Д. Постникова выявила, что в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отсутствует соотношение по объёму полномочий между врачом и должностным лицом. Здесь важно понимать, что профессия представляет собой занятие определенным видом трудовой деятельности, а

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

<sup>2</sup> Романовская О. В., Безрукова О. В. Особенности правового регулирования профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации// Наука. Общество. Государство. 2014. № 4. С. 3

должность включает в себя выполнение определенных полномочий и наличие ответственности<sup>1</sup>.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации № 191 и Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 541н раскрывают различные должности, определяют служебные полномочия врачей различных категорий и иного персонала.

Следовательно, у каждого медицинского сотрудника есть свой комплекс прав, обязанностей и квалификационных требований. Получается, что в бюджетных организациях здравоохранения осуществляют деятельность как непосредственно служебный персонал, так и должностные лица.

Как известно, исходя из Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 541н, должностные лица выполняют распределительные функции между всеми сотрудниками, осуществляют организационно-распорядительную работу, а также занимаются административно-хозяйственной деятельностью<sup>2</sup>.

А. Д. Постникова отметила, что врачи осуществляют приём пациентов и не выполняют функций главного врача и в тоже время на законодательном уровне остаётся в неопределённом виде их правовой статус<sup>3</sup>. Такое отсутствие правового регулирования профессиональных обязанностей докторов в федеральном законе приводит к неопределённости и отсутствию чёткого понимания и осуществления на практике, даже с учётом наличия Приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Помимо всего прочего среди исследователей есть точка зрения, согласно которой определенных медицинских работников нужно признавать должностным лицом. А. К. Квиница считает, что любая деятельность врача

---

<sup>1</sup> Постникова А. Д. Правовой статус врача// Журнал Энигма. 2019. № 10-1. С. 357

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07. 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Российская газета. 2010. № 217

<sup>3</sup> Постникова А. Д. Правовой статус врача// Журнал Энигма. 2019. № 10-1. С. 358-359

не имеет связи с организационно-распорядительной функцией, но при этом всё равно является составной частью статуса медика<sup>1</sup>. С данной точкой зрения стоит согласиться, ведь среди многочисленных обязанностей врач осуществляет учёт и ведение медицинской документации. Именно он выдаёт рецепты, предоставляет больничные и выдаёт необходимые справки для образовательных учреждений разных уровней, ведёт статистическую отчётность и выполняет другие важные функции.

Такой широкий спектр должностных функций доктора является неотъемлемой составляющей его работы, а значит, в любом случае вызывает определённые юридические последствия. В частности, этого мнения придерживается и А. В. Кузнецов. Он отмечает, что врачи являются по факту чиновниками, ведь большая часть их полномочий выражена в составлении больничных листов и иной медицинской документации<sup>2</sup>.

Согласно статье 10 Федерального закона «О системе государственной службы Российской Федерации» государственным служащим является лицо, которое осуществляет профессиональную служебную деятельность на должности федеральной государственной службы (государственной гражданской службе субъекта Российской Федерации) и получающий денежное содержание (вознаграждение, довольствие) за счет средств федерального бюджета (субъекта Российской Федерации)<sup>3</sup>.

На взгляд диссертанта, под данное определение подпадает статус медицинского работника.

Во-первых, государственный служащий действует от имени Российской Федерации или определённого субъекта и по его поручению осуществляет свою деятельность. Медицинский работник также осуществляет свою деятельность в государственных учреждениях системы здравоохранения от имени государства и выполняет задачи, поставленные

---

<sup>1</sup> Квициния А.К. Взяточничество и борьба с ним// Сухуми: Алашара. 1980. С. 182

<sup>2</sup> Кузнецов А. В. Некоторые соображения о госслужбе. Государственная служба и служащие государственных научных, образовательных и медицинских учреждений// Васильевский полигон. 2008

<sup>3</sup> Федеральный закон от 27.05.2003 г. № 58-ФЗ «О системе государственной службы Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2003 .№ 22. Ст. 2063

различными властными органами, в том числе Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Во-вторых, к государственному служащему есть ряд требований для возможности осуществлять свои функции на практике, а именно образование, стаж и опыт работы. Аналогичные правила применяются к медицинским работникам. Так, к специалисту по лечебному делу необходимо получить высшее образование, сертификат специалиста и лицензию на возможность осуществления своей деятельности.

В-третьих, медицинский сотрудник в государственных учреждениях здравоохранения занимает определённую должность, которая возникла по указанию государства.

В-четвертых, труд этого специалиста в больницах оплачивается из бюджета государства.

Итак, все характеристики государственного служащего применимы к медицинскому работнику государственных учреждений.

Что касается прав и обязанностей медицинского работника, то они содержатся в статьях 72-73 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>1</sup>. Данные статьи имеют декларативный характер, и большинство из них детализируются в других нормативных правовых актах, в том числе, в Трудовом кодексе Российской Федерации. О. В. Романовская и О. В. Безрукова считают, такое дублирование норм излишним и отягчающим для правовой базы. Также эти исследователи подчёркивают, что современный перечень прав остаётся нереализованным на практике. Например, есть право на создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации. На данный момент в нормативных актах не раскрыт

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724

перечень необходимых специалисту устройств. В связи с этим возникают конфликты с пациентами на практике из-за отсутствия необходимого оборудования.

В заключение, после проведения анализа правового статуса пациента и медицинского сотрудника предлагается ряд изменений в нормативном регулировании касаясь каждого субъекта медицинских правоотношений. Начнём с новелл в отношении больного лица:

1) дефиниция «пациент», предложенная законом, не является удачной. В связи с этим, предлагается следующая формулировка: пациентом признаётся лицо, которое является непосредственным участником здравоохранительных правоотношений, с момента, когда состояние здоровья и самочувствие побудило волю субъекта реализовать свои медицинские права для получения услуг лечебного, психиатрического, фармацевтического характера и иных медицинских воздействий, направленных на улучшение и полное восстановление организма;

2) предлагается создать Федеральный закон «О пациенте». В нём закрепить упомянутые выше принципы, предложенные А. Г. Саркисяном, а также открытый перечень прав и обязанностей, ответственность больного в случае его неправомерных действий, прописать статус и функции правозащитных организаций в области защиты прав данного субъекта;

3) в связи с проблемами, касающихся разглашения врачебной тайны, требуется выработка специального нормативного акта, регулирующего определенные минимальные суммы компенсаций морального вреда, которые должны удовлетворить пациентов и других граждан в случае причинения им вреда. В случае наличия обстоятельств и документов, подтверждающих необходимость выплаты выше установленной, то суд исходя из предложенных доказательств и своего оценочного мнения, которое учитывает принципы справедливости и разумности, обязан будет это осуществить. Также предлагается сумму компенсации сделать «подвижной и

активной)», а именно закрепить норму об индексации денежных сумм не реже одного раза в год;

4) касаясь классификаций прав пациентов, то предлагается, чтоб общие права пациентов всегда были отражены в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а под остальные категории ввести нормы в специальные федеральные законы, которые созданы под определенный вид медицины. Также в законы, регламентирующие профессиональные категории граждан, должны быть прописаны особые права и льготы с учётом специфики их рода деятельности;

5) в связи с низкой информированностью пациентов о своих правах и обязанностях и возникающих из-за этого проблем, диссертант предлагает дополнить статью 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пунктом 4, в которой говорится: «Суд обязан уменьшить размер ответственности медицинского сотрудника в случае предоставления доказательств неисполнения или ненадлежащего исполнения требований пациентом, указанные в пункте 1-3 настоящей статьи». Данная новелла закрепит подход судей при разрешении подобного рода ситуаций, а также должно повысить уровень внимания граждан не только к своим правам, но и к обязанностям.

В отношении медицинских сотрудников диссертант предлагает внести следующие изменения:

1) в определении «медицинского сотрудника» предлагается убрать формулировку о возможности лиц, с «иным образованием» заниматься медицинской деятельностью, так как это специалисты с другой специализацией могут в большей степени причинить вред, чем те, кто окончил медицинские вузы;

2) в статью 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требуется создать и внести дефиницию «врач». Тогда у всех медицинских сотрудников появится основополагающее понимание того, что представляет данный термин, чтобы в дальнейшем



каждый врач в своей узкоспециализированной лечебной деятельности знал от чего отталкиваться в ходе развития себя, как специалиста;

3) клятва врача, закреплённая в статье 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требует установления дисциплинарной ответственности, которую может устанавливать в отношении виновного лица в ходе рассмотрения обстоятельств этической комиссией во главе с главным врачом и заведующих отделений учреждения здравоохранения;

4) правовой статус медицинских сотрудников необходимо перевести в категорию государственных и муниципальных служащих. Такое решение повысит престиж всей структуры здравоохранения, даст приток молодых кадров и должно повысить уровень значимости своей деятельности и дисциплину среди специалистов в лечебном деле.

Сущность вышеизложенных нововведений сводится к качественному развитию правовых статусов каждого из субъектов медицинских правоотношений. Помимо этого, недостатки лечебных услуг будут сокращены, а сама связь между пациентом и специалистом в лечебном деле кардинально изменится в лучшую сторону благодаря повышению уровню осознанности своих прав и обязанностей, ответственности за ненадлежащее поведение, а также с помощью упорядочивания и реструктуризации законодательства Российской Федерации.

## **Глава 2. Общая характеристика гражданской ответственности при осуществлении медицинской деятельности**

### **2.1. Виды гражданской ответственности при осуществлении медицинской деятельности**

На современном этапе развития общества медицина играет первостепенную и исключительную роль. С учётом увеличения количества населения в мировых масштабах и появления все более сложных форм заболеваний необходимо развитие медицины и повышения качества оказанных услуг. К сожалению, в действительности это не всегда удается. Одной из причин выступает недоработанная законодательная база, которая в полной мере бы способствовала защите прав и свобод пациентов. Одним из краеугольных моментов для совершенствования юридических аспектов медицинского и гражданского права выступают вопросы видов гражданской ответственности при осуществлении медицинской деятельности. Анализ данных аспектов позволит развить законодательную базу в вопросах ответственности медицинских организаций за качество медицинской помощи, за нарушение прав пациентов.

В гражданско-правовой науке есть множество вопросов, которые трактуются противоречиво, и одной из этих тем выступают виды гражданской ответственности за причинение вреда при оказании медицинских услуг, основания и условия её наступления. В настоящее время существует необходимость создания единого подхода к пониманию элементов гражданско-правовой ответственности при оказании медицинских услуг. Это объясняется тем, что с каждым годом количество жалоб на непрофессиональные действия медицинских работников возрастает<sup>1</sup>.

Гражданско-правовую ответственность теоретики подразделяют на договорную и внедоговорную. Договорная ответственность наступает

---

<sup>1</sup> Гнатюк О.П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения// Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 17

вследствие нарушения положений договора, который стороны заключили между собой. Внедоговорная ответственность наступает непосредственно за нарушение норм закона, которые охраняют абсолютные имущественные и неимущественные права потерпевшего. Далее рассмотрим каждый из видов ответственности более подробно и начнём с внедоговорной.

Для привлечения виновного лица к ответственности есть определенные условия, при наличии которых образуется состав правонарушения, и все это в совокупности приводит к возникновению обязательств из причинения вреда. Субъектами в данном обязательстве в качестве кредитора выступает потерпевший, а в качестве должника – лицо, оказывающие медицинские услуги. Объектом здесь являются нематериальные блага, а именно жизнь и здоровье пациента. К условиям наступления ответственности относятся: деяние, вред, причинно-следственная связь между деянием и вредом, а также вина. Рассмотрим подробнее каждую из этих условий.

Первый элемент гражданского правонарушения – деяние. Оно должно выражаться в форме действия или бездействия при осуществлении медицинской деятельности. Важной характеристикой этого условия для привлечения к гражданской ответственности является его противоправность.

Нет единого подхода к её содержанию. Среди многочисленных взглядов теоретиков стоит выделить мнение В.Л. Поцелуева и А.Е. Горбунова, которые указали два признака противоправности: 1) медицинский работник должен совершить деяние, которое будет полностью или частично не отвечать установленным нормам права и 2) недостаток (дефект) медицинской помощи, проявляющийся в несоответствии определённым условиям или обычно предъявляемым требованиям к её качеству<sup>1</sup>. Противоправность проявляется как в активных действиях, так и в бездействиях. Противоправное бездействие выражается в неоказании тех действий, которые обязан совершить медицинский персонал с учётом их

---

<sup>1</sup> Поцелуев Е.Л., Горбунов А.Е. Гражданско-правовая ответственность за ненадлежащее врачевание// Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2016. № 4 (16). С. 10

профессиональных обязанностей. Противоправность в гражданском праве играет второстепенную роль в отличие от уголовного права, так как при гражданско-правовой ответственности имеется презумпция вины в случае причинения вреда.

При разрешении вопроса о привлечении к гражданской ответственности необходимо установить:

- степень вины нарушителя, которая подразделяется на 1) значительную, как основания для привлечения к ответственности, являющиеся явным проявлением некачественного и недобросовестного выполнения служебных обязанностей медицинского персонала и 2) необходимую, как основание для освобождения или уменьшения меры ответственности, если риск было невозможно предугадать или при наличии форс-мажорных обстоятельств;

- степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред. Для установления таких обстоятельств должен быть проведен диалог между потерпевшим и врачом/психологом, а также медицинский осмотр для всестороннего анализа ситуации;

- иные обстоятельства, на которые стоит обратить внимание суду при вынесении решения (например, неполадки с техникой, сокрытие от врача определённых симптомов, что привело к неверному диагнозу и другое).

Стоит обратить внимание на ст.79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Она устанавливает, что медицинские организации обязаны осуществлять деятельность в соответствии с законом и иными правовыми актами. Оказание медицинской помощи должно соответствовать стандартам. Медицинский персонал должен предоставлять информацию об осуществляемой деятельности и об уровне образования и квалификации своих сотрудников, должен повышать свою квалификацию и сохранять врачебную тайну. Медицинские организации должны предоставлять достоверную информацию об оказываемых услугах,

используемых лекарственных препаратах и о качестве методов лечения<sup>1</sup>. Данная статья нормативного акта указывает на то, что противоправность является фактором, которого должен избегать любой медицинской специалист при осуществлении своей профессиональной деятельности.

Следующим условием гражданско-правовой ответственности является вред. При оказании медицинских услуг вред может быть причинён жизни или здоровью пациента, а также моральному состоянию лица.

В Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг вредом считается «нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды»<sup>2</sup>.

По мнению В.В. Пучковой вред здоровью - это не только ущерб физическому состоянию лица, но и психическому, социальному, моральному состоянию лица, а также его деловым качествам<sup>3</sup>.

При решении вопроса о гражданской ответственности вопрос тяжести вреда не имеет значения, за исключением определения размера морального вреда. Согласно п.1 ст. 1064 ГК РФ вред может быть причинен непосредственно личности или имуществу<sup>4</sup>.

Стоит отметить, что в гражданско-правовых отношениях пациент является потребителем при обращении за оказанием медицинских услуг. Это подтверждается п.9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17, который предусматривает возможность применения законодательства о защите прав потребителей по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

<sup>2</sup>Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 г. № 522 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»// Российская газета. 2007. №185

<sup>3</sup> Пучкова В.В. Анализ проблем возникновения врачебной ошибки при нанесении вреда здоровью пациента с правовой точки зрения// Право и государство: теория и практика. М.: Право и государство пресс. 2014. № 2(110). С. 68

<sup>4</sup>Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

добровольного и обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>. Несмотря на то, что данное положение позволяет в большей степени отстаивать свои права лицам, пользующимся медицинскими услугами, возникают сложности в применении закона «О защите прав потребителей», так как пациент не может оценить качество оказанных услуг и выявить основания для предъявления претензий.

Для решения данной проблемы В.Г. Куранов предлагает принять отдельный закон о защите прав потребителей медицинских услуг, который:

- уточнял бы критерии дефектности оказанной медицинской услуги;
- устанавливал бы порядок подачи претензий, разрешал вопросы приостановления некачественного лечения и порядка возмещения стоимости лечения;
- предусматривал бы случаи применения ответственности, как к медицинскому персоналу, так и к самой организации<sup>2</sup>.

Этот закон позволил бы повысить эффективность и качество медицинских услуг, детальнее регламентировать вопросы вреда при оказании медицинских услуг.

Третьим условием гражданско-правовой ответственности выступает причинно-следственная связь между противоправным деянием и вредом, возникшем из-за ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В юриспруденции имеется множество вариантов определения этого условия.

Например, А.В. Белов считает причинную связь философской категорией. Она отражает связи в обществе и природе, в которых одни выступают в качестве причины, а другие – следствием этих причин.

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2012. № 9

<sup>2</sup> Куранов В.Г. Гражданско-правовая ответственность за правонарушения в сфере здравоохранения: основания, виды, порядок ее определения и наложения на виновных// Актуальные проблемы российского права. 2014. № 11. С. 2400-2401

Выявление таких связей к конкретным жизненным обстоятельствам связано с серьезными трудностями<sup>1</sup>.

По мнению же Б.М. Гонгало для привлечения лица к ответственности надо установить причину между противоправным поведением и неблагоприятными последствиями. Цивилист считает, что причинная связь – это связь двух явлений, одно из которых причина, а другое – следствие. Требуется различать обстоятельства, создающие возможность наступления неблагоприятных имущественных последствий и обстоятельства, порождающие реальную возможность умаления имущественной сферы кого-либо. Юридическое значение имеет конкретная причина, с необходимостью вызывающая следствие<sup>2</sup>.

А.В. Тихомиров, не раскрывая дефиниции «причинно-следственной связи», считает, что её сложно установить при выполнении медицинской деятельности. По его мнению, каждому медицинскому сотруднику надо иметь представление о «треугольнике вредоносности». Это позволит ориентироваться в путях исключения вероятных причин наступления вреда: от составляющих медицинскую помощь врачебных действий, от прогрессирования самой патологии и от реакции организма на медицинское воздействие<sup>3</sup>. Однако в действительности пациент без медицинского образования не сможет разобраться в том, что принесло ему наибольший вред. Концепция «треугольника вредоносности» не поможет установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи.

Исходя из всего многообразия дефиниций, можно прийти к выводу, что причинная связь – эта совокупность явлений, одно из которых (причина) дает основание возникнуть другому (следствие), что в целом и позволяет определить взаимосвязь определённых факторов. Данное условие указывает на связь между вредом и дефектом оказания медицинской помощи. В суде

---

<sup>1</sup> Белов В.А. Гражданское право. Т.2. Кн. 2. М.: Юрайт. 2016. С. 173

<sup>2</sup> Гонгало Б.М. Гражданское право: Учебник. В 2 т. Т.1. М.: Статут. 2016. С. 185

<sup>3</sup> Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Дис. канд. юрид. наук. М.: Академия народного хозяйства при Правительстве РФ. 2007

происходит постоянный анализ и поиск этой взаимосвязи. В одних случаях установление причинно-следственной связи не вызывает затруднений. В других случаях, когда имеется несколько факторов, оказавших влияние на жизнь или здоровье пациента, требуется эксперт, ведь при медицинском вмешательстве могут участвовать несколько врачей или курс лечения может разделен на стадии, при которых непросто установить с какого момента начался вредный эффект на организм лица.

Важность причинно-следственной связи можно проследить и при анализе судебной практики. Так, в Апелляционном определении Московского городского суда от 10.10.2014 по делу № 33-23757 истица требовала возмещения вреда здоровью, компенсации морального вреда<sup>1</sup>. В ходе установления обстоятельств было выяснено, что ответчик направил на обследование и лечение пациентку, и в дальнейшем было принято решение сделать операцию, в результате которой, по мнению потерпевшей, ей был причинен вред. При рассмотрении дела судьей было представлено экспертное заключение, в котором указывалось на отсутствие противопоказаний к проведению лапароскопической операции. Осложнение было вызвано в силу стечения непреодолимых обстоятельств, не зависящих от действий медицинских работников и связанных с сочетанием двух основных причин: отсутствие объективных методов прогнозирования распространения монополярных токов при использовании эндоскопической техники и спаечный процесс. На основании собранных доказательств суд в удовлетворении требований отказал, так как причинно-следственная связь между действиями (бездействием) врачей и осложнением после операции не установлена.

Л.А. Шмаров выделил ряд проблем, которые влияют на ход рассмотрения дел и препятствуют быстрому их разрешению<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Апелляционное определение Московского городского суда от 10.10.2014 по делу № 33-23757// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

<sup>2</sup> Шмаров Л.А. Причинно-следственная связь между действием (бездействием) и неблагоприятным исходом// Международный журнал Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. № 2. С. 68



Во-первых, в юриспруденции нет единого мнения, кто должен устанавливать наличие или отсутствие причинно-следственной связи при осуществлении медицинской деятельности. Некоторые цивилисты утверждают, что этим должны заниматься судебно-медицинские эксперты, которые, в свою очередь, считают, что причинность - категория немедицинская (логическая), поэтому в их компетенцию входить не должна и является прерогативой правоприменителя.

Во-вторых, нет подхода для решения вопроса об установлении причинно-следственной связи между бездействием и причинением вреда жизни и здоровью. Проблема связана с тем, что бездействие материально не существует, а значит, не может предшествовать следствию во времени и привести к чему-либо.

Без установления верной причинно-следственной связи правовая конструкция будет оставаться неэффективной, и от этого в первую очередь страдают пациенты, чьи права нарушаются. Поэтому поиск путей разрешения этих проблем должно стать первостепенным для законодателя.

Последним условием гражданско-правовой ответственности выступает вина. Она носит субъективный характер. В ней выражается отношение лица к совершенному деянию и его последствиям.

В гражданском праве есть две формы вины: умысел и неосторожность (п.1 ст. 401 ГК РФ)<sup>1</sup>. Неосторожность бывает простой и грубой. Вина в форме умысла указывает на специальное противоправное поведение лица вне зависимости от наличия или отсутствия желания причинить вред. Чаще всего вина происходит в форме неосторожности, то есть когда лицо действовало без внимательности, которая должна была проявляться с учетом выполнения определенного вида деятельности.

---

<sup>1</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

В ст. 401 ГК РФ есть условия, при которых вина может не учитываться, когда лицо предприняло все возможные меры для устранения недостатков, которые нужно было принять исходя из характера обязательства.

В цивилистике действует принцип «презумпции вины причинителя вреда». То есть вина лица, причинившего вред либо неисполнившего обязательство, изначально предполагается. Данный принцип вытекает из смысла п. 2 ст. 401 ГК РФ, где указывается, что отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство.

Этот принцип снимает с потерпевшего (пациента) обязанность доказывать вину причинителя вреда (медицинский персонал или медицинская организация). Когда мы рассматриваем деликтные обязательства из причинения вреда, то потерпевший должен доказать только факт причинения ему вреда при медицинском вмешательстве или неверном курсе лечения.

Обратим внимание на то, что вина распространяется как на физические, так и на юридические лица. Ст. 1068 ГК РФ устанавливает, что юридическое лицо или гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных) обязанностей<sup>1</sup>. Значит, к деликтной ответственности можно привлечь лицо, которое выполняет свои обязанности в рамках трудового и гражданско-правового договора. В случае, когда мы рассматриваем ответственность в хозяйственных товариществах и производственных кооперативах, то там полные товарищи и члены кооператива занимаются предпринимательской деятельностью от имени своей организации, что позволяет привлечь само юридическое лицо к гражданско-правовой ответственности в форме возмещения ущерба за своих участников.

Владелец источника повышенной опасности, по общему правилу, не освобождается от возмещения вреда. С учётом специфики медицины, с

---

<sup>1</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

персонала и медицинской организации предлагается снимать ответственность, если эта деятельность признаётся источником повышенной опасности. Стоит учитывать, что постоянно используются различные препараты, сложное оборудование, подпадающие под понимание источника повышенной опасности, данное в Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 1 от 26.01.2010. Данные источники могут неверно сработать или оказать пагубное воздействие на самого пациента, что должно являться случаем невиновного причинения вреда. Поэтому исполнители процедуры не должны нести ответственность, если пациент был проинформирован о риске использования медицинских источников повышенной опасности, и даже если вред все же наступил.

Вопрос об отнесении медицинской деятельности к источнику повышенной опасности для окружающих является дискуссионным. С учетом сложности медицины и отсутствия специальных знаний пациенты для защиты своих прав обращаются к ст. 1079 ГК РФ. С помощью данной статьи пытаются доказать, что оказание медицинских услуг является источником повышенной опасности для окружающих для возмещения вреда в отсутствие вины причинителя.

Но эта норма не раскрывает признаков этой деятельности и оставляет открытый перечень примеров. Пункт 18 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 1 от 26.01.2010 приводит и трактует её как деятельность, осуществление которой создает повышенную опасность причинителя вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека, а также деятельность по использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и иных объектов производственного, хозяйственного и иного назначения, обладающих такими же свойствами<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 1 от 26.01.2010 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»// Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2010. № 3

На данный момент есть несколько мнений по данному вопросу. Одна группа учёных придерживается мнения, что медицинская деятельность является опасной. Так, А. Д. Власова объясняет это тем, что любое вмешательство в деятельность организма всегда является угрозой причинения вреда, и врач не может в полной степени гарантировать безопасность услуги. «Медицинские услуги всегда сопряжены с неизбежным или возможным причинением повреждений»<sup>1</sup>.

Есть и противники этой точки зрения, так как считают её радикальной. Это связано с наличием постоянного риска в деятельности медицинских сотрудников. У каждого человека имеется своя реакция на различные медицинские вмешательства, начиная от выписывания лекарств больному и заканчивая выполнением операций. Всегда есть неопределенность при каждом решении врача.

Другая точка зрения гласит, что лишь некоторые виды деятельности стоит считать опасными. По мнению М.Н. Малейна медицинская деятельность не может быть признана источником повышенной опасности целиком, но некоторые её виды полностью подпадают под такие критерии<sup>2</sup>. Например, хирургические услуги и осмотры врачом не могут быть в равной степени опасными.

Е.В. Муравьева тоже не считает всю сферу медицинской деятельности источником опасности. Она подчеркивает, что желательно было бы причислить к источникам опасности деятельность анестезиологов, гинекологов, хирургов. Но эти виды деятельности не могут постоянно соответствовать двум признакам, позволяющим отнести их к источникам опасности, то есть вредоносности и неподконтрольности человеку<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Власова А.Д. Гражданско-правовое регулирование обязательств вследствие имущественного вреда жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности: Дис. кандидата юридических наук// Краснодар. 2004. 198 с.

<sup>2</sup> Бабаджанов Д.Б. Источники повышенной опасности в сфере медицинской деятельности. Гражданско-правовой аспект// Учёные записки Хунджанского государственного университета им. академика Б. Гафурова. Гуманитарные науки. 2014. № 4 (41). С. 4

<sup>3</sup> Муравьева Е.В. Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности: Дис. кандидата юридических наук// Ростов-на-Дону. 2004. 189 с.

А.Е. Размахнина пишет, что есть и третья точка зрения: медицинская деятельность является источником повышенной опасности, за исключением определённых услуг. Учёные-цивилисты обосновывают свое мнение, тем, что при осуществлении медицинских вмешательств используются различные механические устройства и препараты, что само себе являются действиями, которые не могут быть в полной мере контролироваться врачами<sup>1</sup>.

При рассмотрении судебной практики можно прийти к выводу, что суд придерживается мнения признания только определённых видов медицинской деятельности опасными.

Так, в Апелляционном определении Вологодского областного суда от 13.09.2013 № 33-3913/2013 судья пришел к решению отказать в удовлетворении исковых требований о взыскании компенсации морального вреда, причиненного поствакцинальным осложнением, а родильный дом, проводивший вакцинацию, не должен нести материальную ответственность за ущерб, причиненный осложнением здоровья ребенка после прививки<sup>2</sup>. Суд первой инстанции исходил из того, что медицинскую деятельность ответчика МБУЗ «Родильный дом № 2», в основе которой лежит применение лекарственных средств, необходимо квалифицировать как деятельность, создающую повышенную опасность для окружающих, и в случае причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) применением лекарственных средств гражданско-правовая ответственность должна наступать по правилам статьи 1079 ГК РФ. Апелляционная инстанция не согласилась с этим решением и аргументировала это следующим образом.

По смыслу статьи 1079 ГК РФ 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

---

<sup>1</sup> Размахнина А. Е. К вопросу о признании оказания медицинской услуги деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих// Молодой ученый. 2018. №12. С. 121

<sup>2</sup> Апелляционное определение Вологодского областного суда от 13.09.2013 № 33-3913/2013// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и других объектов производственного, хозяйственного или иного назначения, обладающих такими же свойствами<sup>1</sup>.

Учитывая, что названная норма не содержит исчерпывающего перечня источников повышенной опасности, суд, принимая во внимание особые свойства предметов, веществ или иных объектов, используемых в процессе деятельности, вправе признать источником повышенной опасности также иную деятельность, не указанную в перечне.

Согласно пункту 10 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под медицинской деятельностью понимается профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях<sup>2</sup>.

Следуя слову законодателя, медицинская деятельность включает в себя выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях.

---

<sup>1</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

В соответствии с пунктом 7 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» иммунобиологические лекарственные препараты представляют собой лекарственные препараты биологического происхождения, предназначенные для иммунологической диагностики, профилактики и лечения заболеваний<sup>1</sup>.

В силу положений статьи 1 Федерального закона от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» иммунопрофилактика инфекционных болезней (далее - иммунопрофилактика) - система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок<sup>2</sup>.

Статьями 2 и 30 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что программы иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в соответствии с национальным календарем профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям являются одной из мер профилактики инфекционных заболеваний, направленных на охрану здоровья граждан<sup>3</sup>.

Таким образом, иммунопрофилактика инфекционных заболеваний - это медицинская деятельность, направленная на предупреждение и излечение болезни, спасение жизни человека и решение иных проблем, связанных с вмешательством в его личную сферу, что указывает на то, что она не может быть сама по себе расценена как деятельность, связанная с повышенной опасностью.

Теперь перейдем к следующему виду гражданско-правовой ответственности – к договорной. Она регулируется главой 39 ГК РФ о возмездном оказании услуг, в том числе медицинских, а также общими

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»// Собрание законодательства РФ. 2010. № 16. Ст. 1815

<sup>2</sup> Федеральный закон от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»// Собрание законодательства РФ. 1998. № 38. Ст. 4736

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

положениями о подряде (статьи 702-709 ГК РФ) и бытовом подряде (статьи 730-739 ГК РФ).

Вопрос платной медицинской услуги требует специального подхода, так как со стороны медицинских организаций могут быть злоупотребления в форме, например, завышения цен на свои услуги и установления определенных обстоятельств, снимающих с лиц ответственность. Нормы договорной ответственности в большей степени регламентируют взаимоотношения врача и пациента в отличие от внедоговорной ответственности.

Положения договора о возмездном оказании услуг определяют права и обязанности сторон, могут наложить дополнительные обязательства по порядку лечения больного, позволяют установить вид ответственности, к которой может быть привлечена медицинская организация или медицинский персонал.

М.Ю. Старчиков отмечает, что на практике медицинские работники не воспринимают всерьёз этот важный правовой документ. Это обстоятельство нивелирует роль данного соглашения и бывает, что в ходе судебного разбирательства не может защитить порой ни самого пациента, ни субъекта, оказывающего лечебные услуги<sup>1</sup>.

Регулирование платных медицинских услуг не отличается большой четкостью и ограничивается общими формулировками. Так, в пункте 3 статьи 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» законодатель ограничился общим указанием на то, что вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Старчиков М.Ю. Договор оказания медицинских услуг: правовая регламентация, рекомендации по составлению, судебная практика и типовые образцы. М.: Инфотропик Медиа. 2017. С. 2

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724



Такая же проблема есть и в Постановлении Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». В пунктах 31, 32 этого нормативного акта сказано, что в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по договору медицинская организация несет гражданско-правовую ответственность, а вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>1</sup>. Получается, что причиненный вред отделяется от договорных обязательств сторон договора возмездного оказания медицинских услуг. Однако никакой конкретики для разрешения этой ситуации нет.

В соответствии с п. 3 ст. 781 ГК РФ если невозможность исполнения медицинской услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, то именно заказчик (пациент) возмещает все расходы исполнителю (медицинской организации или медицинскому персоналу)<sup>2</sup>. Например, такая ситуация может возникнуть в случае отказа больного выполнять предписания врача для выздоровления.

Кроме того, возникает вопрос о возможности применения ответственности, предусмотренного законодательством о защите прав потребителей за неисполнение договора о возмездном оказании медицинских услуг. Пункт 9 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» указывает, что именно законодательство по защите прав потребителей должно регулировать медицинские услуги, оказываемых медицинскими организациями в рамках

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»//Российская газета. – 10.10.2012. № 5906 (233)

<sup>2</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

добровольного и обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>. Закон «О защите прав потребителей» устанавливает гражданскую ответственность в трех статьях: статья 12 «Ответственность изготовителя (исполнителя, продавца) за ненадлежащую информацию о товаре (работе, услуге)», статья 13 «Ответственность изготовителя (исполнителя, продавца, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера) за нарушение прав потребителей», статья 14 «Имущественная ответственность за вред, причиненный вследствие недостатков товара (работы, услуги)»<sup>2</sup>.

Несмотря на наличие механизмов защиты прав пациента по данному нормативному акту, его применение не может в полной мере разрешить всех вопросов и не учитывает специфику медицинской деятельности, поэтому необходимо принять новый закон, который внесет конкретику для разрешения споров по договору о возмездном оказании медицинских услуг.

В качестве примера разрешения спора по договору о возмездном оказании медицинских услуг можно привести Апелляционное определение Челябинского областного суда от 27.11.2018 по делу № 11-13981/2018. Истец требовал расторгнуть договор о прохождении платного курса лечения, солидарном взыскании убытков, причиненных вследствие оказания услуги ненадлежащего качества, причинения вреда здоровью, нарушения прав на полную и достоверную информацию об исполнителе и предоставляемой услуге, на безопасность медицинской услуги, неустойки, компенсации морального вреда. Пациент указал, что показателями недостатков оказанной ему медицинской услуги является ненадлежащее качество проведенной операции, выразившееся в факте причинения вреда его здоровью, недостижении запланированного результата, несвоевременности предоставления медицинской услуги. Кроме того, нарушено его право на

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 17 от 28.06.2012 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2012. № 9

<sup>2</sup> Закон Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 01.05.2017) «О защите прав потребителей»//Собрание законодательства РФ. 2004. № 52. Ст. 5275

безопасность медицинской услуги. Суд удовлетворил требование, так как на основании судебно-медицинской экспертизы удалось выявить причинно-следственную связь между несвоевременным оказанием медицинской помощи и оказанным вредом здоровью пациента медицинской организацией<sup>1</sup>.

Подводя итоги, стоит отметить, что нормативная база, регулирующая договорную и внедоговорную ответственность, имеется, но явно нуждается в изменении и дополнении некоторых положений. Необходимо выделить наиболее важные моменты, к которым пришёл диссертант при анализе видов гражданско-правовой ответственности:

1) нужно принять закон о защите прав потребителей при оказании медицинских услуг, который позволит конкретизировать нормы, касающиеся гражданско-правовой ответственности в сфере здравоохранения;

2) законодателю стоит обратить внимание на внедоговорную ответственность и создать отдельный раздел в ГК РФ для регулирования платных медицинских услуг. Общие положения главы 39 ГК РФ и Закон «О защите прав потребителей» не могут в полной мере сделать данный вид гражданской ответственности эффективным и урегулированным, так как нет норм, учитывающих специфику медицинской деятельности;

3) для регулирования вопроса противоправности необходимо акцентировать внимание и выделить следующие элементы для вынесения верного и справедливого решения суда: степень вины нарушителя, степень физических и нравственных страданий и иные обстоятельства, заслуживающие внимания;

4) должно быть предусмотрено новое основание снятия ответственности с врача за вред, причиненный источником повышенной опасности, если врач предупредил о рисках использования определенного оборудования или медикаментов, и вред все же произошёл;

---

<sup>1</sup> Апелляционное определение Челябинского областного суда от 27.11.2018 по делу N 11-13981/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

5) при разрешении вопроса является ли медицинская деятельность источником повышенной опасности, стоит признать в качестве таковых только определенные виды медицинских услуг. Исходя из вышеописанного анализа мнений теоретиков и судебной практики для определения степени опасности предлагается обращать внимание непосредственно на действия медицинских сотрудников, уровень рискованности при использовании новых устройств и возможности контроля медицинского вмешательства;

б) для повышения качества установления причинно-следственных связей предлагается следующее: 1) наделить определённых специалистов полномочиями определять наличие или отсутствие причинной связи при разрешении вопросов между, например, недостатками в оказании медицинской помощи, и неблагоприятном исходом (причинение вреда здоровью и жизни пациенту); 2) требуется установить критерии гражданско-правовой ответственности для лиц, которые бездействовали, что повлекло вред здоровью пациента. Стоит учитывать обстоятельства при решении вопроса о мере ответственности, а именно было ли у причинителя желание наступления преступного результата, и сознательно ли он бездействовал, чтобы было негативное воздействие на здоровье потерпевшего.

В совокупности все эти изменения и дополнения позволят сделать виды гражданско-правовой ответственности более эффективными, урегулируют пробелы в нормативных правовых актах и укрепят степень защиты прав и свобод пациента перед медицинской организацией и медицинским персоналом.

## **2.2. Условия, объём и характер возмещения вреда при осуществлении медицинской деятельности**

Жизнь и здоровье, как известно, являются двумя важными факторами у любого человека, в обеспечение поддержания которых первостепенную роль играет медицинский сотрудник. К сожалению, на практике, по различным обстоятельствам специалисту не удаётся достичь необходимых результатов и, помимо всего прочего, он может усугубить состояние пациента. Важно понимать, что осложнения, причинённые здоровью больного, по сути, невозможно оценить в денежной форме. Несмотря на это, в законодательстве был создан институт возмещения вреда для обеспечения возможности компенсации только в материальном виде, так как иных средств, покрыть утрату целостности состояния лица, нет. В тоже время, данное обязательство не направлено на восстановление здоровья. По этому поводу учёный В. Т. Смирнов считает, что само по себе возмещение вреда необходимо в первую очередь для восстановления нарушенного права за счёт причинителя, а не для наказания правонарушителя<sup>1</sup>. Данное обязательство направлено на восстановление имущественной сферы лица, которое произошло в момент появления пагубных последствий на здоровье. В этом и заключается главная функция этого гражданско-правового института. Учитывая серьёзное значение возмещения вреда при осуществлении медицинской деятельности, требуется его всесторонне проанализировать, выявить пробелы в нормативном правовом регулировании и предложить варианты разрешения проблем. В этом заключается актуальность рассмотрения данной темы.

Начнём с того, что обязательства вследствие причинения вреда относятся к внедоговорным охранительным обязательственным правоотношениям. Однако в научном сообществе не все согласны с подобным мнением. Как утверждает А. В. Белов, обязательства появляются только на основе сделок, а правоотношения, связанные с вопросами

---

<sup>1</sup> Смирнов В. Т. Гражданская ответственность государственных предприятий за счёт причинения вреда здоровью или жизни пациента// Юридическая литература. 1957. С. 5

компенсации и возмещения, не имеют под собой юридически нацеленных волевых актов частных лиц. Помимо этого, автор считает, что обязательства могут выражаться в форме товарно-денежных отношений, а описанные правоотношения осуществляются вне зависимости от рыночных аспектов. В плане содержания все правоотношения могут быть определяемыми или определёнными, а обязательственные правоотношения только определёнными<sup>1</sup>.

Что касается субъектного состава по возмещению вреда от медицинских манипуляций, то причинителем потерь является медицинский специалист, который непосредственно осуществляет лечение, а потерпевшими – лица, оказавшиеся пострадавшими из-за лечебных услуг. В подобных правоотношениях чаще всего вопросы компенсации возлагаются на юридическое лицо, в котором работник (врач, фельдшер, акушер и другие) выполняет свою деятельность на основании трудового или гражданско-правового договора.

Е. П. Шевчук подчёркивает, что обязательства по возмещению вреда из-за медицинского вмешательства носят имущественный характер, даже несмотря на тот факт, что потери произведены в отношении неимущественных благ – жизни и здоровью<sup>2</sup>. В продолжение своих рассуждений автор отмечает, что повреждение здоровья и телесные повреждения – это не одно и то же. Здесь подчёркивается, что мера (величина) нарушений в организме не всегда отражают уровень вреда, причиненного состоянию пациента. В качестве примера стоит отметить, что повреждение кожных покровов не влечёт за собой дисбаланс в деятельности организма. В общем, незначительные раны не приводят к такой же степени само здоровье гражданина. Повреждения здоровья происходят под физическим воздействием, однако есть иные факторы для возникновения ущерба состоянию здоровья, например, психические. Сам вред от

---

<sup>1</sup> Белов А. В. Гражданское право. Общая и особенная части: учеб. 2003. С. 859

<sup>2</sup> Шевчук Е. П. Правовая природа отношений по возмещению вреда, причиненного повреждением здоровья при оказании медицинских услуг// Журнал о праве. 2018. № 2. С. 16

медицинских воздействий может быть осуществлён на физическом и душевном аспектах работы организма, но возникают из-за органических расстройств. Е. П. Шевчук подытоживает, что возмещению подлежат только имущественные потери в ходе выполнения медицинских услуг. Восстановление же состояния здоровья пациента находится вне рамок данного обязательства и выполняется в ходе оказания лечебной помощи<sup>1</sup>.

Стоит отметить, что правоотношение по возмещению вреда при осуществлении медицинской деятельности является обязательством, которое возникает на основании факта причинения вреда, а не из сделки. Согласно пункту 2 статьи 307 ГК РФ обязательства возникают ещё, помимо договоров, из иных оснований<sup>2</sup>. В дополнение к этому, важно подчеркнуть, что они регулируются нормами главы 59 ГК РФ. В тоже время данные обязательства существенно отличаются от договорных обязательств, в том числе имеются различия с обязательством по возмещению вреда здоровью. Это правоотношение является специальным, ведь направлено на восстановление имущественной сферы гражданина. Оно возникает вследствие причинения вреда медицинской организацией, которая обязана возместить потери при наличии определённых предпосылок указанных в законодательстве.

В качестве оснований возмещения потерь пациенту из-за некачественно оказанных медицинских услуг выступают общие условия гражданской правовой ответственности, закреплённой в статье 1064 ГК РФ<sup>3</sup>. А именно, ими являются:

- а) наличие вреда;
- б) противоправность;
- в) вина причинителя;
- г) наличие причинно-следственной связи между действиями виновного

лица и наступившими последствиями.

---

<sup>1</sup> Там же. С. 16-17

<sup>2</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

<sup>3</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

В предыдущем параграфе уже были рассмотрены данные условия. Теперь рассмотрим их подробнее с учётом понимания их взаимосвязи с возмещением вреда от оказания медицинских услуг.

Важно отметить, что статья 1064 ГК РФ начинается с «вреда», которая широко используется в российском законодательстве, однако отсутствует легальное определение этого понятия. Важность этого термина обусловлена степенью применения на практике. Так, с его помощью образуется начало связи для наступления деликтной ответственности, для регулирования её размера и возмещения вреда при смешанной вине и без её наличия. В контексте статьи 1064 ГК РФ «вред» является родовым понятием по отношению к иным категориям, которое используют данный термин. Это видно на примере статьи 1 Федерального закона «Об охране окружающей среды», где использован термин «вред окружающей среде»<sup>1</sup>. Также в статье 2 Федерального закона «О несостоятельности (банкротстве)» есть понятие «вред, причинённый имущественным правам кредиторов»<sup>2</sup>.

Помимо этого отсутствие дефиниции привело к смешению понятий «вред» и «убытки». Данное обстоятельство можно наблюдать на примере Федерального закона «Об использовании атомной энергии», где «причинение убытков» и «причинение вреда» от радиационного воздействия в период выполнения работ выступают в качестве самостоятельных условий деликтной ответственности<sup>3</sup>. По мнению Л. К. Остриковой, такое понимание положений закона является неверным на основании судебной практики и доктрины<sup>4</sup>.

Соответственно, отсутствие необходимого понятия вызывает трудности в регулировании отношений по возмещению вреда, не даёт

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды»// Собрание законодательства РФ. 2002. № 2. Ст. 133

<sup>2</sup> Федеральный закон от 28.10.2002 № 127-ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)»// Собрание законодательства РФ. 2002. № 43. Ст. 4190

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.1995 № 170-ФЗ «Об использовании атомной энергии»// Собрание законодательства РФ. 1995. № 48. Ст. 4552

<sup>4</sup> Острикова Л. К. Институт обязательств вследствие причинения вреда: современное состояние и пути совершенствования// Актуальные проблемы российского права. 2019. С. 44



возможности сторонам правоотношений и государственным органам единообразно истолковывать нормы права.

Для решения данной проблемы лишь некоторые авторы попытались раскрыть дефиницию «вред» с учётом специфики медицинской деятельности.

В. С. Абдуллина считает, что под вредом в медицинской сфере следует понимать неблагоприятные последствия противоправных действий лиц, которые возникли непосредственно в деятельности пострадавшего, а также в его имущественной и неимущественной сферах жизни<sup>1</sup>. По мнению диссертанта, данное определение является недоработанным. Из него не следует, кто выступает в качестве лица, причинившего вред, а кто был потерпевшим. Также не раскрывается содержание имущественной и неимущественных сфер жизни, что может создать споры в толковании этих моментов.

Е. О. Костикова предложила считать, что вред - это неблагоприятные последствия, которые возникли в результате повреждения здоровья, смерти пациента как следствие поведения медицинского сотрудника, не направленного к восстановлению здоровья, сохранению жизни пациента и (или) выходящего за пределы необходимого при оказании медицинской помощи<sup>2</sup>. Здесь автор перечисляет широкий круг ситуаций, которые дают право на возмещение вреда. Однако такой перечень событий является неуместным, так как в действительности происходят множество ситуаций, из-за которых медицинский сотрудник иным способом может подвергнуть здоровье пациента опасности.

Ещё одним немаловажным пробелом в правовом регулировании является срок возмещения вреда. Это регулируется статьёй 1097 ГК РФ. В ней устанавливается, что вред из-за недостатка товаров, работ и услуг

---

<sup>1</sup> Абдуллина С. В. условия гражданско-правовой ответственности за нарушения в сфере медицинских услуг// Казанский медицинский журнал. 2007. № 2. С. 197

<sup>2</sup> Костикова Е. О. Возмещение вреда, причинённого жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки: Авт. дис. кандидата юридических наук// Москва. 2009. 26 с.

подлежит возмещению, если возник в течение срока службы товара (услуги, работы), а при отсутствии сроков компенсация происходит в течение 10 лет с момента предоставления услуги<sup>1</sup>. При этом есть статья 208 ГК РФ, где указаны требования, на которые не распространяются сроки исковой давности. Там, в том числе присутствует требование о возмещении вреда, причинённого жизни или здоровью гражданина, которая может быть взята во внимание судом в качестве аргумента для отказа в удовлетворении требований по вышеописанной норме. Соответственно, видно противоречие в законодательстве. Такое положение дел сказывается на защите прав потребителей медицинских услуг.

Далее рассмотрим противоправность. Учёные И. М. Вильголенко, Н. Р. Гагиева и Н. Ю. Белокопытова в своей научной статье предложили свои дефиниции этого условия:

- а) совершение деяний, которые не соответствуют положениям договора, требованиям и стандартам в отношении качества услуг (работ);
- б) учинение деяний, которые нарушают правила и официальные требования<sup>2</sup>.

В дополнение к этому в статье 1097 ГК РФ говорится, что представление недостоверных или неполных сведений о работе или услуге является проявлением противоправности<sup>3</sup>. Одним словом, виновное лицо должно быть привлечено к ответственности только в случае нарушения норм законодательства и определённых обязательных правил. Давайте теперь рассмотрим наиболее частые нарушения в медицинской сфере для понимания того, как противоправность проявляется на практике:

- 1) возникновение заболеваний или осложнений, которые были вызваны ненадлежащим контролем со стороны медицинского сотрудника

---

<sup>1</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

<sup>2</sup> Вильголенко И. М., Гагиева Н. Р., Белокопытова Н. Ю. Особенности возмещения вреда, причинённого оказанием медицинских услуг// Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. 2018. № 2. С. 120

<sup>3</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

2) внутрибольничное инфицирование, которое произошло из-за ошибочных действий медицинских сотрудников

3) проведение различных лечебных, диагностических, профилактических мероприятий, которые были проведены необоснованно, что в итоге привело к диагностической ошибке и ухудшению состояния пациента

4) возникновение осложнений из-за инструментальных вмешательств, операций, процедур и медицинских манипуляций, которые были проведены без учёта противопоказаний у больного или были связаны с некачественным выполнением данных работ.

Далее учёные И. М. Вильголенко, Н. Р. Гагиева и Н. Ю. Белокопытова пишут, что причинение вреда может произойти по основанию воли субъекта:

а) добровольное согласие пациента;

б) принудительное медицинское вмешательство без согласия пациента<sup>1</sup>.

Учёт мнения пациента происходит, например, при трансплантации тканей или органов. Здесь важно понимать, что пациент должно действовать добровольно, отдавать своё «благо», которое принадлежит непосредственно этому лицу, а лицо, причинившее вред, при этом не нарушает нормы законодательства и моральные устои (например, переливание крови, донорство органов, прерывание беременности). До больного должна быть донесена информация обо всех рисках медицинского вмешательства. Ему предоставляют данные о его состоянии здоровья, результатах обследований, о вариантах лечения заболевания и их последствиях. Лицо, которому исполнилось 15 лет и старше, имеет право отказаться от любых медицинских услуг. В таких ситуациях предлагаются альтернативные способы для прохождения курса лечения. Если и в этом случае пациент не хочет продолжать пользоваться медицинскими работами, и данное обстоятельство

---

<sup>1</sup> Вильголенко И. М., Гагиева Н. Р., Белокопытова Н. Ю. Особенности возмещения вреда, причинённого оказанием медицинских услуг// Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. 2018. № 2. С. 121

может привести к смерти, то надо в письменной форме отказаться от дальнейших услуг.

В принудительной форме лечение проходит только в ситуациях, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Как отмечают И. М. Вильголенко, Н. Р. Гагиева и Н. Ю. Белокопытова в действительности подобного рода событий практически нет. Они говорят, что медицинское вмешательство происходит в случаях, когда учреждение здравоохранения не может получить согласие пациента и нужна срочная помощь. Это происходит, например, когда лицо, находится под наркозом, в коме, имеет определенные физиологические ограничения, из-за которых нет возможности узнать волю лица, а медицинское вмешательство нужно провести незамедлительно. Тогда вопрос решается консилиумом врачей или лечащим врачом с уведомлением об этом уполномоченных должностных лиц<sup>1</sup>.

В частности, законом предусмотрено разрешение на осуществление действий при крайней необходимости. Это чаще всего необходимо при срочных операциях, обнаружении явных признаков заболеваний и нарушении деятельности жизнеобеспечивающих систем организма. Диссертант считает такие медицинские вмешательства необходимо осуществлять, они оправданы своей срочностью и высоким риском, что пациент умрёт. В таких случаях потери от лечебных манипуляций являются менее значительными по сравнению с тем, если бы ничего не было предпринято. В тоже время бывают обстоятельства, когда вред был причинён и при этом не соответствовал степени и характеру опасности, то есть было превышение пределов крайней необходимости.

Далее, И. М. Вильголенко, Н. Р. Гагиева и Н. Ю. Белокопытова выделяют такую тему, как профессиональные риски. Они заключаются в использовании нестандартных, инновационных средств лечения. Риск выполнения таких медицинских вмешательств будет оправдан в случае, если теоретически имеются аргументы для осуществления действий, а положение

---

<sup>1</sup> Там же. С. 121

пациента будет свидетельствовать о том, что, манипуляции не могут пройти иным способом<sup>1</sup>.

Теперь перейдём к третьему условию – вине. Эта предпосылка возникает в случае, когда пациент обращается за медицинской помощью к специалисту, а тот в свою очередь оказывает её ненадлежащим образом и причиняет вред здоровью. В результате такое событие приводит к наступлению деликтной (внедоговорной) ответственности.

Также стоит отметить, что осуществление медицинских воздействий по договору о возмездном оказании услуг в учреждении здравоохранения имеет коммерческий характер взаимоотношений сторон и ответственность за причинение вреда будет наступать вне зависимости от вины.

В продолжение изложения своей позиции диссертант подчёркивает, что возмещение вреда потребителям будет осуществлено без учёта наличия или отсутствия договорных конструкций между субъектами. По мнению И. М. Вильголенко, Н. Р. Гагиевой и Н. Ю. Белокопытовой, наказание в отношении исполнителей будет вне зависимости от вины, когда причинение вреда произошло из-за определённых недостатков. Среди них стоит выделить такие как:

а) недостатки в конструкциях оборудования, изделий или материалов, благодаря которым осуществлялись диагностические, профилактические, лечебные процедуры;

б) наличие дефектов в рецептурных составляющих лекарственных препаратов, которые были предоставлены пациенту в стационаре;

в) иные недостатки, связанные с врачебной ошибкой<sup>2</sup>.

Данный комплекс дефектов показывает всю серьёзность, и масштабность мер, за которые медицинский сотрудник должен возмещать урон пациенту за причинённый вред.

---

<sup>1</sup> Там же. С. 122

<sup>2</sup> Там же. С. 122

Далее, рассмотрим последнее условие – причинно-следственную связь. Она образует необходимую «цепь», которая объединяет все обстоятельства и факторы для выявления обоснованных решений, привлекать ли гражданина к ответственности или нет. Стоит учитывать, что за события, где наказания предусмотрены вне зависимости от вины, являются труднодоказуемыми на практике. Это обусловлено по нескольким причинам:

- вред, причинённый здоровью, может не проявиться сразу. Пагубное воздействие медицинских манипуляций может быть в скрытой форме на протяжении долгого времени, что впоследствии может привести к возникновению ряда новых заболеваний и возможной смерти;

- ущерб состоянию пациента может быть следствием целого комплекса вредоносных действий, каждое из которых и в сочетании друг с другом приводят к ухудшению жизненных показателей у больного лица. Так, в действительности, это происходит, когда врач поставил неверный диагноз, выписал в связи с этим лекарственные препараты и комплекс процедур, которые надо пройти у иных специалистов в учреждении здравоохранения. В дальнейшем, пагубное воздействие таблеток, определённых устройств и неверный курс лечения, не только даёт возможности изначальной болезни протекать в более острую форму, но и приводят к новым заболеваниям;

- повреждения здоровья могут быть как в форме прямого воздействия медицинских манипуляций, так и являться итогом ухудшения состояния больного из-за несвоевременного или некачественного выполнения сотрудником своих должностных полномочий.

Для таких ситуаций важна независимая оценка лица, рассматривающего дела, связанных с врачебной ошибкой. Всестороннее изучение фактов и обстоятельств такого специалиста, подведение итогов излагается в медицинской экспертизе. Данный документ выявляет, есть ли или отсутствует вина лица, которое осуществляло медицинскую помощь.

Основная задача экспертизы заключается в профессиональной оценке отрицательного исхода медицинской деятельности. В ходе проведения такой

работы перед специалистом ставятся такие основные вопросы, которые необходимо раскрыть:

1) было ли вызванное осложнение состояния пациента результатом врачебной ошибки?

2) есть ли определённые выявленные факты или вероятности, которые свидетельствуют о том, что ухудшение состояния больного было вне зависимости от оказания медицинских услуг или же лечебное воздействие лишь частично повлияло на итоговое состояние больного?

3) имеется ли причинно-следственная связь между осложнением и причинением вреда здоровью и жизни пациенту?

Проведение анализа ситуаций, связанных с ухудшением состояния больного в ходе выполнения медицинских действий, и дача ответов на вышестоящие вопросы, дают возможность получить независимое, и самое главное, взвешенного, обоснованного решения в вопросе о том, стоит ли привлекать медицинского сотрудника к ответственности.

В тоже время И. М. Вильголенко, Н. Р. Гагиева и Н. Ю. Белокопытова выделяют проблему, связанную с заключениями экспертов. Они отмечают, что такие документы имеют важное значение в делах о медицинских ошибках, но при этом имеют неясный характер. Шансы оказать некачественную лечебную помощь там прописаны с определёнными долями вероятности<sup>1</sup>.

Теперь после рассмотрения условий для возмещения вреда больному лицу, перейдём к следующему аспекту данной темы – объём санкционного воздействия к виновному лицу.

Нарушенные права пациентов защищаются в ходе судебного разбирательства. Этот властный орган разрешает вопрос о том, каков будет объём возмещения вреда, причинённого здоровью. На сегодняшний день законодательство и правоприменительная практика придерживается позиции

---

<sup>1</sup> Вильголенко И. М., Гагиева Н. Р., Белокопытова Н. Ю. Особенности возмещения вреда, причинённого оказанием медицинских услуг// Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. 2018. № 2. С. 121

«полного возмещения». В данное понятие включены все виды имущественных потерь пациента: реальные расходы больного на восстановление здоровья, неполученные доходы, которые лицо лишилось из-за того, что пропала возможность выйти на работу и выполнять свою трудовую функцию и так далее. Каждая такая утрата оценивается в денежном эквиваленте, и суммарно составляют общий размер выплат. В дополнение к этому Е. В. Козьминых отмечает, что возмещению при потере здоровья подлежат:

- имущественный ущерб, который охватывает ущерб, связанный с утратой трудоспособности;
- ущерб, который возник в виде дополнительных трат;
- моральный вред, возникший вне зависимости от имущественных потерь<sup>1</sup>.

После этого возникает закономерный вопрос: как определять размер убытков в случае причинения вреда здоровью пациенту? На этот вопрос подробный ответ дан Е. П. Шевчуком в своей научной статье<sup>2</sup>. Автор начинает с того, что вымещению подлежат только убытки. Под ними понимаются реальный ущерб и упущенная выгода. Под последней упомянутой составляющей понимается, что в случае повреждения здоровья в качестве материальных потерь будет подразумеваться утраченный заработок (доход), который мог бы получить пациент при отсутствии вреда для его здоровья. Утрата в такой форме рассчитывается с учётом двух составляющих: а) среднемесячный заработок больного до момента причинения ему повреждений и б) степень утраты профессиональной трудоспособности или общей трудоспособности. При этом здесь нужно учитывать все виды заработка лица, а именно заработная плата, премии, вознаграждения по гражданско-правовому или авторскому договору, доходы

---

<sup>1</sup> Козьминых Е. В. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг// Российская юстиция. 2001. № 2. С. 32

<sup>2</sup> Шевчук Е. П. Порядок исполнения обязательства по возмещению вреда здоровью гражданина, причинённого при оказании медицинских услуг// Сибирский юридический вестник. 2019. № 1. С. 54



от предпринимательской деятельности пациента до момента возникновения трудностей с его состоянием здоровья. В соответствии с пунктом 2 статьи 1086 ГК РФ при расчёте ущерба не учитываются выплаты единовременного характера, в том числе компенсации за неиспользованный отпуск или выходного пособия при увольнении<sup>1</sup>.

Определённой спецификой обладает вопрос возмещения вреда несовершеннолетнему пациенту. Как известно, до достижения 14 лет такое лицо не имеет заработка, а соответственно упущенная выгода по отношению к нему не причитается. Однако в соответствии со статьёй 1087 ГК РФ дополнительные расходы подлежат взысканию<sup>2</sup>. Когда больному исполняется 14 лет или в момент, когда лицо проходит лечение и он достиг обозначенного возраста, то утрата его трудоспособности учитывается. Если лицо не осуществляло трудовую функцию на момент причинения ему вреда здоровью, то размер потерь или уменьшения трудоспособности рассчитывается с учётом установленной величины прожиточного минимума. Е. П. Шевчук отмечает, что возмещение дополнительных расходов имеет особенности. Взысканию подлежат траты на освоение профессиональных навыков и обучение, расходы на репетитора и лицо, которое осуществляет уход за больным. В качестве иллюстрации ситуации по такому роду возмещения вреда можно привести Решение Заводоуковского районного суда от 16.08.2019 по делу № 2-701/2019, где рассматривался иск Грязновой Ларисы Юрьевны к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Тюменской области «Областная больница № 12» г. Заводоуковск о взыскании суммы материального ущерба. Иск был удовлетворён частично. Истец смог возместить траты на приобретение лекарственных препаратов, оплату реабилитационных услуг в Областном реабилитационном центре для детей подростков «Родник». В части требований о возмещении расходов по оплате проезда на автобусе в ТОКБ,

---

<sup>1</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

<sup>2</sup> Там же.

на МСЭ, ОКБ, на врачебную комиссию, а также понесенных расходов по оплате топлива для автомобиля для проезда в реабилитационный центр «Родник» и обратно Л. Ю. Грязновой было отказано в связи с отсутствием доказательств, в соответствии с которыми, у неё отсутствовала возможность проезда с использованием социального пакета, предоставленного ребенку-инвалиду<sup>1</sup>.

В случае, когда больное лицо стало осуществлять трудовую деятельность и получило работу, то размер ущерба пересматривается. Так, пункт 4 статьи 1087 ГК РФ даёт возможность несовершеннолетнему право требовать увеличения размера возмещения вреда здоровью исходя из его заработка, но ниже размера вознаграждения по занимаемой им должности<sup>2</sup>.

Оценка реального ущерба происходит на основании расходов, которые были произведены на лечение, реабилитацию, приобретение медикаментов, а также транспортные расходы и другое. Разнообразие дополнительных трат, подлежащих компенсации, разнообразно, и это было видно на основании вышеописанного решения суда. Они подтверждаются на основании квитанций, чеков и медицинских документов, такими как амбулаторная карта больного или история болезни. Они в итоге являются доказательствами нуждаемости пациента в конкретной лечебной услуге. Правила расчёта убытков для определения размера дополнительных расходов указаны в пункте 3 статьи 393 ГК РФ<sup>3</sup>. В отношении обязательств по возмещению вреда здоровью учитываются цены по месту оказания медицинской услуги или цены, которая существовала в данной местности в день добровольного исполнения обязательства или установленные по решению суда на день предъявления иска или на день вынесения решения об исполнении обязательства. В случае невозможности определить стоимость услуги, то

---

<sup>1</sup> Решение Заводоуковского районного суда от 16.08.2019 по делу № 2-701/2019// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

<sup>2</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

<sup>3</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

действует положение пункта 3 статьи 424 ГК РФ<sup>1</sup>. Стоит учитывать, что на практике могут быть нарушены обязанности по возмещению убытков. Тогда по правилам статьи 395 ГК РФ подлежат взысканию проценты за пользование чужими денежными средствами до дня уплаты этих сумм кредитором<sup>2</sup>.

Теперь обратим внимание на юридические факты, которые непосредственно влияют на объём возмещения вреда пациенту. Среди них выделяются ситуации, когда медицинского сотрудника необоснованно привлекают к ответственности. Такое лицо будет освобождено только в случае установления факта непреодолимой силы или умысла потерпевшего. Также судом может быть принято решение о полной или частичной снятия ответственности с причинителя вреда, если будет доказана грубая неосторожность потерпевшего, содействовавшая ухудшению его состояния здоровья. Рассмотрим этот вопрос поподробнее.

Анализом данной темы занимался Д. А. Тоточенко. Им был проведён анализ судебной практики по делам, которые связаны с медицинской деятельностью и возмещением вреда в этой области. В итоге оказалось, что лица, причинившие вред, чаще всего освобождаются от ответственности по основанию, которое изложено в пункте 2 статьи 1083 ГК РФ<sup>3</sup>. Согласно этой норме права, если имелось место грубой неосторожности пациента и не было вины причинителя вреда, когда его ответственность наступала вне зависимости от вины, то суд может уменьшить размер возмещения, но полностью отказ в возмещении вреда не допускается<sup>4</sup>.

В теории гражданского права неосторожность делится на два вида: обычная и грубая. Законодательство не раскрывает их содержания, что приводит к проблемам на практике. Каждый из этих видов приводит к

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Тоточенко Д. А. Грубая неосторожность пациента как основание уменьшения размера возмещения вреда// Научный вестник Омской академии МВД России. 2014. № 2. С. 20

<sup>4</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

различным юридическим последствиям, а границу между ними определить невозможно. Постановление Пленума Верховного суда Российской Федерации от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни и здоровью гражданина» разъясняет, что вопрос о том, является ли неосторожность грубой, должен разрешаться с учётом фактических обстоятельств дела<sup>1</sup>. Такое истолкование не вносит ясности в вопросе чётких критериев разграничения простой и грубой неосторожности. Соответственно, медицинскому сотруднику или организации в плане возмещения вреда в случае неверного определения степени вины больного, придётся в большом объёме компенсировать ему потери.

В заключение, важно подчеркнуть, что обязательство по возмещению вреда жизни и здоровью пациента является важным инструментом защиты и восстановления нарушенных прав. В ходе проведённого анализа, по мнению диссертанта, этот институт является довольно проработанным с точки зрения законодательства. Однако имеются определённые пробелы в нормативном правовом регулировании, поэтому предлагаются следующие «пути развития» для данного обязательства.

Первое. Для единообразного понимания определения «вреда» с учётом специфики медицинской деятельности предлагается внести в статью 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» дефиницию «вред здоровью». Под данным термином понимается событие, которое возникло вследствие деятельности медицинского сотрудника, и было выражено в причинение физических и нравственных страданий пациента, в сокращении материальных (траты на восстановление здоровья) и нематериальных (жизнь, состояние здоровья, эстетические данные и другие аспекты) благ.

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 1 от 26.01.2010 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»// Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2010. № 3.

Второе. Вопрос срока возмещения вреда здоровью и жизни больного имеет противоречивый характер из-за статей 1097 ГК РФ и 208 ГК РФ. Диссертант предлагает в отношении такого требования о компенсации от медицинской деятельности не ограничиваться рамками исковой давности.

Третье. Диссертант считает, что привлекать лицо в области лечебного дела к ответственности за недостатки оборудования не стоит, ведь здесь нет его вины, вследствие которой изделие не отвечает требованиям безопасности. Поэтому санкционное воздействие должно быть по отношению к лицу или организации, которое осуществляет выпуск медицинских устройств.

Четвёртое. Учитывая отсутствие чёткого понимания, что подразумевать под грубой неосторожностью, предлагается учесть мнение Д. А. Тоточенко. Он предложил следующие критерии для вышеописанного института права. Во-первых, пациент должен быть извещён обо всех рисках и действиях при лечении. Во-вторых, лицо, несмотря на свою информированность, продолжает пренебрегать рекомендациями медицинских специалистов. Такое бездействие может быть выражено в несоблюдении режима лечения, реабилитации и приёма лекарств, невыполнение предписаний врача, отказ от продолжения лечения и другое<sup>1</sup>. Необходимо эту позицию учёного отобразить в ГК РФ.

Реализация этих поправок в законодательстве устранил противоречивое толкование норм и не допустит необоснованного увеличения или уменьшения меры ответственности как по отношению к медицинскому сотруднику, так и к пациенту.

---

<sup>1</sup> Тоточенко Д. А. Грубая неосторожность пациента как основание уменьшения размера возмещения вреда// Научный вестник Омской академии МВД России. 2014. № 2. С. 23

## **Глава 3. Анализ практики гражданской ответственности субъектов медицинской деятельности**

### **3.1. Гражданско-правовая ответственность медицинского работника: проблемы правоприменительной практики**

Профессиональная деятельность медицинского сотрудника выполняет первостепенную роль на протяжении всей истории человечества – улучшение состояния жизни и здоровья пациента. Согласно статье 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь<sup>1</sup>. Однако, несмотря на такую закреплённую в законодательстве гарантию, в действительности проблема защиты прав пациентов стоит на повестке дня. Как отмечают Н. И. Платонова, А. В. Смышляев, Т. Э. Мартиросян, всё это связано с несовершенством нормативной правовой базы и отсутствием профессионализации данной сферы. Помимо этого, в сети «Интернет» правозащитники публикуют информацию, как привлечь медицинских сотрудников к гражданско-правовой или уголовной ответственности. Но при этом нет сведений, как достигнуть обоснованного решения суда, а также практически отсутствуют досудебные способы урегулирования споров<sup>2</sup>. В условиях современных реалий наказание работников в сфере лечебного дела становится всё более острым и актуальным вопросом в связи с возросшим количеством жалоб из-за внутриорганизационных проблем в системе здравоохранения, судебных разбирательств по делам, связанных с компенсацией морального вреда и с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Переходя к рассмотрению данной темы, начнём с того, что к гражданской ответственности медицинских сотрудников очень часто привлекают по вопросу возмещению вреда при оказании лечебных услуг.

---

<sup>1</sup> Конституция Российской Федерации от 12.12.1993//Российская газета. – 25 декабря 1993 г.

<sup>2</sup> Платонова Н. И., Смышляев А. В., Мартиросян Т. Э. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи и способы их урегулирования в Российской Федерации (теоритические основы и судебная практика)// Проблемы экономики и юридической практики. 2018. С. 194

Разрешение подобного рода споров является трудной задачей, так как требуется установить наличие или отсутствие противоправности в действиях обвиняемого лица.

Оценка действий сотрудников здравоохранения осуществляется на основе определённых критериев: порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты и протоколы. Все эти документы направлены на установление заболеваний, систематизацию действий при проведении лечебных процедур, требования к состоянию помещения и другое.

В качестве примера использования на практике таких медицинских критериев можно привести Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 09.12.2019 по делу № 78-КГ19-50. Согласно данному документу истица ссылается на то, что смерть её матери наступила вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, что выразилось в неправильной диагностике заболевания и неверно избранных методах лечения в стационаре лечебного учреждения. В ходе разбирательства было проведено экспертное заключение, где указано, что медицинская помощь, оказанная Лаврищевой З.Н. врачами-терапевтами Городской больницы № 40, в организационном плане соответствует критериям оценки её качества, предусмотренным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В дополнении к этому там написано, что к недостаткам при оказании медицинской помощи пациенту следует отнести: применение антигистаминных препаратов при отсутствии прямых показаний для их использования; позднее начало антибактериальной терапии; не было направления на консультацию специалиста-гематолога; принятие решения о переводе больной в отделение реанимации и интенсивной терапии. В итоге был сделан вывод о том, что отмеченные дефекты лечебных услуг принципиального влияния на течение заболевания не оказали, однако

явились одним из факторов, способствовавших наступлению неблагоприятного исхода, и находятся в непрямой (косвенной) причинной связи с наступлением смерти Лаврищевой З.Н.<sup>1</sup>

В то же время И. С. Охотников отмечает, что каждый год появляется возможность проводить более продвинутые процедуры для лечения заболеваний, которые не учтены действующими стандартами. В дополнение к этому есть научные школы, которые придерживаются своих взглядов по методике врачевания. В связи с этим возникает вопрос о целесообразности использования всех вышеописанных документов, в которых отображены критерии оценки действий медицинских работников. Помимо этого, есть множество организаций здравоохранения, которые не соответствуют требованиям, указанным в стандартах, что влечёт за собой противоправность в действиях персонала<sup>2</sup>.

Стоит отметить, что имеются различные взгляды учёных о необходимости стандартов среди медиков. С одной стороны, благодаря данным документам есть возможность оценить действия работников по лечебному делу, а с другой стороны из-за их серьёзной регламентации в некоторых случаях можно причинить пациенту вред. Но всё же большинство специалистов согласны с тем, что стандарты необходимо применять для правильного порядка действий медицинских работников<sup>3</sup>.

Далее. По делам, которые связаны с причинением вреда при оказании лечебных услуг, для установления факта наличия или отсутствия противоправности в действиях сотрудника здравоохранения, привлекают эксперта. К данному специалисту задаются определённые вопросы, среди которых спрашивается о соответствии оказанных услуг медицинским стандартам. Подготовленные ответы позволяют судье верно обосновать свою

---

<sup>1</sup> Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 09.12.2019 по делу № 78-КГ19-50// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

<sup>2</sup> Охотников И. С. Проблема обеспечения единства правоприменения по делам о возмещении вреда, причинённого при оказании медицинских услуг// Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2016. С. 156

<sup>3</sup> Там же. С. 156



позицию в решении. Эксперт должен выполнить поставленную перед ним задачу и разрешить проблему, однако И. С. Охотников отметил, что выводы в заключение такого специалиста носят предположительный характер. Это приводит к необходимости дополнительных и повторных экспертиз. Неоднозначный характер таких документов связано с отсутствием значительного уровня развития науки и практики или с невысоким уровнем профессионализма в учреждении, где оказываются эти услуги<sup>1</sup>.

В качестве примера, связанных с вероятностным характером экспертных заключений, можно привести Апелляционное определение Липецкого областного суда от 07.05.2018 по делу № 33-1440/2018. В этом документе говорится, что «достоверно высказаться о степени утраты Д.Ю.А. общей трудоспособности с 16.11.2011 года по 23.04.2012 года по представленным документам не представилось возможным, так как медицинские данные о состоянии её здоровья по поводу последствий травмы 23.09.2011 года за этот период - разрозненны и мало информативны. В то же время, объективно установленная динамика течения последствий травмы позволяет сделать вывод о том, что степень общей трудоспособности у Д.Ю.А. в это период не могла быть менее 45%»<sup>2</sup>.

С учётом изложенного, диссертант считает, что подобного рода экспертные заключения могут привести к необоснованным и завышенным требованиям пациента к медицинскому работнику о возмещении вреда его здоровью.

Следующим фактором привлечения к гражданско-правовой ответственности сотрудников здравоохранения является ведение документации. В ней должны быть описаны все действия работников в ходе лечения пациентов в стационаре. Поэтому ведение таких бумаг, как карты стационарного больного (далее - МКСБ), важно не только для медицины, но и для юриспруденции. В ситуациях, когда МКСБ не может показать весь ход

---

<sup>1</sup> Там же. С. 157

<sup>2</sup> Апелляционное определение Липецкого областного суда от 07.05.2018 по делу № 33-1440/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

лечения и дать оценку состоянию пациента, то, по мнению И. В. Тимофеева, это нужно считать дефектами медицинской документации<sup>1</sup>. Также Н. К. Пермяков подчёркивает, что может возникнуть ситуация, когда эксперт находится в состоянии «информационного вакуума». Это значит, что в подготовленном таким лицом заключении не будут учтены все обстоятельства из-за того, что записи в учреждении здравоохранения ведутся с различными нарушениями. Среди недостатков выявлены: ретроспективная запись, отсутствие соответствующих отметок и различные варианты фальсификаций, такие как дописывание, переписывание<sup>2</sup>.

Так, в Апелляционном определении Московского городского суда от 04.07.2017 по делу № 33-25765/2017 есть «ссылки на заключение судебно-медицинской экспертизы, подтвердившей отсутствие нарушений при оказании медицинской помощи пациенту. Судебная коллегия во внимание это не принимает, поскольку эксперты руководствовались только медицинской документацией, в частности, записями в истории родов. В них не содержалось каких-либо сведений об инородном предмете в брюшной полости истца, а само по себе отсутствие таких записей не свидетельствует о том, что медицинским персоналом не было допущено врачебной ошибки, в результате которой инородный предмет остался в организме больного.

Кроме того, эксперты ввиду малоинформативности медицинских записей не смогли определить давность нахождения инородного предмета в брюшной полости истца и как следствие сделать вывод о причинно-следственной связи между действиями медицинских работников ответчика и наступившими последствиями для истца. Однако, категоричного вывода, указывающего на отсутствие вины ГБУЗ «ГКБ им. фио ДЗМ», в экспертизе не содержится»<sup>3</sup>. Данный судебный акт является одним из многочисленных примеров, которые отображают нарушения в медицинской документации.

---

<sup>1</sup> Тимофеев И. В. Патология лечения. Руководство для врачей. СПб «Северо-Запад». 1999. С. 656

<sup>2</sup> Пермяков Н. К. Патология реанимации и интенсивной терапии. М.: Медицина. 1985. С. 288

<sup>3</sup> Апелляционное определение Московского городского суда от 04.07.2017 по делу № 33-25765/2017// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

В продолжение этой темы А. Р. Поздеев и Ф. Р. Азалова выделили такой вопрос, как рациональное назначение лекарств и анализ лечения.

В подтверждение наличия проблемы можно привести Апелляционное определение Воронежского областного суда от 12.04.2018 по делу № 33-2420/2018. Истец в иске указала, что причиненный ей вред здоровью заключается в следующем: в результате хронического остеомиелита разрушена кость нижней челюсти до 10х6 мм. Вследствие этого сползла десна с зуба 43; боль от нейропатии усиливается; был вынужденный прием повторяющимися длительными курсами лекарственных препаратов, токсичных для организма; пройдено курсовое лечение у физиотерапевта и рефлексотерапевта. В дальнейшем была проведена судебная экспертиза, согласно которой медицинская помощь была оказана в недостаточном объеме, что привело к утяжелению диагноза и переходе заболевания в хроническую форму. Экспертом были выявлены следующие нарушения в работе медицинского персонала: несвоевременное направление в учреждение здравоохранения более высокого уровня в связи с характером течения заболевания; отсутствие добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство от 15.01.2016 г.; нарушение стандартов обследования - отсутствие записи о назначении ортопантомогаммы от 18.01.2016 г.; обнаружены исправления в медицинской документации. Апелляционная инстанция с учётом изученных обстоятельств по делу оставила без изменения размер компенсации морального вреда, доводы ответчика о проведении повторной экспертизы были сочтены необоснованными, а в части взыскания с ответчика материального ущерба отказано, так как такое требование должно быть предъявлено к медицинской страховой компании<sup>1</sup>.

Сложность разбора таких ситуаций заключается в зависимости от субъективных обстоятельств, таких как место обучения лечащего

---

<sup>1</sup> Апелляционное определение Воронежского областного суда от 12.04.2018 по делу N 33-2420/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

специалиста, его квалификация, опыт, финансовое состояние пациента и другие факторы)<sup>1</sup>.

Выписывание препаратов регулируется несколькими нормативными правовыми актами: Федеральными законами от 22.06.1998 № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» и от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»; Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.08.1999 № 328 «О рациональном назначении лекарственных средств, правила выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)» и от 07.09.2000 № 337 «О Госреестре лекарственных средств (2 том)». В дополнении к этому есть Постановление Правительства Российской Федерации от 08.04.1999 № 393 «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения гражданами лекарственными средствами». Несмотря на такой объём законодательной базы, ситуации, когда назначаются неверные курсы лечения, которые непосредственно сказываются на состоянии больного, продолжают происходить. По этому поводу А. Р. Поздеев и Ф. Р. Азалова отмечают, что в ходе изучения МКСБ было выявлено факты, когда записи лекарственных препаратов имели неполный характер и при этом отсутствовали точные формулировки препаратов<sup>2</sup>. Диссертант считает, что данные обстоятельства связаны с низким уровнем информированности медицинских работников о вышеописанных законодательных актах, а также с наличием недобросовестного отношения некоторых лиц к своим служебным обязанностям.

Важно отметить, что анализ врачебных назначений при проведении мероприятий интенсивной терапии имеет особое значение. Это связано с тем, что состояние здоровья пациента при таких медицинских манипуляциях

---

<sup>1</sup> Поздеев А. Р., Авзалова Ф. Р. Некоторые дефекты ведения медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях// Проблемы экспертизы в медицине. 2001. С. 27

<sup>2</sup> Там же. С. 27

больше всего подвержено вредному воздействию даже при незначительных несоответствиях в действиях лечащего работника. Стоит учесть анализ МКСБ, проведённый А. Р. Поздеевым и Ф. Р. Азаловой, которые обнаружили следующие проблемы:

- нет указаний на время и продолжительность введения препаратов, что впоследствии влечёт невозможность определения скорости введения;

- согласно хронологии по записям в МКСБ вводится значительное количество лекарств без указания последовательности и локализации их применения<sup>1</sup>.

Указанные дефекты приводят к сложностям в работе судебно-медицинских экспертов, а именно пропадает возможность восстановления верной череды событий и установления степени их влияния на состояние организма пациента. Все эти факторы в совокупности ведут к снижению выплат возмещения вреда здоровья больного, а также уменьшают размер компенсации морального вреда. Гражданская ответственность медицинского работника в таких ситуациях, исходя из судебных решений, оказывается не в полной мере учтённой, чем должно быть в действительности.

Далее обратимся к анализу проблемы причинения вреда пациенту медицинскими изделиями.

Развитие современных технологий в медицине помогают как персоналу в учреждениях здравоохранения, так и больным. Такое оборудование позволяет узнавать специалистам показатели жизнеобеспечения пациента, возможность наступления определённых заболеваний до появления симптомов, а также помогает врачам в ходе проведения операций.

Из этого следует, что от правильного использования подобных устройств, а также от корректности работы компьютерных программ зависит жизнь и здоровье больного. Такие технологии имеют сложный механизм, и не каждый медицинский работник в полной мере понимает, как их

---

<sup>1</sup> Там же. С. 28

использовать, поэтому в ходе выполнения лечебных манипуляций может быть причинён вред пациенту. В связи с этим, определить надлежащего ответчика представляется трудновыполнимой задачей. Также количество участников при таких обстоятельствах в правоотношении меняется. Изначально всегда сторонами при возникновении споров были «пациент – медицинский работник/учреждение здравоохранения», теперь же возникла новая «цепь» - «пациент – медицинский работник/учреждение здравоохранения – производители устройства».

Исследователь А. В. Незнамов подчёркивает, что вне зависимости от развития кибернетических технологий они всё равно могут принести потери состоянию здоровья больного. Несмотря на то, что такие устройства могут предотвращать вред в различных ситуациях, то при возникновении уязвимостей, они не поддаются устранению даже при максимальной осмотрительности создателем программного обеспечения<sup>1</sup>.

На основании вышеизложенного аргумента, диссертант считает, что использование таких изделий должно регулироваться статьёй 1079 ГК РФ «Ответственность за вред, причинённый деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих». Такой вывод обусловлен наличием у современных медицинских устройств следующих признаков, которые были выделены М. Ю. Гавришем и Г. А. Гаврильченко в отношении повышенной опасности деятельности программ ЭВМ:

- проявление повышенной вредоносности использования оборудования, которое заключается в возможности наступления особо тяжёлых последствий для самого потерпевшего;

- для таких устройств отличительной чертой является неподконтрольность. Она заключается в невозможности остановки воздействия источника повышенной опасности из-за его объективных

---

<sup>1</sup> Незнамов А. В. Робот не виноват! Взгляд из России и США на проблему ответственности за вред, причинённый роботами// Закон. 2019. № 5. С. 152-156

характеристик и повышенной сложности в эксплуатации, которая требует специальных знаний и подготовки<sup>1</sup>.

Однако диссертант считает, что эти признаки должны быть отнесены ко всему комплексу современных медицинских изделий, а не только в отношении ЭВМ.

Что касается правового регулирования, то А. И. Шерстобитов отмечает, что российская законодательная база в отношении программ, включает в себя от 70 до 500 нормативных правовых актов. Однако до сих пор нет норм, которые бы регулировали правоотношения, связанные с возмещением вреда из-за использования программного обеспечения<sup>2</sup>.

Кроме того, нарушения в таких ситуациях имеют договорный характер и регламентируются нормами ГК РФ об ответственности за нарушение обязательств (статьи 393-406 ГК РФ)<sup>3</sup> и ст.ст. 1085 ГК РФ и 1095 ГК РФ о возмещении вреда, причинённого вследствие недостатков товара, работ и услуг<sup>4</sup>.

В качестве примера разрешения спора, связанного с медицинским оборудованием, можно привести Апелляционное определение Московского городского суда от 26.02.2018 по делу № 33-7867/2018. Истец ссылалась на то, что ответчик оказал ненадлежащую медицинскую помощь, включая совершения инъекций, нарушение правил эксплуатации медицинского оборудования сотрудниками здравоохранения, нарушение правил проведения всех видов лечебных услуг. В ходе разбирательства по делу суд, руководствовался положениями статей 66, 68 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», а также статьями 151, 1085, 1101 ГК РФ. Он оценил представленные аргументы сторон, в том числе

---

<sup>1</sup> Гавриш М. Ю., Гаврильченко Г. А. Гражданско-правовая ответственность использования программ для ЭВМ// Вологдинские чтения. 2009. С. 47

<sup>2</sup> Шерстобитов А. И. Ответственность в случае причинения вреда «умными» медицинскими изделиями// Закон и право. 2020. № 1. С. 57

<sup>3</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

<sup>4</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

показания свидетелей и разъяснения специалистов, и пришёл к выводу об отсутствии доказательств, подтверждающих причинно-следственную связь между проведенным в ГБУЗ «ГКБ имени Ф.И. Иноземцева ДЗМ» медицинскими работниками лечением и состоянием здоровья истца<sup>1</sup>.

Несмотря на значительный ущерб от сбоев в работе программ и оборудования, в судебной практике практически отсутствуют дела, связанные с причинением вреда деятельностью этих объектов<sup>2</sup>.

В частности, дополнительным препятствием для качественного и всестороннего рассмотрения дела судом, является сложность и доступность экспертизы. Такая проблема связана с высокой загруженностью экспертов, а также с отсутствием среди них лиц с «узкой» специализацией (например, изучающих только медицинскую документацию). Это приводит к тому, что сроки проведения такой процедуры могут быть достаточно продолжительными. А в случае причинения вреда «умным» медицинским изделием, то сложность и квалификация специалиста должна быть выше. Тогда становится необходимым проведение комплексных судебных экспертиз. Это приводит к увеличению временного интервала между подачей иска и момента подготовки заключения специалистов и вынесения судебного решения<sup>3</sup>.

Далее. М. Ю. Гавриш и Г. А. Гаврильченко выявили ещё ряд моментов, на которые требуется обратить внимание в отношении медицинских изделий:

- действующая законодательная база не даёт гарантий на предоставляемое программное обеспечение и оборудование. Это приводит к поставке изделий на условиях изготовителя. В целом, эксплуатация такого оборудования происходит на свой страх и риск;

---

<sup>1</sup> Апелляционное определение Московского городского суда от 26.02.2018 по делу № 33-7867/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

<sup>2</sup> Шерстобитов А. И. Ответственность в случае причинения вреда «умными» медицинскими изделиями// Закон и право. 2020. № 1. С. 57

<sup>3</sup> Там же. С. 57



- защита интересов пользователя программного обеспечения при сопровождении программного продукта не отображена в нормах права<sup>1</sup>.

Следующим объектом правонарушений со стороны сотрудников здравоохранения является врачебная тайна. Гражданское законодательство Российской Федерации относит данный институт к понятию личной тайны гражданина. Согласно статье 150 ГК РФ жизнь и здоровье относится к категории нематериальных благ, которые принадлежат гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом<sup>2</sup>. В дополнение к этому статья 151 ГК РФ в случае причинения морального вреда действиями, которые нарушают его личные неимущественные права или посягают на принадлежащие лицу нематериальные блага, то суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации<sup>3</sup>. Указанная норма права относится и к врачебной тайне на основании пункта 2 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 10 от 20.12.1994 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда»<sup>4</sup>. Пункт 1 статьи 1068 ГК РФ устанавливает правило, что юридическое лицо возмещает вред, причинённый его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Значит, денежная компенсация пациенту осуществляется не лечащим сотрудником, а выплачивается организацией здравоохранения. Однако медицинский работник будет нести дисциплинарную ответственность за совершённое действие в форме взысканий в соответствии со статьёй 192 Трудового кодекса РФ<sup>5</sup>. Исходя из описанного, становится ясно, что санкции будут применены к лицу,

---

<sup>1</sup> Гавриш М. Ю., Гаврильченко Г. А. Гражданско-правовая ответственность использования программ для ЭВМ// Вологдинские чтения. 2009. С. 50

<sup>2</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 10 от 20.12.1994 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда»// Российская газета. 1995. № 29

<sup>5</sup> Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 2002. № 1. Ст. 3

совершившему данное правонарушение, а также к учреждению здравоохранения.

Запрет на распространение врачебной тайны действует и после смерти пациента в отношении лиц, которые её узнали в ходе обучения, выполнения своих служебных обязанностей. Её разглашение возможно только в случае письменного согласия больного или его законного представителя. В то же время есть закрытый перечень случаев, когда такая информация может быть предоставлена без учёта мнения пациента. Это предусмотрено пунктом 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>1</sup>. Среди них стоит выделить следующие основания: угроза распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; информирование органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий; в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания; по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. Из этого следует, что врачебная тайна в обозначенных ситуациях раскрывается для защиты интересов общества и самого пациента, чтоб была возможность в ускоренном порядке предотвратить симптомы заболевания или приступить к лечению.

В подтверждении этой позиции есть Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 по делу № 1-П. Там прописано, что «раскрытие медицинской документации охватывается достаточно строгими гарантиями защиты личной тайны и персональных данных умершего, проистекающими из конституционных требований уважения его частной жизни, а с другой стороны, в ряде случаев раскрытие врачебной тайны может требоваться как для выполнения государством своих

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

позитивных обязательств по защите права на жизнь в аспекте расследования смерти пациента, так и в контексте защиты прав и законных интересов переживших его членов его семьи»<sup>1</sup>.

В тоже же время Н. А. Скребнёва в своей статье указала на то, что в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» есть противоречие правовых норм<sup>2</sup>. Начнём с того, что в пункте 5 статьи 67 указанного закона установлено, что заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию<sup>3</sup>. С учётом того, что причина смерти и диагноз входит в содержание врачебной тайны, то предоставление заключения от медицинских работников можно рассматривать в качестве нарушения, потому что согласно статье 13 указанного закона, врачебная тайна должна соблюдаться и после смерти человека. Из-за такой коллизии норм возникают судебные споры.

В подтверждение данной позиции укажем на Решение Октябрьского районного суда города Барнаула от 04.09.2013 по делу № 2-2900/2013<sup>4</sup>. Истец В. П. Панченко подал иск в отношении главного врача из-за отказа последним в предоставлении копии истории болезни умершей жены и матери, то есть было нарушено право близкого родственника на доступ к

---

<sup>1</sup> Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 по делу № 1-П// Собрание законодательства РФ. 2020. № 3. Ст. 275

<sup>2</sup> Скребнева Н. А. Особенности и противоречия правового регулирования врачебной тайны в Российской Федерации как объекта правонарушений медицинских работников и медицинских организаций// Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2019. № 2. С. 115

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Решение Октябрьского районного суда г. Барнаула от 04.09.2013 по делу № 2-2900/2013// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

соответствующей информации. С точки зрения заявителей, запрет на распространение врачебной тайны, установленный в статье 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», не должен применяться в отношении умершего на основании статьи 6 Федерального закона от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле», в соответствии с которой близким родственникам или иному лицу, обязавшемуся осуществить погребение умершего, предоставляется документ, содержащий сведения о состоянии здоровья покойного лица. В силу представленных аргументов истец требовал признания противоправными действия главного врача и предоставления им заверенной копии истории болезни умершей пациентки. Суд в ходе рассмотрения дела отметил, что законодательством установлены определенные исключения из общего правила о сохранении врачебной тайны после смерти гражданина. В силу части 5 статьи 67 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» близким родственникам или иным лицам, указанным в законе, предоставляется медицинское заключение о причине смерти и диагнозе заболевания, что свидетельствует не о нарушении медицинским учреждением врачебной тайны (как на то указывали в судебном заседании представители заявителей), а о том, что интересы родственников умершего по получению информации, являющейся врачебной, в данном случае поставлены законодателем, выше, чем интересы личности, чье право на тайну охранялось при жизни законом. Нормативный акт, обеспечивавший охрану права гражданина на врачебную тайну при его жизни, обязывает медицинских работников передать часть конфиденциальных сведений о здоровье и жизни умершего членам его семьи или иным родственникам. Однако объем такой информации, предоставляемым близким родственникам умершего, четко определен частью 5 статьи 67 названного закона, и не может толковаться расширительно. Это означает, что истец не может получить сведения о состоянии здоровья своих близких, отраженных в истории их болезни,

диагнозе. В итоге действия медицинского сотрудника были признаны законными.

В заключение стоит отметить, что гражданская ответственность медицинских сотрудников имеет определённые недостатки из-за несовершенства законодательства, что приводит к судебным спорам. Также выносятся несправедливые вердикты в отношении сотрудников здравоохранения, когда к ним применяются меры наказания из-за медицинской аппаратуры. В тоже время сами пациенты «страдают» из-за некачественных судебно-медицинских экспертиз и дефектов медицинской документации. Для разрешения этих проблем предлагается сделать следующее.

1) Медицинские стандарты необходимо оставить для применения на практике, так как без них работник может не знать, как поступить в той или иной ситуации, что может привести не только к гражданской, но и к уголовной ответственности лица, совершающего лечебные манипуляции. Однако серьёзность регламентации этих документов необходимо смягчить в целях избегания ситуаций, которые могут привести к вреду здоровья пациента.

2) Для устранения дефектов документации в учреждениях здравоохранения необходимо осуществлять контроль в этом направлении. В первую очередь такие действия должны касаться бумаг в отношении больных, находящихся в нестабильном, критическом и тяжелых состояниях. Контрольную функцию можно возложить на регистратуру в больницах.

3) В целях разрешения проблемы, которая связана с медицинским оборудованием и программным обеспечением, нужно:

а) отнести использование медицинских устройств к источникам повышенной опасности и возлагать ответственность в случае причинения вреда пациенту непосредственно на изготовителя оборудования, а не на медицинского сотрудника или учреждение здравоохранения;

б) вопросы проведения экспертизы и компенсации вреда здоровью возложить на страховые медицинские организации. В таких учреждениях необходимые эксперты в области медицины уже имеются, и останется привлечь лиц, специализирующихся в технических параметрах медицинской техники, что позволит в ускоренном порядке получить необходимое заключение.

Такие меры упростят работу судебной системы, сократят время ожидания компенсации и возмещения вреда здоровью пациенту, а также не допустит возможности привлечь медицинских работников к гражданской ответственности за сбой аппаратуры и оборудования в ходе выполнения их лечебной деятельности.

4) В целях достижения единообразного толкования и применения правовых норм предлагается для устранения правовых споров в делах по компенсации морального вреда учесть мнение Н. А. Скребнёвой. Она предложила в своём труде, установить соответствие между статьями 13 и 67 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» посредством включения в статью 13 закрытого перечня субъектов, в отношении которых возможно разглашение врачебной тайны после смерти пациента<sup>1</sup>.

Совокупность представленных мер должна обеспечить снижение споров между сторонами, создать по определённым вопросам единообразную судебную практику, позволит установить справедливый баланс интересов сторон в медицинском правоотношении, когда возникает необходимость привлечь к гражданской ответственности сотрудника здравоохранения.

---

<sup>1</sup> Скребнёва Н. А. Особенности и противоречия правового регулирования врачебной тайны в Российской Федерации как объекта правонарушений медицинских работников и медицинских организаций// Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2019. № 2. С. 117

### **3.2. Гражданско-правовая ответственность медицинской организации: проблемы правоприменительной практики**

Деятельность медицинских организаций в современном российском обществе остаётся неизменным объектом критики. Это связано с такими проблемами, как низкий уровень образования у сотрудников здравоохранения, ненадлежащее качество оказываемой лечебной помощи и постоянный недостаток финансирования со стороны государства. Такие дефекты делают медицинскую сферу уязвимой перед множеством опасностей, которые могут ей грозить. Ясно, что возникла необходимость кардинальных изменений в организации работы системы здравоохранения, ведь от этого зависит социально-экономическая стабильность в государстве.

Гражданско-правовая ответственность лечебных учреждений на фоне сложившейся обстановки в медицинской деятельности является актуальной. С. Б. Кузьмин подчёркивает, что сейчас происходит коммерциализация сферы здравоохранения. Это выражается в развитие договорных отношений в медицине и частного бизнеса оказания лечебных услуг, когда происходит реформирование регулирования медицинской деятельности, а также увеличение количества судебных дел по защите прав граждан из-за причинения вреда их жизни и здоровью<sup>1</sup>.

Прежде всего обратимся к вопросу полного возмещения убытков учреждениями здравоохранения. Законодательство Российской Федерации предоставляет возможность возмещения не только материального ущерба, но и морального вреда. На основании статей 779-783 ГК РФ медицинские услуги имеют имущественный и возмездный характер. Данные нормы права дают возможность применения гражданско-правового метода регулирования, а также устанавливают порядок и условия взыскания денежных средств из-за некачественно выполненных медицинских манипуляций.

---

<sup>1</sup> Кузьмин С.Б. Особенности гражданско-правовой ответственности медицинских организаций на современном этапе// Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1 (1). С. 78

Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 17 от 28.06.2012 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» усугубляет финансовое положение учреждений здравоохранения. Такой вывод исходит из пункта 45 указанного документа, где сказано, что «при решении судом вопроса о компенсации потребителю морального вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя»<sup>1</sup>. Однозначно, что размер компенсации морального вреда будет вне зависимости от возмещения имущественного вреда. Это означает, что взыскиваемые денежные средства должны быть выплачены без учёта стоимости медицинских работ или суммы возникшей неустойки. При возникновении ситуаций из-за нарушений сроков возмещения всех утрат пациенту суд теперь налагает на больницы штрафы.

В случае удовлетворения этим органом власти требований больного, которые связаны с нарушением его прав, закреплённых Федеральным законом «О защите прав потребителя», то будет использована указанная санкция в отношении учреждения здравоохранения для восстановления интересов гражданина. Штраф является императивным наказанием и осуществляется вне зависимости от того, заявлялось ли это требование суду. Также вышеупомянутый нормативный правовой акт и ГК РФ устанавливает, что доказывание обстоятельств, которые освобождают от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства, возлагается на медицинскую организацию. Санкционное воздействие за вред, причиненный жизни и здоровью, несёт работодатель, то есть учреждение здравоохранения. Такие условия мотивируют всех руководителей на поиск путей для снижения финансовых потерь. Одним из способов восполнения денежных средств является право обратного (регрессного) требования к медицинскому сотруднику.

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 17 от 28.06.2012 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2012. № 9



В практической деятельности возникают определённые проблемы из-за статьи 241 Трудового кодекса Российской Федерации. В ней регулируются пределы материальной ответственности работника за ущерб в размере среднего месячного заработка<sup>1</sup>. В то же время статья 138 Трудового кодекса Российской Федерации даёт возможность удерживать из доходов сотрудника только 20 %, а при взыскании в случае наличия нескольких исполнительных производств, то можно изымать только 50 %<sup>2</sup>. Ограничения по этой норме права не распространяются на случаи, когда вычитания из заработной платы должны быть в случае:

- возмещения вреда, которое причинено здоровью другого лица;
- возмещения ущерба из-за смерти кормильца;
- возмещения ущерба из-за совершённого преступления.

Размер удержаний в случае наступления вышеописанных ситуаций не может быть более 70 %.

Помимо этого, трудности возникают, когда суд выносит решение о возмещении вреда несколькими медицинскими сотрудниками. Вследствие этого степень вины каждого из них непросто определить. Однако в статье 243 Трудового кодекса Российской Федерации указан перечень случаев привлечения работника к материальной ответственности в полном объёме<sup>3</sup>. Среди них можно выделить такие обстоятельства, как разглашение сведений, составляющих охраняемую законом тайну; причинение ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения; возникновение ущерба из-за преступных действий работника, установленных приговором суда.

В качестве примера из судебной практики можно привести Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 02.03.2017 по делу № 33-3908/2017. В данном документе говорится, что

---

<sup>1</sup> Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 2002. № 1. Ст. 3

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

работником в период исполнения обязанностей водителя выездной бригады отделения скорой медицинской помощи нарушены Правила дорожного движения Российской Федерации, что привело к ДТП. Вступившими в законную силу судебными актами с работодателя как собственника автомобиля, которым управлял виновник аварии, в порядке суброгации были взысканы деньги за причинённый ущерб. Медицинская организация решила взыскать со своего работника денежные средства с помощью регрессного требования. Суд в итоге удовлетворил требования истца<sup>1</sup>.

Несмотря на финансовые проблемы, С. Б. Кузьмин отмечает, что сейчас сложилась тенденция привлекать именно лечащего сотрудника к гражданской ответственности с целью возмещения ущерба в полном объёме. Это даёт возможность руководителю медицинской организации сохранить бюджет учреждения, а также предотвращает возможность привлечения всего коллектива к совместной материальной ответственности за действия одного работника<sup>2</sup>.

Следующая проблема заключается в возможности страхования от гражданской ответственности. Использование данного института позволяет предотвратить риски из-за невозможности выплаты крупных денежных сумм по решению суда.

Нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования заключения договора страхования для медицинских организаций. Например, в пункте 1 статьи 44 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» предусмотрено страхование риска причинения вреда жизни, здоровью пациента в результате проведения клинического исследования лекарственного препарата для лечебного использования<sup>3</sup>. Также медицинские организации обязаны выплачивать

---

<sup>1</sup> Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 02.03.2017 по делу № 33-3908/2017// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

<sup>2</sup> Кузьмин С.Б. Особенности гражданско-правовой ответственности медицинских организаций на современном этапе// Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1 (1). С. 81-82

<sup>3</sup> Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»// Собрание законодательства РФ. 2010. № 16. Ст. 1815

страховые взносы за своих работников в рамках обязательного социального страхования. Рассматривая добровольные способы страхования, то в качестве одного из способов сохранения бюджета учреждений здравоохранения можно считать заключение договора страхования непредвиденных расходов в случае возникновения чрезвычайных ситуаций. Однако стоит отметить, что страхование по собственному желанию имеет фрагментарный характер.

Как уже было отмечено, у медицинских организаций имеется дефицит их денежных средств, поэтому чаще всего используется в лечебном сообществе страхование профессиональной ответственности. В то же время не все учреждения заключают такие договоры. А. В. Завражский в своей работе приводит основные трудности для использования указанного вида страхования<sup>1</sup>. Рассмотрим их поподробнее.

1. При заключении договора страхования предусмотрена выплата страховой премии. Страховщик, понимая уровень риска медицинской деятельности и размеры ущерба от неё, может потребовать достаточно высокую сумму денежных средств для осуществления своих услуг. Это является дополнительным финансовым бременем для лечебной организации.

2. Учреждения здравоохранения руководствуются в своей деятельности требованиями антимонопольного законодательства. Так, в части 1 пункта 4 статьи 93 Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» устанавливается, что для осуществления закупки у единственного страховщика нужно, чтобы стоимость услуги была не более 300 тысяч рублей<sup>2</sup>. При этом, страховые компании могут оценить риск

---

<sup>1</sup> Завражский А. В. Страхование как инструмент защиты интересов медицинских организаций от рисков профессиональной ответственности// Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2018. С. 154-155

<sup>2</sup> Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»// Собрание законодательства РФ. 2013. № 14. Ст. 1652

гораздо выше, и поэтому придётся проводить конкурсные процедуры, для которых нужны дополнительно финансы и время.

3. Есть вероятность возникновения ситуации, когда имеется негативная история судебных разбирательств у больницы или в штате сотрудников есть работники по высокорисковым специальностям, такие как хирурги, анестезиологи, акушеры. На основании этого страховая компания может отказаться от обслуживания медицинской организации.

4. Со стороны руководства учреждений здравоохранения очень часто бывает недооценка рисков вследствие отсутствия претензий и исков. Многие организации осознают возможность наступления профессиональной ответственности только, когда они получают документы о наличии требований пострадавшего пациента о возмещении вреда его здоровью и извещении о судебном разбирательстве.

5. Есть недостатки в правовом регулировании охраны здоровья. Согласно статье 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации обязаны возмещать вред жизни и здоровью граждан при оказании лечебной помощи<sup>1</sup>. В дополнение к этому ст. 1068 ГК РФ устанавливает ответственность работодателя за вред, совершённый его работником<sup>2</sup>. То есть, договор страхования профессиональной медицинской деятельности должен быть заключён по инициативе именно учреждения здравоохранения. Однако, как отмечает автор статьи, в настоящее время нет специального закона об обязательном страховании в этой области.

Кроме того, статья 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даёт право медицинским и фармацевтическим сотрудникам страховать свою ответственность<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

<sup>2</sup>Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724

Несмотря на это, А. В. Завражский отмечает, что субъектом правоотношений является именно лечебная организация, а не её сотрудник. Вследствие этого индивидуальное страхование является ничтожным из-за того, что ответственность перед пациентами в нынешних правовых условиях невозможна. Также, по его мнению, судебная система придерживается аналогичной позиции, возлагая гражданскую ответственность на медицинские организации. Учёный приводит в качестве примера зарубежную практику, где для врача заключение договора индивидуального страхования ответственности в обязательном порядке<sup>1</sup>. Диссертант не согласен с этой точкой зрения. В предыдущем параграфе было отмечено, что суд теперь по большинству дел привлекает к наказанию сотрудника здравоохранения. Это значит, что застрахованная лицом ответственность является эффективным инструментом, который можно использовать на практике.

Как уже отмечалось ранее, медицинских работников привлекают к наказанию путём регрессных требований от учреждений здравоохранения. Также растёт число уголовных дел за совершение врачебных ошибок. Такое положение дел вряд ли способно привести к повышению качества услуг в системе здравоохранения. Лечебный персонал из-за возможности возникновения санкционных воздействий на них будет избегать выполнять рискованные операции по новым методикам, и будет придерживаться консервативных способов медицинских манипуляций. Разрешение проблемы путём разделения гражданской и уголовной ответственности трудно исполнимо, ведь не всегда просто установить меру наказания конкретного работника. Различные медицинские действия могут быть выполнены несколькими докторами и иным медицинским персоналом, отчего установить причинителя вреда проблематично<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Завражский А. В. Страхование как инструмент защиты интересов медицинских организаций от рисков профессиональной ответственности// Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2018. С. 156

<sup>2</sup> Там же.

Далее рассмотрим вопрос о соотношении гражданской ответственности между медицинской организацией и страховой медицинской организацией. Такая ситуация возникла из-за коллизии норм в законодательстве.

Согласно статьям 38,39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 326) закреплена ответственность страховой медицинской организации и лечебных учреждений<sup>1</sup>.

Исходя из пункта 8 статьи 39 ФЗ № 326 предусмотрено наказание путём уплаты штрафа в отношении медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию<sup>2</sup>.

В то же время пункт 8 статьи 16 ФЗ № 326 устанавливает, что у застрахованных лиц есть право на возмещение ущерба страховой медицинской компанией, который был причинён из-за неисполнения или ненадлежащего исполнения ею обязанностей по организации представления медицинской помощи. Пункт 9 указанной нормы права ещё предусматривает наказание этому субъекту за «неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи»<sup>3</sup>.

Из сказанного вытекает, что становится непонятным к кому именно стоит обращаться застрахованному лицу за возмещением убытков.

Здесь стоит учесть мнение Н. Е. Козловой и М. В. Кротенко, которые считают, что подавать иск в суд нужно на медицинскую организацию, как на непосредственного причинителя вреда<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. 2010. № 49. Ст. 6422

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Козлова Н. Е., Кротенко М. В. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования// Право и экономика. 2005. № 12. С. 22-28

Как верно отмечает Л. В. Герасименко, страховщика нельзя упрекать за неверный выбор учреждения здравоохранения для реализации программ обязательного или добровольного медицинского страхования (далее – ДМС)<sup>1</sup>. В обязанности медицинской организации входит оказание квалифицированной и качественной помощи, то есть она должна отвечать всем требованиям безопасности, своевременности и эффективности. Определение соответствия лечебных услуг описанным критериям базируется на стандартах выполнения различных профессиональных действиях, знание и соблюдение которых отражает подготовку работников к исполнению их прямых обязанностей. За врачебные ошибки и ненадлежащее оказание услуг пациент не должен страдать. Он не обязан отслеживать внутриорганизационные аспекты деятельности учреждений, где он проходит терапии.

В подтверждении данной позиции есть положения пункта 12 статьи 38 ФЗ № 326, где в качестве обязанности страховой медицинской организации является защита прав и законных интересов застрахованных лиц<sup>2</sup>. Это учреждение рассматривает обращения и жалобы граждан. На основании данных документов могут прийти к выводу по некоторым ситуациям, что необходимо подать иск на учреждение здравоохранения за ненадлежащее выполнение лечебных услуг.

Дискуссии также вызывает вопрос, несёт ли страховая компания ответственность за вред жизни и здоровью застрахованного лица из-за некачественного лечения.

Данная организация в случае наступления страхового события обязано выплатить определённую денежную сумму. В договорах должны быть описаны дефекты, в случае наступления которых пациент имеет право получить возмещение его здоровью.

---

<sup>1</sup> Герасименко Л. В. Компенсация морального вреда как форма ответственности медицинской организации// Вестник Краснодарского университета МВД России. 2010. № 4. С. 21

<sup>2</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. 2010. № 49. Ст. 6422

В договоре ДМС при проведении медицинских манипуляций в качестве рисков могут быть указаны послеоперационные осложнения, а также смерть больного.

В случае наступления подобных последствий, то страховщик будет обязан выплатить только ту сумму, которая была оговорена при заключении договора. Если эти финансы не будут предоставлены пациенту, то последний вправе привлечь указанное учреждение к ответственности. По иным повреждениям здоровью, которые не были прописаны в договоре страхования, будет наказано учреждение здравоохранения.

В качестве примера привлечения к ответственности медицинской страховой компании можно привести Решение Сергачского районного суда от 28.09.2017 по делу № 2-626/2017. «Истец В.Ю. Власов обратился в суд с иском к В.Н. Клещеву и СПАО «Ингосстрах» о возмещении вреда здоровью, причиненного в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взыскании утраченного заработка и морального вреда.

04.08.2016, с целью мирного урегулирования спора, В.Ю. Власов обратился в СПАО «Ингосстрах» с заявлением о возмещении расходов на лечение и утраченного заработка. Страховая компания признала ДТП страховым случаем и 22.08.2016 истцу было перечислено страховое возмещение в размере 37 625 рублей. Согласно Правилам расчета суммы страхового возмещения при причинении вреда здоровью потерпевшему, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.11.2012г. №1164, сумма страхового возмещения составляет 75 250 руб. Страховая компания выплатила только половину указанной суммы.

09.09.2016 В. Ю. Власов повторно обратился в СПАО «Ингосстрах», с претензией о пояснении выплаченной суммы страхового возмещения и выплате утраченного заработка. В ответном письме СПАО «Ингосстрах» указало, что выплачена половина суммы страхового возмещения, так как в случае причинения вреда источниками повышенной опасности третьим лицам, вред возмещается владельцами источников повышенной опасности в



равных долях. Также, было принято решение об отказе в удовлетворении требований о возмещении утраченного заработка в связи с отсутствием судебно-медицинской экспертизы или медико-социального заключения о степени утраты профессиональной трудоспособности либо о степени утраты общей трудоспособности». В. Ю. Власов, не согласившись с доводами страховой компании, обратился в суд.

Судья согласился с доводами ответчика о солидарной ответственности по вопросу выплаты страхового возмещения на основании части 1 статьи 1080 ГК РФ. Однако он отметил обязанность выплаты утраченного заработка за период нетрудоспособности, руководствуясь представленными медицинскими документами и нормами закона. Также была взыскана сумма неустойки за утраченный заработок за все дни просрочки этой выплаты и штраф на основании пункта 3 статьи 16.1 Федерального закона от 25.04.2002 № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств»<sup>1</sup>.

В дополнение к этому Л. В. Герасименко выделила дополнительные случаи привлечения к ответственности медицинскую страховую организацию, а именно когда наступление вреда находится в непосредственной причинной связи с нарушением страховщиком законодательства о медицинском страховании или неисполнением договора медицинского страхования. Например, такое может произойти при заключении договора на оказание и оплату медицинских услуг с медицинским учреждением, не имеющим лицензии, при необоснованном отказе гражданину в выдаче страхового медицинского полиса. Задержка в выдаче полиса является основанием для подачи иска к страховой компании. Также может возникнуть ситуация, когда из-за невозможности получить полис, откладывается лечение в медицинской организации, что может привести к ухудшению его состояния здоровья. Но, как отмечает автор

---

<sup>1</sup> Решение Сергачского районного суда от 28.09.2017 по делу № 2-626/2017// Документ официально опубликован не был

работы, и при таких сложившихся обстоятельствах вред выплачивается в долевом порядке учреждением здравоохранения и страховой компанией за собственные противоправные действия (бездействия)<sup>1</sup>.

Из сказанного следует, что за ненадлежащее оказание услуг, гражданин вправе потребовать расторжения договора страхования и возврата страховой премии, а медицинскую организацию обязать выплатить возмещение вреда его жизни и здоровью.

Теперь рассмотрим возможные пути защиты прав лечебных учреждений от привлечения к ответственности, в том числе гражданской. Данный вопрос необходим для рассмотрения, так как правильно отметили Д. А. Мусабиров и Ф. Ф. Миннулина, в медицинских правоотношениях защита представляется «односторонней» из-за явной направленности защиты только одного субъекта – потребителя услуг. В то же время интересы другой стороны (учреждений здравоохранения и их персонала) могут быть ущемлены из-за рискованного характера деятельности, когда в любой момент может наступить неблагоприятный исход лечебного воздействия на пациента<sup>2</sup>.

В качестве одной из трудностей в работе медицинских организаций вызывает формулировка абзаца 2 пункта 3 статьи 1064 ГК РФ, где вред рассматривается как результат противоправного действия<sup>3</sup>. Такое понимание влечёт за собой многочисленные претензии и иски от пациентов, когда повреждения им были причинены в результате правомерных действий. В действительности могут проходить такие медицинские манипуляции, которые в любом случае причинят потери здоровья, но врач в ходе, например хирургических вмешательств, делает их по минимуму, при этом предотвратив ухудшение состояния больного и его возможную смерть.

---

<sup>1</sup> Герасименко Л. В. Компенсация морального вреда как форма ответственности медицинской организации// Вестник Краснодарского университета МВД России. 2010. № 4. С. 22

<sup>2</sup> Мусабиров Д. А., Миннулина Ф. Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций// Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015. № 11. С. 175

<sup>3</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410

Особенно часто критика работы учреждений здравоохранения происходит при выполнении пластических операций. Д. А. Мусабилова и Ф. Ф. Миннулина называют причины обращения за такими услугами: комплексы из-за своей внешности, эстетическая необходимость по медицинским показаниям, борьба с возрастными изменениями тела. Однако пациенты, несмотря на предупреждения о рисках операций, не всегда готовы к данным осложнениям: возникновение инфекций, возможная временная глухота и длительное заживание ран, аллергии, рубцевание и другие дефекты<sup>1</sup>.

В итоге, пациент остаётся недоволен результатами проведённых медицинских манипуляций. Результат от эстетического лечения может быть непредсказуем и не даёт гарантий по итогам конкретной операции. С точки зрения медиков, положительный исход может быть даже тогда, когда пациент не удовлетворён действиями работников здравоохранения.

Исходя из этого, даже в случае проведения экспертизы, которая подтвердит несоответствие требованиям пациентам, то такая аргументация лечебного исхода не влечёт за собой причинной связи для возмещения вреда жизни и здоровью. Больному перед операцией сообщалось обо всех рисках операций, и он должен был быть к ним готов. В дополнение к этому, у тела человека может быть своя реакция на воздействие определённых препаратов и хирургическое вмешательство. Это означает, что для одного пациента такие манипуляции могут пройти благоприятно, то для другого лица всё может привести к негативным последствиям вплоть до смерти больного.

При этом важно учесть, что экспертизу по определённому вопросу, например по пластической хирургии, стоит проводить профессионалу именно в этой сфере<sup>2</sup>. Иначе специалист, который не столь углублённо разбирается в данной тематике, может не учесть всю специфику и риски при осуществлении медицинских манипуляций. Это может привести к

---

<sup>1</sup> Мусабилова Д. А., Миннулина Ф. Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций// Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015. № 11. С. 177

<sup>2</sup> Там же.

необоснованному привлечению лечебной организации к гражданской ответственности.

В качестве примера обращения пациента из-за некачественно оказанной пластической операции можно привести Решение Октябрьского районного суда г. Саратова от 30.07.2019 по делу № 2-919/2019. А. А. Конобеева обратилась в суд с иском к ООО «Медицинский Ди-Стационар» по поводу проведения пластических операций по увеличивающей маммопластике молочных желез и ринопластики к пластическому хирургу Е. А. Добрейкину. Согласно заключению консилиума врачей установлено, что в результате проведения операции возникли негативные последствия, а именно асимметрия молочных желез, связанная с дистопией правого импланта ниже субмаммарной складки, в образовании риплинга по всему контуру имплантов, в образовании ряби и волнистости контуров имплантов как в состоянии покоя, так и при движении.

С целью определения качества оказанных медицинских услуг судом была назначена судебно-медицинская экспертиза. Согласно данному документу выявленные послеоперационные изменения могли быть обусловлены размерами имплантатов, тонким слоем подкожно-жировой клетчатки, малым объемом и асимметрией собственных молочных желез и др. С учётом физиологических особенностей организма истца, антропометрических данных, а также из представленных ультразвуковых исследований было решено, что причинно-следственной связи между данными появившимися осложнениями и операционным вмешательством не установлено. В итоге, исковые требования А. А. Конобеевой к медицинской организации не были удовлетворены<sup>1</sup>.

Важно отметить, что в судебной практике Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 17 от 28.06.2012 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав

---

<sup>1</sup> Решение Октябрьского районного суда г. Саратова от 30.07.2019 по делу № 2-919/2019// Документ официально опубликован не был

потребителей» имеет значение при разрешении споров, где одной из сторон выступает пациент в качестве потребителя лечебных услуг. В то же время Д. А. Мусабиров и Ф. Ф. Миннулина считают, что данный документ «узаконивает потребительский экстремизм в медицине»<sup>1</sup>. Такая позиция обусловлена тем, что бремя доказывания фактов, освобождающих от ответственности, лежит на учреждении здравоохранения.

Однако процесс лечения может быть неэффективным и даже пагубным, если пациент строго не следует рекомендациям врачей, то есть проявляет свою халатность. Такие случаи были установлены в Решении Анучинского районного суда от 17.09.2019 по делу 2-1/2019, где больной отказывался от обследования и лечения, имел внешние признаки алкогольного опьянения, не требующие обязательной госпитализации<sup>2</sup>. Также в Решении Центрального районного суда г. Новокузнецка от 07.05.2018 по делу 2-1852/2018 установлено, что больной В.И. Осин находился на стационарном лечении в больнице с осложнением заболевания. В выписном эпикризе имеется указание на то, что в ходе настоящей госпитализации проводилась коррекция, а также выявление динамики осложнений и проведение их симптоматического лечения. За время пребывания в стационаре удовлетворительных показателей не достигнуто, так как пациент не выполнял рекомендации по питанию, крайне негативно реагировал на рекомендации по лечению, агрессивно вел себя с медицинским персоналом, что делает дальнейшее пребывание в стационаре нецелесообразным, что является нарушением части 3 статьи 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>3</sup>.

Помимо этого, возникают случаи, когда гражданин злоупотребляет своими правами, а доктор не вправе ему отказать в обслуживании. Ясно, что

---

<sup>1</sup> Мусабиров Д. А., Миннулина Ф. Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций// Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015. № 11. С. 177

<sup>2</sup> Решение Анучинского районного суда от 17.09.2019 по делу 2-1/2019// Документ официально опубликован не был

<sup>3</sup> Решение Центрального районного суда г. Новокузнецка от 07.05.2018 по делу 2-1852/2018// Документ официально опубликован не был

при таких обстоятельствах врач выступает в роли уязвимой стороны. В дальнейшем это может привести к подаче иска и претензии в отношении медицинской организации.

Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что действующее законодательство из-за своих пробелов и противоречий не даёт медицинским организациям возможности установления финансовой стабильности. Помимо этого, у пациента постоянно возникает вопрос, к кому действительно предъявлять требования о возмещении вреда жизни и здоровью. Гражданская ответственность постоянно перекладывается с одного субъекта на другого между медицинской организацией, их работников, а также страховых медицинских компаний. Такая путаница приводит к излишнему затягиванию судебных процессов, невозможности получить в скорейшем порядке денежных средств. Также сами пациенты из-за неинформированности о своих обязанностях, а также по некоторым случаям из-за халатности к медицинским рекомендациям, приводят к ухудшению состояния своего здоровья, вследствие чего они обвиняют в этом учреждения, где они проходили лечение. Для разрешения этих проблем предлагается сделать следующее.

1. Диссертант предлагает в целях обеспечения надёжной финансовой «подушки» учреждений здравоохранения предоставлять из федерального бюджета или бюджета субъекта Российской Федерации финансирование тем больницам, где денежных средств не хватает, чтоб осуществить необходимые выплаты пострадавшим пациентам в ближайшее время.

Также надо рассмотреть идею, чтоб медицинские организации дали возможность по соглашению сторон с работниками, которые причинили вред пациенту, «отработать» с целью восстановления финансового состояния клиник в более короткие сроки.

И наконец, если судам при рассмотрении материалов дела становится ясным, что виноват именно лечащий сотрудник из-за его ненадлежащего

исполнения своих служебных обязанностей, то учреждение здравоохранения надо сразу признавать в качестве ненадлежащего ответчика. Также судьи по своей инициативе могут привлекать к участию виновное лицо в качестве второго ответчика и именно с него по итогу взыскивать возмещение вреда здоровью пациенту. Эта мера позволит избежать затягивания делопроизводства с возможностью скорейшего получения выплат больными.

2. В целях разрешения проблемы со страхованием диссертант предлагает использовать поправку А. В. Завражского в законодательство. Этот исследователь придумал, что страховать надо ответственность работника перед работодателем, где имущественный интерес специалиста был бы связан с наказанием в форме регрессного требования медицинской организации<sup>1</sup>. Данная идея даёт преимущества всем сторонам по данному правоотношению. Так, работник сможет защитить свои интересы в случае возникновения спора, учреждение здравоохранения получит возможность активнее подавать регрессные требования, что позволит компенсировать затраты на возмещение вреда больным, а у страховых компаний будет увеличение страховых премий и к ним будут постоянно обращаться за их услугами.

3. Учитывая различные нарушения пациентом своих обязанностей, предусмотренные статьёй 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то необходимо продублировать положения этой нормы права при заключении договора для выполнения медицинских манипуляций. Также необходимо оговаривать положения законодательства в ходе врачебных консультаций, чтобы пациент взял на себя личную ответственность за своё здоровье и потом не выдвигал претензий в адрес учреждений здравоохранения.

В дополнение к вышеописанным изменениям, предлагается учесть мнение Д. А. Мусабировова и Ф. Ф. Миннулина. Они предлагают закрепить в законодательстве критерии из Этического кодекса российского врача,

---

<sup>1</sup> Там же.

которые закреплены в статье 7 данного документа<sup>1</sup>. В данной норме прописаны основания отказа врача от работы с пациентом. Закрепив это положение в законодательстве, пациент будет уберёжен от недостаточно профессиональной оценки его состояния здоровья доктором, а специалист в свою очередь будет обязан перенаправить больного иному работнику учреждения здравоохранения.

---

<sup>1</sup> Мусабирова Д. А., Миннулина Ф. Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций// Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015. № 11. С. 179



## Заключение

Диссертантом по итогам выполнения исследований на тему «Гражданско-правовая ответственность при осуществлении медицинской деятельности» достигнута поставленная цель посредством выполнения установленных задач и получены следующие результаты:

1. По итогам исследования основ медицинской деятельности выявлены следующие недостатки.

Понятийный аппарат в области лечебного дела имеет множество определений, однако не все термины сформулированы удачно. Поэтому диссертантом предложено откорректировать дефиницию «медицинская деятельность».

В законодательстве отсутствует правовое регулирование по узким профилям лечебного дела, поэтому диссертант решил, что требуется разработать новые должностные инструкции и стандарты лечения для специалистов. Также была установлена необходимость проводить профилактическую работу для противодействия частым нарушениям норм права работниками здравоохранения.

2. Анализ правового статуса участников медицинской деятельности показал, что требуется внесение ряда изменений в законодательство по отношению к каждому субъекту лечебных правоотношений.

Что касается положения пациента, то изучение нормативной базы привело к выводу, что требуется менять дефиницию «пациент» и принять соответствующий федеральный закон «О пациенте». Более того, разрешен вопрос с проблемой разглашения врачебной тайны путем принятия специального акта, регулирующего минимальные суммы компенсаций морального вреда. Также предложена классификация прав пациента, согласно которой общие права должны быть отображены в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а остальные закреплены в иных нормативных правовых актах.

В отношении работников здравоохранения предлагается откорректировать термин «медицинский сотрудник» и создать определение «врач». В ходе рассмотрения вопроса, касающегося необходимости клятвы врача, установлено, что на сегодня этот институт является неэффективным, поэтому в случае нарушения дисциплины предложено установить дисциплинарную ответственность. Помимо этого рекомендуется статус медицинского сотрудника перевести в категорию государственных и муниципальных служащих, так как характеристика последнего применима к лечебному работнику.

3. В ходе изучения видов гражданской ответственности установлено, что действующее законодательство о защите прав потребителей не учитывает особенностей лечебного дела, поэтому диссертант предложил принять закон «О защите прав потребителей при оказании медицинских услуг». Также выявлено, что платная медицина не регулируется нормами ГК РФ, поэтому требуется устранить данный дефект. При разрешении вопроса, является ли лечебная деятельность источником повышенной опасности, сделан вывод, что в качестве таковых надо признать определенные виды услуг, а также предусмотреть снятие ответственности с врача за вред, если специалист предупредил пациента о рисках использования оборудования и медикаментов.

4. Анализ условий, объема и характера возмещения вреда при осуществлении медицинской деятельности показал, что законодателем эта тематика раскрыта подробно и тщательно, однако имеются определенные дефекты. Диссертант обнаружил, что отсутствует дефиниция «вред здоровью», и дал ей определение. Также в ходе анализа сроков возмещения вреда здоровью и жизни установлен противоречивый характер статей 1097 ГК РФ и 208 ГК РФ, поэтому предложено не ограничиваться рамками исковой давности. Помимо этого выявлено, что законодательство не раскрывает содержания понятия «грубая неосторожность», которое имеет существенное значение при рассмотрении обстоятельств причинения вреда

жизни и здоровью гражданина, поэтому были приведены критерии для вышеописанного института права.

5. Изучение практики гражданско-правовой ответственности работника здравоохранения указало на необходимость сохранения медицинских стандартов, а также подчеркнуло, что требуется осуществлять контроль за дефектами лечебной документации в отношении больных, находящихся в нестабильном, критическом и тяжелых состояниях. В дополнение к этому было решено создать закрытый перечень субъектов, в отношении которых возможно разглашение врачебной тайны после смерти пациента.

6. Анализ практики гражданско-правовой ответственности медицинских организаций показал, что требуется ввести систему отработок сотруднику здравоохранения в случае установления его вины, а также предоставить возможность всему персоналу страховать свою ответственность от регрессных обязательств учреждений здравоохранения.

Реализация всех предложенных поправок позволит:

- установить единообразную практику разрешения споров;
- создать новые механизмы защиты прав как пациента, так и учреждения здравоохранения;
- повысить уровень юридической грамотности пациентов и медиков;
- снизить нагрузку на судебную систему;
- увеличить бюджет медицинских организаций;
- повысить эффективность оказанных медицинских лечебных услуг;
- увеличить приток кадров в систему здравоохранения;
- повысить престиж медицинского работника.

Разработанные в диссертации новые положения могут быть использованы в работе органов законодательной и исполнительной власти по реформированию гражданского и медицинского законодательства, органами судебной власти для ускорения принятия решений по делам о возмещении вреда жизни и здоровью пациента, практикующими юристами для

представления интересов пострадавших граждан и учреждений здравоохранения, а также лечебному сообществу с целью внутриорганизационных изменений в работе.

## Список использованных источников

### Нормативные документы

- 1) Конституция Российской Федерации от 12.12.1993//Российская газета. – 25 декабря 1993 г.
- 2) Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.11.1996 N 14-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 5. Ст. 410
- 3) Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301
- 4) Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 2002. № 46. Ст. 4532.
- 5) Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ// Собрание законодательства РФ. 2002. № 1. Ст. 3
- 6) Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»// Собрание законодательства РФ. 2013. № 14. Ст. 1652
- 7) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011 .№ 48. Ст. 6724
- 8) Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»//Собрание законодательства РФ. 2011.№ 19. Ст. 2716
- 9) Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. 2010. № 49. Ст. 6422
- 10) Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»// Собрание законодательства РФ. 2010. № 16. Ст. 1815

- 11) Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»// Собрание законодательства РФ. 2006. № 31. Ст. 3451
- 12) Федеральный закон от 28.10.2002 № 127-ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)»// Собрание законодательства РФ. 2002. № 43. Ст. 4190
- 13) Федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды»// Собрание законодательства РФ. 2002. № 2. Ст. 133
- 14) Федеральный закон от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2001. № 19. Ст. 2716
- 15) Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»// Собрание законодательства РФ. 1999. № 14. Ст. 1650
- 16) Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний»// Собрание законодательства РФ. 1998. № 38. Ст. 4736
- 17) Федеральный закон от 21.11.1995 № 170-ФЗ «Об использовании атомной энергии»// Собрание законодательства РФ. 1995. № 48. Ст. 4552
- 18) Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом-иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»// Собрание законодательства РФ. 1995. № 14. Ст. 1212
- 19) Федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства РФ об охране здоровья»// Ведомости Советов народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318
- 20) Закон Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»// Российская газета. 1993. № 6

21) Закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 01.05.2017) «О защите прав потребителей»//Собрание законодательства РФ. 2004. № 52. Ст. 5275

22) Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»// Ведомости СНД и ВС РСФСР. № 27. Ст. 920

23) Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»// Собрание законодательства РФ. 2017. № 1. Ст. 159

24) Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»//Российская газета. 2012. № 5906 (233)

25) Постановление Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. 2012. № 26. Ст. 3526

26) Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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

27) Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»// Российская газета. 2007. № 185

28) Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании

медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2007. № 5. Ст. 656

29) Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»// Собрание законодательства РФ. 2004. № 28. Ст. 2900

30) Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2002 № 499 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 2002 .№ 27. Ст. 2710

31) Постановление Правительства Российской Федерации от 21.05.2001 № 402 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собр. законодательства РФ. 2001. № 22. Ст. 2247

32) Постановление Правительства Российской Федерации от 25.03.1996 № 350 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ. 1996. № 14. Ст. 1455

33) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2017 № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 31.05.2017 № 46910)// Официальный интернет-портал правовой информации [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru). 01.06.2017. № 0001201706010038

34) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»// Российская газета. 2013. № 65



35) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07. 2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Российская газета. 2010. № 217

36) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.05.2007 № 323 «Порядок организации работ «услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи»// Российская газета. 2007. № 129

37) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2001 № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» (вместе с «ОК ПМУ 91500.09.0001-2001. Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации. Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги») // Документ опубликован не был

38) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.1993 № 148 «О лицензировании и аккредитации медицинских учреждений// Документ опубликован не был

39) Приказ Министерства здравоохранения от 20.03.1992 № 93 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»// Документ опубликован не был

40) Постановление Госстандарта Российской Федерации от 28.06.1993 № 163 «Об утверждении Общероссийского классификатора услуг населению» // Документ опубликован не был

### **Материалы судебной практики**

41) Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 по делу № 1-П// Сборник законодательства РФ. 2020. № 3. Ст. 275

42) Постановление Президиума Высшего Арбитражного суда Российской Федерации от 26.11.2013 по делу № А19-13967/2012// Вестник ВАС РФ. 2014. № 4

43) Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 17 от 28.06.2012 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2012. № 9

44) Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 1 от 26.01.2010 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»// Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2010. № 3

45) Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 10 от 20.12.1994 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда»// Российская газета. 1995. № 29

46) Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 4 от 20.12.2016// Документ официально опубликован не был

47) Постановление Арбитражного суда Северо-Западного округа от 09.10.2018 по делу № А44-1884/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

48) Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 09.12.2019 по делу № 78-КГ19-50// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

49) Апелляционное определение Челябинского областного суда от 27.11.2018 по делу № 11-13981/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

50) Апелляционное определение Московского городского суда от 16.11.2018 по делу № 33-50146/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

51) Апелляционное определение Свердловского областного суда от 02.10.2018 по делу № 33-15736/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

52) Апелляционное определение Липецкого областного суда от 07.05.2018 по делу № 33-1440/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

53) Апелляционное определение Свердловского областного суда от 18.04.2018 по делу № 33-5556/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

54) Апелляционное определение Воронежского областного суда от 12.04.2018 по делу № 33-2420/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

55) Апелляционное определение Свердловского областного суда от 06.04.2018 по делу № 33-4888/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

56) Апелляционное определение Московского городского суда от 26.02.2018 по делу № 33-7867/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

57) Апелляционное определение Оренбургского областного суда от 14.02.2018 № 33-1156/2018// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

58) Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 19.07.2017 № 33-13590/2017// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

59) Апелляционное определение Московского городского суда от 04.07.2017 по делу № 33-25765/2017// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

60) Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 02.03.2017 по делу № 33-3908/2017// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

61) Апелляционное определение Московского городского суда от 10.10.2014 по делу № 33-23757// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

62) Апелляционное определение Вологодского областного суда от 13.09.2013 № 33-3913/2013// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

63) Решение Анучинского районного суда от 17.09.2019 по делу 2-1/2019// Документ официально опубликован не был

64) Решение Заводоуковского районного суда от 16.08.2019 по делу № 2-701/2019// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

65) Решение Октябрьского районного суда г. Саратова от 30.07.2019 по делу № 2-919/2019// Документ официально опубликован не был

66) Решение Центрального районного суда г. Новокузнецка от 07.05.2018 по делу 2-1852/2018// Документ официально опубликован не был

67) Решение Сергачского районного суда от 28.09.2017 по делу № 2-626/2017// Документ официально опубликован не был

68) Решение Октябрьского районного суда г. Барнаула от 04.09.2013 по делу № 2-2900/2013// Документ официально опубликован не был. СПС Консультант

### **Специальная литература.**

69) Абдуллина С. В. Условия гражданско-правовой ответственности за нарушения в сфере медицинских услуг// Казанский медицинский журнал. 2007. № 2. С. 197

70) Абушов Р. И. Проблемы правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации// Актуальные вопросы права и отраслевых наук. 2015. № 1. С. 76

71) Бабаджанов Д.Б. Источники повышенной опасности в сфере медицинской деятельности. Гражданско-правовой аспект// Учёные записки Хунджанского государственного университета им. академика Б. Гафурова. Гуманитарные науки. 2014. № 4 (41). С. 4

72) Баринов Е.Х., Косухина О.И., Михеева Н.А. Решение проблемы гражданско-правового регулирования деликтных отношений возникающих при оказании медицинской помощи// Медицинское право: теория и практика. 2016. № 1 (3). С. 28-31

73) Белов В.А. Гражданское право. Т.2. Кн. 2. М.: Юрайт. 2016. С. 173

74) Белов В.А. Гражданское право. Общая и особенная части: учеб. 2003. С. 859

75) Бобровская О.Н. Обзор вопроса оценки качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования// Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1 (2). С. 59-69

76) Богданова А.А. Соотношение договорной и деликтной ответственности вследствие ненадлежащего оказания медицинских услуг// Царскосельские чтения. 2017. С. 9-11

77) Власова А.Д. Гражданско-правовое регулирование обязательств вследствие имущественного вреда жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности: Дис. кандидата юридических наук// Краснодар. 2004. 198 с.

78) Вильголенко И. М., Гагиева Н. Р., Белокопытова Н. Ю. Особенности возмещения вреда, причинённого оказанием медицинских услуг// Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. 2018. № 2. С. 120

79) Вильголенко И.М., Степанова Л.П. Специфика субъектного состава обязательства из причинения вреда здоровью// Юридический вестник ДГУ. 2016. № 4. С. 114-116

80) Вильголенко И.М., Степанова Л.П. К вопросу о причинении вреда медицинским вмешательством// Юридический вестник ДГУ. 2016. № 2. С. 78-79

81) Герасименко Л. В. Компенсация морального вреда как форма ответственности медицинской организации// Вестник Краснодарского университета МВД России. 2010. № 4. С. 21-22

82) Гнатюк О.П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения// Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 17

83) Гонгало Б.М. Гражданское право: Учебник. В 2 т. Т.1. М.: Статут. 2016. С. 185

84) Дроздова А.В. Понятие медицинской услуги как гражданско-правовой категории// Сибирский юридический вестник. 2004. № 3. С. 11

85) Елина Н.К. К вопросу о роли понятийного аппарата в сфере правового регулирования медицинской деятельности// Медицинское право: теория и практика. 2016. № 1 (3). С. 76-79

86) Завражский А. В. Страхование как инструмент защиты интересов медицинских организаций от рисков профессиональной ответственности// Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2018. С. 154-156

87) Казарян Кар. В., Бутакова А. Медицинская ответственность как основание гражданско-правовой ответственности// Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. 2016. № 1. С.

- 88) Квициния А.К. Взятничество и борьба с ним// Сухуми: Алашара. 1980. С. 182
- 89) Козлова Н. Е., Кротенко М. В. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования// Право и экономика. 2005. № 12. С. 22-28
- 90) Козьминых Е. В. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг// Российская юстиция. 2001. № 2. С.32
- 91) Колоколов Г.Р., Махонько Н. И. Медицинское право: учеб. пособие. М., 2009. С. 243
- 92) Комаров Ю.М. Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? // Здоровоохранение. 2009. № 5. С. 160
- 93) Костикова Е. О. Возмещение вреда, причинённого жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки: Авт. дис. кандидата юридических наук// Москва. 2009. 26 с.
- 94) Косухина О. И. Сопоставление субъективного мнения врачей и пациентов о знании своих прав с нормативной базой (на основе анкетирования)// Судебная медицина. 2019. № 15. С. 110
- 95) Кузнецов А. В. Некоторые соображения о госслужбе. Государственная служба и служащие государственных научных, образовательных и медицинских учреждений// Васильевский полигон. 2008
- 96) Кузьмин С.Б. Особенности гражданско-правовой ответственности медицинских организаций на современном этапе// Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1 (1). С. 78-82
- 97) Куранов В.Г. Гражданско-правовая ответственность за правонарушения в сфере здравоохранения: основания, виды, порядок ее определения и наложения на виновных// Актуальные проблемы российского права. 2014. № 11. С. 2399-2401

- 98) Лазарев С.В. История формирования лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности в России (на примере Москвы)// Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 6. С. 24
- 99) Мелянченко Н. К. Качество медицинской помощи. Уточним смысл привычного понятия // Медицинская газета. 2010. № 92. С. 4
- 100) Муравьева Е.В. Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности: Дис. кандидата юридических наук// Ростов-на-Дону. 2004. 189 с.
- 101) Мусабиров Д. А., Миннулина Ф. Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций// Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015. № 11. С. 175-179
- 102) Невзгодина Е.Л. Проблема соотношения крайней необходимости и обоснованного врачебного риска при оказании медицинской помощи// Вестник Омского университета. Серия «Право». 2015. № 1. С. 126-129
- 103) Незнамов А. В. Робот не виноват! Взгляд из России и США на проблему ответственности за вред, причинённый роботами// Закон. 2019. № 5. С. 152-156
- 104) Нестеров А.В. Экспертиза качества медицинской помощи как экспертная оценка её пригодности // Медицинское право. 2017. № 2. С. 3-7
- 105) Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. М.: 1983. С. 575
- 106) Острикова Л. К. Институт обязательств вследствие причинения вреда: современное состояние и пути совершенствования// Актуальные проблемы российского права. 2019. С. 44
- 107) Охотников И. С. Проблема обеспечения единства правоприменения по делам о возмещении вреда, причинённого при оказании медицинских услуг// Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2016. С. 156
- 108) Оюн Д., Рудаков, М. Защита врача... от пациента // Газета «Тувинская правда». 2015. № 23. С. 5



- 109) Пермяков Н. К. Патология реанимации и интенсивной терапии. М.: Медицина. 1985. С. 288
- 110) Пищита А. Н. Правовой статус российского пациента// Журнал российского права. 2005. № 11. С. 47-50
- 111) Платонова Н. И., Смышляев А. В., Мартиросян Т. Э. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи и способы их урегулирования в Российской Федерации (теоритические основы и судебная практика)// Проблемы экономики и юридической практики. 2018. С. 194
- 112) Поздеев А. Р., Авзалова Ф. Р. Некоторые дефекты ведения медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях// Проблемы экспертизы в медицине. 2001. С. 27
- 113) Поцелуев Е.Л., Горбунов А.Е. Медицинская ошибка и преступление: равнозначные понятия? // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2017. № 1(17). С.
- 114) Поцелуев Е.Л., Горбунов А.Е. Гражданско-правовая ответственность за ненадлежащее врачевание// Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2016. № 4 (16). С. 10
- 115) Пучкова В.В. Анализ проблем возникновения врачебной ошибки при нанесении вреда здоровью пациента с правовой точки зрения// Право и государство: теория и практика. М.: Право и государство пресс. 2014. № 2(110). С. 68
- 116) Размахнина А. Е. К вопросу о признании оказания медицинской услуги деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих// Молодой ученый. 2018. №12. С. 120-123
- 117) Рожкова Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности// Современные исследования социальных проблем. 2011. С. 9
- 118) Романовская О. В., Безрукова О. В. Особенности правового регулирования профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации// Наука. Общество. Государство. 2014. № 4. С. 3

119) Свередюк М.Г. Некоторые аспекты доказывания в гражданском процессе по делам о возмещении вреда здоровью, применительно к отдельным элементам состава правонарушения// Медицинское право: теория и практика. 2017. № 2 (6). С. 255-261

120) Скребнёва Н. А. Юридическая квалификация медицинской ошибки и её последствия// Вестник Омского университета. Серия «Право». 2015. № 2 (43). С. 137–144

121) Скребнёва Н. А. Особенности и противоречия правового регулирования врачебной тайны в Российской Федерации как объекта правонарушений медицинских работников и медицинских организаций// Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2019. № 2. С. 115, 117

122) Смирнова О. А. Основные обязанности пациентов при получении медицинской помощи// Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1. С. 148

123) Смирнов В. Т. Гражданская ответственность государственных предприятий за счёт причинения вреда здоровью или жизни пациента// Юридическая литература. 1957. С. 5

124) Старчиков М.Ю. Договор оказания медицинских услуг: правовая регламентация, рекомендации по составлению, судебная практика и типовые образцы. М.: Инфотропик Медиа. 2017. С. 2

125) Стеценко С. Г. Медицинское право: Учебник. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс». 2004. С. 141-142

126) Тимофеев И. В. Патология лечения. Руководство для врачей. СПб «Северо-Запад». 1999. С. 656

127) Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Дис. канд. юрид. наук. М.: Академия народного хозяйства при Правительстве РФ. 2007

128) Тогунов И. К вопросу сегментирования рынка здоровья // Журнал «Практический маркетинг». 1999. № 7. С. 6

129) Тоточенко Д. А. Грубая неосторожность пациента как основание уменьшения размера возмещения вреда// Научный вестник Омской академии МВД России. 2014. № 2. С. 20, 23

130) Трошкина О. Н. Актуальные защиты прав пациента в условиях глобализации// Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2014. № 3 (7). С. 4

131) Шевчук Е. П. Порядок исполнения обязательства по возмещению вреда здоровью гражданина, причинённого при оказании медицинских услуг// Сибирский юридический вестник. 2019. № 1. С. 54

132) Шевчук Е. П. Правовая природа отношений по возмещению вреда, причинённого повреждением здоровья при оказании медицинских услуг// Журнал о праве. 2018. № 2. С. 16

133) Шевчук Е.П. Соотношение договорной и деликтной ответственности в обязательствах по возмещению вреда здоровью, причиненного при оказании медицинских услуг// Вестник Забайкальского государственного университета. 2014. С. 163-168

134) Шерстобитов А. И. Ответственность в случае причинения вреда «умными» медицинскими изделиями// Закон и право. 2020. № 1. С. 57

135) Шмаров Л.А. Причинно-следственная связь между действием (бездействием) и неблагоприятным исходом// Международный журнал Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. № 2. С. 68