

РОССИЙСКО-АРМЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ЗОГРАБЯН ТИГРАН АРАМОВИЧ

**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РА  
ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени кандидата юридических наук по специальности  
12.00.03 – Частное право (гражданское, торговое (коммерческое),  
международное частное, семейное, трудовое право, право социального  
обеспечения)

Научный руководитель: доктор юридических наук,

профессор А.Г.Давтян

ЕРЕВАН – 2018

# Содержание

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА I. Исторические и современные аспекты правового регулирования медицинской деятельности и рынка медицинских услуг в Республике Армения.....</b>	<b>14</b>
1.1. Правовое регулирование медицинской деятельности в древнеармянских и других исторических источниках медицинского права.....	14
1.2. Современные источники медицинского права в сфере здравоохранения.....	22
1.3. Понятие медицинской услуги как объекта предпринимательских правоотношений (сравнительный анализ).....	39
1.4. Предпринимательская деятельность на рынке медицинских услуг РА и её специфика.....	62
<b>ГЛАВА II. Договор оказания медицинских услуг.....</b>	<b>85</b>
2.1. Понятие и структура договора возмездного оказания медицинских услуг, его характеристика.....	85
2.2. Субъекты и их правовой статус в договоре возмездного оказания медицинских услуг.....	105
2.3. Система обязательного медицинского страхования как правовая гарантия охраны здоровья граждан.....	122
<b>Заключение.....</b>	<b>136</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ.....</b>	<b>144</b>
<b>Приложение.....</b>	<b>156</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы диссертационного исследования.**

Медицина в своём различном выражении занимала наиважнейшее место в любой культуре на протяжении всего периода истории существования человечества, начиная с доисторических времён, развиваясь в таких «колыбелях наук», как Китай, Рим, Египет, Греция, и дойдя до наших дней. Методы лечения становились относительно более совершенными, дебютируя с лечебных зелий и заклинаний и эволюционируя до современных диагностических и лечебных технологий, включая роботхирургию и стволовую медицину. Залогом данной эволюции было постоянное внимание, интерес, креативность и средства, уделяемые данной сфере. Наряду с развитием, естественно, были и проблемы, препятствующие ему. Данные проблемы также, модифицируясь и эволюционируя, дошли до наших дней, сохраняя свои негативные эффекты «тормоза» эволюции в сфере медицины.

Учитывая наличие таких ныне распространённых заболеваний как сердечно-сосудистые, онкологические, диабет, СПИД и т.д., и количество смертности от них, развертывание деятельности в направлении дальнейшего развития и совершенствования рынка медицинских услуг является просто необходимостью. Поскольку, не только смертность, но и заболеваемость представляют собой социально-экономическое бремя для любого государства. Потеря работоспособности в трудоспособном периоде жизни, уменьшение рождаемости, повышение смертности, неизбежное старение населения – являются фундаментальными проблемами любого государства, следовательно, приоритетной задачей является деятельность по восстановлению, поддержанию и охране здоровья, в частности, для РА, где человеческий ресурс является практически исключительным национальным государственным ресурсом, поэтому рынок медицинских услуг, являющийся залогом развитого социально-правового государства, должен подлежать правовому регулированию, значение чего должно быть особенно признано и осмысленно.

Сфера реализации медицинских услуг, составляющая часть предпринимательской деятельности, выступающей основой рыночно-экономических

отношений, имеет свою особую систему правового регулирования, вопрос надобности изучения которой возник в Армении после выхода страны из состава Советского Союза. Армения, являясь преемником высокоцентрализованной системы здравоохранения - известной модели Семашко, приступила к стихийному переходу к модели свободных экономических отношений, всестороннее развитие которых, дало толчок и системе здравоохранения, привело к формированию также и частных медицинских учреждений, которые наряду с государственными, направлены на предоставление медицинской помощи населению. Тем самым в РА сформировался так называемый «рынок медицинских услуг». Однако, создание новых возможностей для предпринимательства и быстрое развитие настолько социально значимой сферы как здравоохранение обусловило необходимость создания особых механизмов правового регулирования, их эффективной системы. Поскольку внедрение предпринимательских отношений, по сути направленных на получение прибыли, в системе здравоохранения должно было нести в себе определённые императивные нормы, поддерживающие приоритезацию качества и являющиеся реализаторами конституционной гарантии человека на получение медицинской помощи и охраны здоровья.

Однако имеющиеся и возникающие на практике и в теории проблемы регулирования рассматриваемых отношений могут быть решены путем не только установки и слаженного действия нормативно-правовой базы по регулированию предпринимательской деятельности на рынке медуслуг, но и путем разработки непротиворечивых актов и их тотального усовершенствования в комплексе.

На данный момент юридическая наука РА не предусматривает единого определения категории «медицинская услуга», выступающего объектом гражданского оборота; не устанавливает и не раскрывает понятия и содержания «договора возмездного оказания медицинских услуг», существенных его условий. Как следствие изложенного, не регулируются также вопросы, возникающие в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением, обязательств, складывающихся между пациентом и исполнителем медицинских услуг в общем, а также гражданско-правовой ответственности, возникающей при причинении вреда здоровью пациента, в

частности. Вышеперечисленные пробелы являются причинами дальнейших осложнений в области реализации прав субъектов. Более того, закрепленная Конституцией РА гарантия такого неотчуждаемого права человека, как охрана здоровья и медицинская помощь, предполагает необходимость тщательного правового регламентации и упорядочивания отношений, возникающих в процессе реализации услуг в сфере медицины, разработку действенных концепций, подходов и принципов регулирования. Всё изложенное обуславливает актуальность темы исследования.

Актуальность данного диссертационного исследования находит свое подтверждение также в недостаточной степени научной разработанности, изученности предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг в целом и её регулирования в частности, что, непременно, сказывается на правоприменительной практике судов РА, ввиду малого количества прецедентов, отсутствия общепринятых стандартов оказания медицинских услуг, обособленности понятия «медицинской ответственности» от иных видов и его классификация, и т.д. Естественно, практически любая человеческая деятельность по-своему важна и требует научного изучения для дальнейшего развития, но, на наш взгляд, деятельность, связанная с регулированием предпринимательской деятельности в области здравоохранения представляет исключительную социальную значимость.

На рынке медицинских услуг вопрос правового регулирования предпринимательских отношений является коренным во многих развитых и развивающихся государствах на протяжении деkad, в Армении же данный вопрос мало освещён отечественными аналитиками и требует дальнейшего структурного и фундаментального изучения, с целью разработки научных концепций по его совершенствованию.

Представленное выше и обосновывает утверждение о причастности проблемы правового регулирования рынка медицинских услуг к числу самых актуальных и слабо освещённых научных проблем гражданско-правовой отрасли, нуждающихся в дальнейшем изучении и проработке.

### **Степень разработанности темы исследования.**

В РА в современном гражданском, предпринимательском праве комплексных исследований, относящихся к правовому регулированию предпринимательской деятельности, разворачиваемой на рынке медицинских услуг, не проводилось.

Однако в зарубежной и отечественной науке существуют конкретные исследования, обращённые к общим вопросам правового регулирования реализуемой в сфере медицины деятельности, в частности, это работы Ломакиной И.Г., Рожковой Е.В., Хачатряна Т.С., Пищита А.Н., Малеиной М.Н., Столярова С.А., Мохова А.А.

К теме правового регулирования различных аспектов медицинской деятельности за последнее время в своих диссертациях обращались лишь некоторые ученые, такие, как Набиджанова З. К., Малхасян А. Г., Нагорная С. В., Новоселова В. П.

Заслуживают внимания труды, обращающиеся к различным сторонам правового регулирования разворачиваемой в сфере медицины деятельности, в числе которых выделяется труд нашего соотечественника Донапетяна А., являющегося основоположником стандартов качества, определяющих медицинские услуги, труд Тихомирова А.В., обращённый к вопросам, раскрывающим административный аспект системы здравоохранения, труды Саакян Ж.А. и Ованесяна Р.А., посвящённые проблемам медицинских стандартов, исследования Кузьминых Е. и Андреева Ю.Н., посвященные правовым аспектам регулирования медицинских услуг, а также исследования Огановой Р. Г., Левина Д. А., Дроздовой А.В., Закировой С.А., Кабатова М.В.

Высоко оценивая и теоретическое, и практическое значение научных трудов вышеназванных и других ученых РА и РФ, которые составили теоретическую основу настоящего исследования, тем не менее, многие вопросы нуждаются в дополнительном научном осмыслении с учетом темпа развития предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг.

**Цель и задачи исследования.** Целью данной диссертационной работы является фундаментальный анализ проблем, связанных с правовым регулированием предпринимательской деятельности, реализуемой на рынке медицинских услуг РА, направленных на разработку научно-практических конкретных рекомендаций по

формированию, усовершенствованию и развитию как гражданских, так и публично-правовых общественных отношений в рассматриваемой сфере.

Необходимость достижения указанной цели предопределила выделение и решение следующих **задач**:

- представить историческое изменение, преобразование и тенденции развития правового регулирования деятельности в сфере медицины в древнеармянских источниках медицинского права;
- изучить современные, закрепляющие право на охрану здоровья, правовые источники;
- определить понятие «медицинская услуга», выступающего как объекта предпринимательских правоотношений, установить соотношение категорий «медицинская услуга» и «медицинская помощь», а также соотношение их в комплексе иных услуг.
- разработать общую характеристику «рынка медицинских услуг» РА; выявить особенности и виды предпринимательских отношений на рынке медицинских услуг; определить правовое положение субъектов предпринимательства, формирующегося именно на рынке медицинских услуг;
- выявить правовую природу и характеристики договора по возмездному предоставлению медицинских услуг и его составных элементов, выявить особенности правового статуса субъектов указанного договора.

**Объектом исследования** диссертационной работы служат возникающие на рынке по оказанию медицинских услуг между субъектами гражданско-правовые отношения, правовая сущность договора о возмездном оказании медицинских услуг, а также правовой статус основных субъектов рынка медицинских услуг.

**Предметом исследования** диссертационной работы являются законодательные акты РА и РФ, других зарубежных стран (США, Франции, Нидерландов, Республики Таджикистан, Республики Казахстан), направленные на регулирование рынка медицинских услуг, более конкретно, услуг по оказанию медицинской помощи. Кроме этого, предмет составляют и ряд положений, регулирующих предпринимательскую деятельность в сфере медицинских услуг.

**Методологическая основа исследования.** В качестве методологической основы исследования был использован ряд общенаучных методов познания, таких как: диалектический, логическое абстрагирование, анализ и синтез различных аспектов, индукция и дедукция, наблюдение, а также частно-научные методы исследования, а именно: метод сравнительного правоведения, метод правового прогнозирования и т.д.

**Теоретическую и практическую основу исследования** диссертационной работы составили труды отечественных и зарубежных ученых по проблемам различных аспектов рынка медицинских услуг: Тоноян Т., Акопян Т., Назаретян М., Казарян И., Аристакесян М., Набиджанова З.К., Торгунов И.А., Меловатская Н. Ю., Эрроу К., Столяров С.А., Колосицына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В., Макарова Т., Федорова Т.А., Архипов А. П., Плесовский П.А. и т.д., а также учебная и специальная научная литература, статистические материалы, учебные пособия, монографии, научные статьи, статистика, а также Интернет-ресурсы.

**Нормативно-правовую основу** диссертационной работы составили: Конституция РА от 06.12.2015 г., «Всеобщая декларация прав человека» от 1948г., «Европейская социальная хартия» от 1996г., Конвенция №102 «О минимальных нормах социального обеспечения» от 1952 г., «Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах» от 1966 г, «Международный кодекс медицинской этики», принятый в 1949 г., с изменениями и дополнениями<sup>1</sup>, «Лиссабонская декларация о правах пациента» 1981 г., Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г., Гражданский кодекс Российской Федерации (части первая и вторая) от 30.11.1994 г., PUBLIC LAW 111-148 - MAR. 23, 2010124 STAT. 119, Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.), Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (Принят Постановлением МН МОРТ от 15 марта 2017 года, №712), Codedela santé publique (32èmedition) publiè en 05.04.2018,

---

<sup>1</sup> Международный кодекс медицинской этики. Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации в Лондоне в октябре 1949 г. В октябре 1949 года, дополнен 22<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» от 04.03.1996, Закон РА «О Лицензировании» от 30.05.2001 г., Закон РА «Об обеспечении санитарно-эпидемиологической безопасности населения РА» от 16.11.1992, Закон РА «О стандартизации», принят 08.02.2012 г., Закон РА «Об аккредитации», принят 08.02.2012 г., Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г., Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993г., Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017), Закон Республики Казахстан от 4 июня 2003 года N 430-III «О системе здравоохранения», The Emergency Medical Treatment and Labor Act, 42 U.S.C. § 1395dd., постановления правительства (Постановление правительства РА от 29.06.2002 N 867-Н, Постановление правительства РА от 21.12.2006 N 1841-Н, Решение Правительства от 4 марта 2004 года № 318-Н), приказы Министерства здравоохранения РА.

**Научная новизна исследования,** связанного с проблемами правового регулирования предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг, заключается в том, что представляемое диссертационное исследование является всесторонним, комплексным исследованием задач медицинского права. Более того, предпринята первая попытка многостороннего и фундаментального изучения предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг РА.

Основываясь на сравнительном анализе действующей законодательной базы РА, теории, и данных зарубежных стран, а также практики, представлен ряд новых теоретических и практических положений, умозаключений и конструктивных предложений по улучшению действующих в РА нормативно-правовой и теоретической базы, направленной на регулирование так называемого «рынка медицинских услуг», которые в дальнейшем могут стать исходной точкой для новых исследований, направленных в целом на усовершенствование процесса юридического регулирования предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг и системы здравоохранения страны.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Выявлены, изучены и проанализированы древнеармянские и иные исторические источники, а также современные внутригосударственные и международные источники медицинского права Армении, содержащие нормы юридического (правового) регулирования медицинской деятельности, которые выступают истоками для формирующегося в Армении современного медицинского права.

2. Дается определение и утверждение о формировании и развитии в Армении в качестве комплексной отрасли права, регулирующей складывающиеся в области здравоохранения правоотношения, «медицинского права». Предлагается принятие единого кодифицированного правового акта в области медицинского права – Кодекса РА «О здравоохранении», в качестве нового этапа развития современных источников медицинского права.

3. Сформулировано определение категории «предпринимательская деятельность в сфере здравоохранения», получившее следующее выражение: «систематическая деятельность компетентных организаций и частных лиц, осуществляемая уполномоченными на то лицами в установленном законом порядке, направленная на постоянную прибыль от выполнения медицинских работ или оказания услуг медицинского характера». Это определение предлагается закрепить в ст. 4 («общие положения») Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения».

Там же предлагается закрепить следующие основные признаки, характеризующие предпринимательство в сфере здравоохранения:

- форма собственности на имущество (государственная, частная или смешанная);
- конкретный вид продукта осуществляемой предпринимательской деятельности (товар и услуга);
- качество работы (наличие лицензии, регламентирование деятельности, квалифицированный персонал, научно-технический показатель, оснащённость и эффективность оказываемых услуг).

4. Предлагается включить определение медицинской деятельности в ст. 1 общих положений Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» о том, что «медицинская деятельность» – это форма профессиональной деятельности, содержание которой составляет деятельность организаций и частных лиц в сфере здравоохранения, требующая определенной квалификации и правового поведения, урегулированного нормами медицинского права в Республики Армения.

5. Предлагается закрепить определение словосочетания «медицинские услуги» в общих Положениях Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», изложить ст. 1 в следующей редакции:

«Медицинские услуги – это совокупность профессиональных действий, осуществляемых в рамках медицинской деятельности профессиональным исполнителем и направленных на удовлетворение потребностей заказчика услуг, содержанием которых является медицинское вмешательство в здоровье потребителя услуг».

Здесь же выявляются основные признаки и особенности медуслуг: неосвязаемость, отсутствие владения, несохраняемость, обоюдная воля сторон, профессиональный критерий и разнородность качества услуг, возмездный их характер.

6. Предлагается включение в раздел 7 ГК РА нормы о договоре возмездного оказания медицинских услуг как отдельного вида договора (т.е. соглашения) следующего содержания:

«По договору возмездного оказания медицинских услуг исполнитель, уполномоченный в соответствии с законодательством РА о здравоохранении, обязуется путем непосредственного воздействия на человеческий организм оказать осуществляемую в рамках медицинской деятельности медицинскую услугу, направленную на удовлетворение потребностей заказчика, а заказчик обязуется принять оказанную услугу и оплатить её».

7. В условиях отсутствия системы медицинского обязательного страхования, предлагается ввести понятие и пункт о гаранте для обеспечения процесса беспрепятственной реализации данного договора, с учетом того обстоятельства, что в

ряде случаев вместо пациента договор подписывают его родные либо иные сопровождающие. В данном случае последние обязаны подписаться в договоре, в месте, выделенном для гаранта, тем самым становясь соплательщиками за оказанные услуги, предусмотренные в соответствующем договоре.

Для данной цели, автором разработан новый типовой договор с обязательным введением пункта о гаранте.

8. С целью обеспечения дальнейшего развития в РА сферы здравоохранения, предлагается внедрение системы «обязательного медицинского страхования» – одной из важнейших гарантий реализации права граждан на охрану здоровья и действенного механизма, имеющего целью улучшение системы здравоохранения. Предлагается принять соответствующий Закон «Об обязательном медицинском страховании».

**Теоретическая значимость** исследования проявляется в возможности становления сформулированных в работе выводов и предложений теоретического характера основой для дальнейших научных исследований в области медицинского права, а также их использования для ведения в РА учебных спецкурсов «Предпринимательское право», «Медицинское право».

**Практическая значимость** диссертационного исследования состоит в использовании разработанных автором рекомендаций и предложений практически-прикладного характера в законотворческой деятельности по совершенствованию как гражданского законодательства, так и законов РА, регламентирующих сферу здравоохранения, таких как Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» от 04.03.1996 г., Закон РА «О стандартизации» от 08.02.2012г., Закон РА «Об аккредитации» от 08.02.2012 г., Закон РА «О лицензировании» от 30.05.2001 г., законопроект РА «О здравоохранении» от 08.02.2005 г.

**Апробация результатов исследования.** Настоящее диссертационное исследование выполнено на кафедре гражданского права и гражданско-процессуального права Института права и политики Российско-Армянского Университета, где и были обсуждены ее основные положения и выводы. Кроме того, результаты исследования были представлены также на кафедре медицинского права Ереванского медицинского государственного университета им. Мхитара Гераци.

Основные положения диссертации отражены в девяти научных публикациях автора<sup>2</sup>.

**Структура работы** отвечает основной цели, задачам и предмету исследования. Диссертация выполнена в объеме, соответствующем предъявляемым требованиям. Она состоит из введения, двух глав, разделенных в целом на семь параграфов, заключения, списка источников и приложения.

---

<sup>2</sup> The Development Issues of Medical Care Service Market in the Republic of Armenia // Zarządzanie. - № 17, 2015. - Ченстохова, Польша. – стр. 37-48; Медицинская услуга как объект предпринимательских правоотношений // Вестник РАУ. - (22) № 1/2016. - Ереван, РА. – стр. 39-51; Перспективы развития системы страховой медицины в Республике Армения // Вестник РАУ. - (25) № 1/2017. - Ереван, РА. - стр. 63-71; Понятие договора возмездного оказания медицинских услуг и его характеристика // Вектор Науки Тольяттинского государственного университета. - № 2 (29), 2017. – стр. 29-33; Анализ существенных условий договора возмездного оказания медицинских услуг // Вектор Науки Тольяттинского государственного университета. - № 3 (30), 2017. – стр. 10-15; Правовое регулирование ценообразования медицинских услуг для повышения доступности // Вектор Науки Тольяттинского государственного университета. - № 3 (30), 2017. – стр. 15-17; Правовой статус субъектов в договоре возмездного оказания медицинских услуг // Медицина, наука и образование. – Октябрь №23, 2017. – стр. 111-118; Правовое регулирование обязательного медицинского страхования как залог повышения эффективности права на охрану здоровья // Государство и право, №1 1 (79) 2018 г., стр. 81-89; Правовое регулирование медицинской деятельности в исторических и современных источниках права Армении // Вестник РАУ. - (28) № 1/2018. - Ереван, РА. – стр. 42-58.

# **ГЛАВА I. ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ**

## **1.1. Правовое регулирование медицинской деятельности в древнеармянских и других исторических источниках медицинского права**

На протяжении всего человеческого развития, поколения обращались к прошлому, к верифицированным историей культурным ценностям, чтобы понять настоящее и очертить вектор дальнейшего продвижения. Подобное массовое поведение на протяжении истории не является рефлексивным следованием закоренелых обычаев, а, наоборот, осознанным осуществлением естественных потребностей каждого поколения.

В Армении, культура, наука и религия, которые, являясь неотъемлемой составной национальной идентичности, на протяжении десятков веков способствовали формированию, поддержанию и становлению нации, возникшей ещё в XIII веке до н. э. на территории Армянского нагорья<sup>3</sup>.

Медицина, являющаяся неотъемлемой частью культуры Армении, своими корнями уходит вглубь веков и имеет 3000-летнюю историю<sup>4</sup>. Об этом нам дают возможность рассуждать этнографические исследования, бесценные манускрипты и труды великих на армянском, арабском, персидском и других языках, хранящиеся в Институте древних рукописей Еревана – Матенадаране, а также данные археологических раскопок, таких как медицинский инструментарий бронзового века, оборудование аптек, черепа со следами трепанации и иные останки, свидетельствующие о высоком уровне развития врачебного искусства в древней

---

<sup>3</sup> Дьяконов И. М. // «Предьстория армянского народа. История Армянского нагорья с 1500 по 500 г. до н. э. Хурриты, лувийцы, протоармяне» // Изд. АН Армянской ССР, 1968. – 237 с.

<sup>4</sup> Варданян С. А., Асланян А.С. // «История медицины: Учебное пособие для преподавания на всех факультетах I курса бакалавриата ЕрГМУ им. Мхитара Гераци» / С. А. Варданян, А.С. Асланян.- Ер.: ЕрГМУ им. Мхитара Гераци, 2017. – 239 с. Стр. 109.

Армении. Наряду с развитием медицины, уделялось должное, соразмерное общественным нуждам времени, внимание регулированию деятельности представителей сферы. В рамках нашей работы кратко проследим хронологический путь трансформации сферы юридического регулирования медицинской деятельности в Армении.

Говоря о наследии прошлых веков, оказавшем значительное воздействие на развитие как сферы медицины, так и её регулирования, следует отметить, что источники, которые определяли, наставляли, направляли лиц, осуществляющих врачебную деятельность, носили в основном доктринальный характер. Однако, в 1184 году вышел в свет берущий истоки у кодексов Феодосия и Юстиниана 1-ый армянский светский Судебник – «Свод законов церковных и гражданских», составленный выдающимся мыслителем, философом и государственным деятелем Мхитаром Гошем. Данный судебник был составлен на основе реципированных византийских законов, церковных канонов и обычаев, традиций армянской реалии того времени. Судебник включал 254 правовых статей, в том числе и относящихся к медицинской области, в частности судебной медицине. Данный свод законов вошел в обязательную силу в XIII веке в Киликийской Армении. Популярность Свода перешла и в соседние государства, где данный акт Гоша занял почётное место в деле составления национальных сборников законов. К примеру, в XVIII веке Судебник был заимствован грузинским царём Вахтангом VI в качестве составной части грузинского сборника законов, составленного царем. В 1832 г. частичный перевод труда Гоша был включен в 1-ое издание Свода законов Российской империи.

Нормы Судебника относились как к установлению ответственности врача, так и определению физического ущерба, нанесённого пострадавшему лицу, и к вине лица, нанёвшего вред за пределами деятельности в области медицины. Например, нормы Судебника в случае выкидыша плода у беременной женщины вследствие удара, предусматривали возможность исследования как плода, так и самой пострадавшей, с целью установления между ударом и прерванной беременностью причинной следственной связи, и понять не наблюдались ли у пострадавшей какие-либо иные

заболевания, повлиявшие на подобный исход<sup>5</sup>. Более того, определялся срок беременности, влияющий на установление тяжести наказания преступника. Там же содержались нормы, устанавливающие условие обязательного участия врачей в расследовании преступлений в определенных случаях.

Более того, Гош в Судебнике вводит понятия умышленных и неумышленных преступлений, закрепляет закрытые перечни случаев причинения вреда здоровью, которые следует отнести к той или иной категории преступления, а также устанавливает меры ответственности и наказания за каждое из них.

Так, был разработан следующий механизм привлечения врачей к ответственности за целый ряд умышленных деяний, выделяемых по форме их выражения (объективной стороне):

1. применение лекарственных средств: пробы с ними, ошибочное их назначение, их злоупотребление;
2. халатность и непрофессионализм: ошибочная диагностика, небрежное отношение к больным в том числе и из-за недостаточной оплаты со стороны последнего;
3. целенаправленная, неправильная обучаемость или заражение другими заболеваниями<sup>6</sup>.

Исследование той же статьи 243 Судебника Мхитара Гоша «Об ответственности врачей» показало, что устанавливается для врачей ответственность не только за умышленные деяния, но и за неосторожные. Об этом прямо свидетельствует сам текст статьи<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Паповян А. А. // «Армянский Судебник Мхитара Гоша (пер. с древнеарм. яз.)» // Ер.: Изд-во Ереванского ун-та, 1954.

<sup>6</sup> Ст. 243 Судебника «Об ответственности врачей» Мхитара Гоша. Из текста: «Многие из врачей наносят немало вреда или тем, что испытывают лекарства на других или злоумышленно убивают лекарствами; или по невежеству дают больному вредоносное лекарство; или по неопытности своей не умеют распознавать болезни и вследствие этого причиняют смерть больному; или относятся к больному беспечно и причиняют вред больному из-за того, что не получают платы в ожидаемом ими размере; или из зависти к своим ученикам обучают их неправильно, ученики же со своей стороны по незнанию творят много бед; или же врачи сами или через своих учеников вводят в больных пороки других болезней, - все эти преступления мы признаём умышленными».

Авакян Р.О. // «Памятники армянского права» // Ер.: «ЕФ МНЮИ-XXI ВЕК», 2000. – 1019 с., с ил. Стр. 432.

<sup>7</sup> См. там же. «Неумышленно же, когда вред происходит от беспечности лиц, ухаживающих за больными, или от самого же больного, или, когда больного лечат не по указаниям врача; или же когда врач не может явиться к больному вследствие какой-либо крайней необходимости и умирает больной, или, когда врач сознательно дает

Аналогичная норма, в части установления ответственности врача, прослеживается и в «Судебнике» (Общие церковные и мирские законы и каноны) Смбата Спарапета, именуемого Гундстабль. Данная норма отражается в ст. 179 «О врачевании в пользу излечения людей»<sup>8</sup>.

Интересным представляется то обстоятельство, что еще во времена Смбата Спарапета, при определении вины и мер ответственности врачей за умышленные и неосторожные деяния, устанавливалось при этом обязательное условие учета и вины самого больного. Так в положениях той же статьи 179 указанного выше источника вина самого называемого ныне «пациента» определялась в зависимости от поведения, условий питания, работы и прочих обстоятельств. Здесь же устанавливается ответственность не только самих врачей, но и даже называемого современным лексиконом «медицинского персонала» за «небрежное» отношение к пациенту<sup>9</sup>.

Основываясь на двух выше представленных нормах, можно заключить, что в армянской действительности XII-XIII вв. признанию вины и ответственности придавалось большее значение, чем оно могло иметь в качестве судебного доказательства<sup>10</sup>.

---

лекарство жизни, но оно вызывает смерть. Точно таким же образом надо судить и в случаях врачевания путем удаления и прижигания большой части тела. Врачи, виновные в умышленном убийстве, если вред, причиняемый ими, обнаружится (не по их признанию), подлежат суду уголовному; если же вред станет известным вследствие их признания – предаются эпитимии, установленной для умышленного убийства. Врач, причинивший вред неумышленно, освобождается от ответственности обоих видов – уголовного и церковного. Смешанное же преступление – умышленное и неосторожное, неумышленное – карается по обоим видам ответственности».

<sup>8</sup> «Врачебное искусство – великое дело, необходимое для исцеления людей, однако множество убийств происходит вследствие ошибочного его применения. Происходит это иногда преднамеренно, иногда бывает оттого, что врач несведущ и не узнает болезнь, вследствие чего убивает больного; или он завидует коллеге и поэтому вызовет смерть; или же это происходит потому, что врачи выпускают своих учеников преждевременно, ещё незрелыми, и дают им полномочия. Очень часто причиной смерти является то, что врачи путают одни болезни с другими; и все подобные случаи перед законом считаются преднамеренным убийством».

Авакян Р.О. // «Памятники армянского права» // Ер.: «ЕФ МНЮИ-XXI ВЕК», 2000. – 1019 с., с ил. Стр. 535.

<sup>9</sup> «Частично же вина – на стороне больного: либо вследствие непослушания больного, или от питания, или от работы, или от прочих подобных причин, или она происходит от нерасторопности служителей больницы. И может ещё случиться, что врач очень занят и, совершая непоправимую ошибку, не пойдёт к больному или же даст лекарство для облегчения, а оно вызовет ухудшение; то же самое может произойти и от вскрытия, удаления или прижигания раны. Всё это надо расследовать и уточнить; если ошибка совершена преднамеренно или по небрежности, то сделавший её должен поплатиться жизнью, как виновник смерти. Но если ошибка невольная, в чем сам он признается, то он подлежит покаянию. А если дело попадет в суд и будет доказано, что ошибка совершена не по умыслу и не случайно, но находится посередине, то его надо по заслугам присудить к денежному штрафу и тюрьме для устрашения и напоминания об осторожности другим». Ст. 179 «О врачевании в пользу излечения людей».

Авакян Р.О. // «Памятники армянского права» // Ер.: «ЕФ МНЮИ-XXI ВЕК», 2000. – 1019 с., с ил. Стр. 535.

<sup>10</sup> См. там же. Стр. 432, сссылка 577.

В Судебнике Гундстабля имелась также норма, устанавливающая бесплатный и общедоступный характер медицинской помощи, отраженной в ст. 44 «Об уставе больниц»: «Там, где имеется больница, не положено взимать подати ни с больного, ни с обслуживающих. В противном случае это рассматривается как ограбление Христа»<sup>11</sup>. Данное положение доступности врачебной помощи в форме ответственности государства получила своё конституционное отражение в 1773 г. В Конституции Армении, составленной Шаамиром Шаамиряном ст. 140 (162) устанавливается: «В стране армянской государство берет на себя обеспечение населения лекарствами и бесплатным лечением, содержание бедноты»<sup>12</sup>. Там же представлены нормы поощрения и обязанности врачей оказать помощь, а также санкции в случае гибели больного. К примеру: ст. 207 (227)<sup>13</sup>; ст. 208 (228)<sup>14</sup>; ст. 209 (229) – «Врачи и акушеры, допустившие гибель слабых здоровьем людей, особенно роженицы и новорожденного, лишаются зарплаты и денег на лекарства»; ст. 210 (230) – «Врачи и акушеры обязаны оказать скорую помощь больному по первому зову».

Также в «Конституции Армении» Шаамиряна прослеживается статья, устанавливающая смертную казнь за убийство лекарственными средствами: ст. 279 (468) «Аптекарям, использующим лекарства для умерщвления людей, - смерть»<sup>15</sup>. Однако, следует отметить, что положение это общее и не разграничивает, было ли умерщвление – «эвтаназией» в нынешнем понимании, умышленным убийством в иных целях или причинением смерти по неосторожности или незнанию аптекаря.

Очевидно, что наряду с возникновением профессиональной врачебной (медицинской) деятельности как таковой, в юридической доктрине образовалось понятие ответственности осуществляющих подобного рода деятельность лиц за причинение вреда здоровью пациента. Как прослеживается выше, данные положения доктрины получили своё выражение в нормах, устанавливающих случаи наступления вины и соразмерный причиненному здоровью вреду объём ответственности.

---

<sup>11</sup> См. там же. Стр. 486.

<sup>12</sup> См. там же. Стр. 607.

<sup>13</sup> «Акушеры, сумевшие предотвратить опасность для жизни дитяти или роженицы при сложном течении родов, вознаграждаются Домом Армении одним дахеканом серебра». См. там же. Стр. 614.

<sup>14</sup> «Врач, спасший жизнь смертельно больного, вознаграждается Домом Армении одним дахеканом серебра». См. там же. Стр. 615.

<sup>15</sup> Авакян Р.О. // «Памятники армянского права» // Ер.: «ЕФ МНЮИ-XXI ВЕК», 2000. – 1019 с., с ил. Стр. 624.

Подобные нормы, оговаривающие случаи возникновения ответственности за причинение вреда здоровью и устанавливающие соразмерный вине объем ответственности, начали появляться практически во всех правовых системах, в том числе и в армянском праве, где данные нормы получили отражение в первом памятнике светского права у армян – «Своде законов церковных и гражданских» Мхитара Гоша, рассмотренный выше, где получили своё выражение некоторые отношения, складывающиеся при оказании медицинской помощи, в том числе и ответственность врачей за умышленное и неумышленное причинение вреда здоровью человека<sup>16</sup>.

В дальнейшем всё больший резонанс получил вопрос определения и выявления вины разворачивающей медицинскую деятельность лица при неблагоприятном исходе в результате последней<sup>17</sup>, зародилось и распространилось понятие «врачебная ошибка», возникла «чистая форма имущественного деликта»<sup>18</sup>, а под причиненным вредом начали подразумевать наступивший в результате не подпадающих под уголовный закон действий – имущественный ущерб<sup>19</sup>.

Более того, особое внимание стало уделяться вопросу рассмотрения медицинской деятельности как общей формы деятельности.

Поэтому поводу советский правовед, профессор Рожановский В.А., описывая врачебную деятельность как специфическую, при этом отнес ее к общим формам деятельности, которые подвести под общие юридические «стандарты» невозможно. Эта позиция была поддержана и другими известными специалистами в точной ее формулировке, изложенной самим профессором В.А. Рожановским<sup>20</sup>.

Таким образом, постепенно сформировались так называемые «медицинская деятельность», так же, как и «медицинская ответственность», со временем

---

<sup>16</sup> Մխիթար Գոշ. Դատաստանագիրք. Երևան, 2001 թ.

<sup>17</sup> Крашенинникова Н.А. // «История государства и права зарубежных стран: Учеб. пособие: В 2 ч. Ч. 2. Кн. 1» // М.: Норма-Инфра», 1995. – 480 с. С. 15.

<sup>18</sup> Малхасян А. Г. // «Имущественная ответственность медицинских организаций в Республике Армения» // Дисс. ...кандидат юрид. наук. Ер.: 2017. Стр. 21.

<sup>19</sup> Черниловский З.М. // «Всеобщая история государства и права» // М.: «Юридическая литература», 1996. С. 108.

<sup>20</sup> Акопов В.И., Маслов Е.Н. // «Право в медицине» // М.: «Книга-Сервис», 2002. Стр. 207: «врачебная деятельность отличается от всякой другой деятельности; она включает в себя много специфических элементов, только ей присущих. Вложить врачебную деятельность со всеми ее специфическими особенностями в юридические формы, общие для всех граждан, почти невозможно».

обособившиеся и оказавшиеся в центре внимания современных учёных-правоведов. Таким образом, совершенствуясь и адаптируясь к потребностям настоящего, нормы устанавливающие ответственность лиц за причиненный здоровью граждан вред (в виде возмещения вреда), получили своё отражение в ГК Армянской ССР от 1964 г.<sup>21</sup>

Однако шестью годами позже, в 1970 г., был введен в действие нормативно-правовой акт (Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении), определяющий и устанавливающий несколько более мягкие виды ответственности как фармацевтических работников, так и медицинских за нарушение профессиональных обязанностей. Так, ст.17 указанного акта за случаи, исключаящие уголовную ответственность, за нарушение медицинскими и фармацевтическими сотрудниками возложенных на них обязанностей устанавливалась лишь дисциплинарная ответственность<sup>22</sup>.

Фактически данным положением исключается подвержение лица, нарушившего в процессе реализации медпомощи своих специфических обязанностей, любым иным видам юридической ответственности, в том числе и гражданско-правовой. Этим и образовывается противоречие между данной нормой и нормами ГК.

Понятие гражданско-правовой ответственности в рассматриваемой сфере, сформировалось в Армении в конце XX века, и вошло в научный оборот со вступлением в силу Закона РА «О медицинской помощи и обслуживании населения»<sup>23</sup>.

Тем самым впервые на законодательном уровне РА в сфере правоотношений по оказанию медпомощи был включен и закреплен гражданско-правовой институт защиты прав пациента.

При этом именно в данной сфере и наблюдаются некоторые пробелы и противоречия, являющиеся и становящиеся причиной ущемления прав человека в

---

<sup>21</sup> Малхасян А. Г. // «Объем ответственности лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, в армянском праве» // Выпуск № 4, журнала «Общество: политика, экономика, право», 2017.

<sup>22</sup> Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении от 1 июля 1970 года. Ст.17: «Медицинские и фармацевтические работники, нарушившие профессиональные обязанности, несут установленную законодательством дисциплинарную ответственность, если эти нарушения не влекут по закону уголовной ответственности».

<sup>23</sup> Закон РА «О Медицинской помощи, обслуживания населения». Принят 04.03.1996. Глава 2. Ст. 6: «каждый имеет право на получение в установленном законодательством Республики Армения порядке компенсации за ущерб, нанесенный его здоровью, при организации и осуществлении медицинской помощи, обслуживания».

области здравоохранения. Изложенное требует несколько более серьезного исследования. Малхасян А. Г. в своих исследованиях совершенно справедливо заметил существующую коллизию между указанными выше положениями ст.6 Закона РА «О медицинской помощи и обслуживании населения» и положениями соответствующих норм ГК РА. Очерченный ст. 6 объем ответственности лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, фактически более узок<sup>24</sup>.

При регламентации права человека на получение соответствующей компенсации примененная здесь ограниченная формулировка «за ущерб, нанесенный его здоровью», значительно уменьшает объем возможного вреда. В данном случае вредом может быть признан только вред, причиняемый исключительно здоровью пациента. Тем самым ограничивается право лица требовать возмещения в случаях нанесения *морального вреда*, либо *вреда вследствие несоблюдения врачебной тайны*, и т.д.

Вместе с тем, нормы ГК РА содержат несколько иную установку. В целях восстановления нарушенных прав ст. 17 провозглашается право лица на получение возмещения причиненных ему убытков в полном объеме, если законом или договором не установлен меньший размер<sup>25</sup>.

Гражданское законодательство, фактически, закрепляет несколько иное общее правило – возможность возмещения, нанесенного любым правам и интересам лица вреда в полном объеме, и специальное правило – уменьшенный объем возможной компенсации причиненных убытков (здесь вреда), отсылая к другим нормативно-правовым актам.

Учитывая факт, что вышеприведенная норма закона РА «О медицинской помощи и обслуживании населения» является специальной по сравнению с указанной нормой ГК РА, представляется, что, в соответствии с общеизвестным в юриспруденции принципом «*lex specialis derogate lex generali*», она преобладает над последней. В сложившейся ситуации *de facto* пациент лишен права требовать компенсации какого-либо иного вреда, кроме как нанесенного здоровью. Подобное

---

<sup>24</sup> Малхасян А. Г. // «Объем ответственности лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, в армянском праве» // Выпуск № 4, журнала «Общество: политика, экономика, право». 2017.

<sup>25</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 3. Ст. 17.

регулирование является наглядным примером ущемления прав пациента, ввиду неслаженного взаимодействия норм.

В отличие от сформулированных в РА установок, в РФ законодатель рассматривает объем причиняемого при предоставлении медпомощи вреда шире. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепляет объем ответственности в сфере охраны здоровья таким образом, что фактически под вредом в рассматриваемой сфере подразумевается не только вред, причиненный здоровью, но и вред, причиненный «...и/или жизни», а также любое нарушение прав человека в сфере охраны здоровья человека: со стороны как медицинского и фармацевтического персонала, так и самих медорганизаций<sup>26</sup>.

Исследования законодательных норм западных стран (Германии, Великобритании, Бельгии, Польше и Венгрии) свидетельствуют, что практически везде установлена ответственность не только за причиненный здоровью вред, но и за иной вред и иные нарушения в сфере здравоохранения.

С учетом вышеизложенного и исходя из принципа определенности права, предлагается редакция и изменение Закон РА «О медицинской помощи и обслуживании населения» в части права человека на получение компенсации за причиняемый любого рода вред, связанного со сферой предоставления медпомощи или медобслуживания<sup>27</sup>.

## **1.2. Современные источники медицинского права в сфере здравоохранения.**

Для представления современного состояния системы здравоохранения и, в частности, рынка медицинских услуг РА, следует рассмотреть наследие советской системы и ее влияние на систему здравоохранения РА, которые настолько значимы и

---

<sup>26</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 01.05.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 98: «Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи».

<sup>27</sup> Малхасян А. Г. // «Объем ответственности лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, в армянском праве. Выпуск № 4, 2017 журнала "Общество: политика, экономика, право».

велики, что после приобретения независимости, трудно выявить сложившиеся какие-либо другие традиции в области здравоохранения. В основном данное воздействие выражается в том, что Армения являлась преемником высокоцентрализованной системы, известной модели Семашко. Модель основана на предоставлении гарантированной бесплатной медпомощи всему населению, следовательно, доступность являлась неотъемлемой характеристикой этой системы. Основным достоинством системы Семашко была выработанная ею способность справляться с массовыми эпидемиями, ввиду своего централизованного характера. Примечательно, что данная система стала одной из тех немногих преимуществ советского наследия, которая была признана эффективными со стороны западных капиталистических стран<sup>28</sup>.

Более того, система здравоохранения АССР была одна из наилучших во всём Советском Союзе, доказательствами тому служат следующие факты:

- самая высокая продолжительность жизни по сравнению со всеми советскими республиками (данные на начало 1980-х годов);
- 30 % студентов Государственного медицинского института (в дальнейшем ЕГМУ) составляли граждане Грузии, Азербайджана, России и Ирана (по данным 1930-х гг.);
- для получения медицинского образования в Армению приезжали армяне с разных стран (Великобритании, Венгрии, Кипра, Болгарии, Франции, Ирана, Эфиопии, Сирии, Ливана, Иордании, Судана и т.д.), начиная с 1957 г.;
- данная профессия получила статус наиболее престижной профессии, свидетельством тому – конкурс на поступление в Медицинский институт на протяжении существования АССР;
- также знаменателен тот факт, что с целью стать врачом в Армению каждый год приезжают сотни арабов, индийцев, персов, лаосцев и представителей других национальностей, начиная с 1985 г.<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> См. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период Армения. 2001 г. стр.5 / Историческая справка.

<sup>29</sup> См. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период Армения. 2001 г. стр.5/ Историческая справка.

При всех положительных оценках, как и в любой другой, в данной системе тоже были свои изъяны: лечение не было стандартизировано; ввиду бесплатного характера медицинских услуг, производились неофициальные платежи со стороны больных для определённых целей (выразить благодарность, привлечь более интенсивное внимание к себе и т.д.); радикальные ограничения в выборе пациентами врачей и каких-либо мест лечения, кроме своих приписанных поликлиник; отсутствие ответственности у больных за собственное здоровье (ввиду наличия широкого спектра бесплатных услуг, граждане с беспечностью относились к своему здоровью, игнорируя профилактические проверки); отсутствие какого-либо материального стимула к повышению качества лечения у медицинского персонала.

И всё это было перенято и легло в основу здравоохранительной системы Армении, которая после приобретения независимости оказалась в неблагоприятном состоянии. Выход из состава СССР, получение независимости, конфликт в Нагорном Карабахе, транспортная и энергетическая блокады, катастрофическое землетрясение 1988 года, спад и экономический коллапс, энергетический кризис – всё это привело к коллапсу социально-политического, экономического состояния Армении, что, несомненно, в свою очередь, способствовало регрессу состояния здоровья населения. В условиях усугубляющегося экономического кризиса и стихийного перехода к рыночной модели экономики, учитывая дороговизну обслуживания сферы здравоохранения, обеспечение медицинского бесплатного гарантированного обслуживания для всех граждан стало практически невозможным.

Всё вышеперечисленное обусловило неизбежность реформирования системы здравоохранения. Коротко об их последовательности.

Из-за сложившейся тяжёлой ситуации в стране, процесс проведения реформ был тяжёлым. Была проведена аналогия процесса перехода от централизованного экономического механизма к рыночному с ситуацией, когда «врач даёт больному лекарство, на которое у последнего есть аллергия, но без него больной не сможет выжить»<sup>30</sup>. Кроме проведения радикальных реформ, Министерство здравоохранения РА (далее Минздрав) в условиях отсутствия средств, как лекарственных, так и

---

<sup>30</sup> См. Т. Tonoyan “Health care system in Armenia: Past, present and prospects”. Берлин, август 2004 г. Стр.8.

передвижения все же пытались обеспечить базовой медицинской помощью население страны. В первую очередь, 1994 год: реформированию подверглось медицинское образование, был установлен механизм оплаты за лечение и были узаконены платежи врачам. Последовали реформы в структуре здравоохранения: разделение управления больницами и поликлиниками; реорганизация всех государственных медицинских учреждений в акционерные компании гос. формы собственности; ограничения некоторых функций Минздрава; создание Государственного агентства здравоохранения (ГАЗ), выполняющего функции финансирования данной сферы<sup>31</sup>. Данные шаги явились фундаментом децентрализации рынка медуслуг.

Далее последовал процесс приватизации, начиная с аптек и стоматологических клиник до больниц (в совокупности более двухсот). Помимо данных областей сферы здравоохранения, стоял вопрос необоснованно огромного количества больничных коек, во много превосходившего потребности страны, и несоразмерного с потребностями населения количества готовящихся медицинских кадров.

Итак, основные изменения, принесённые реформами в области здравоохранения следующие: 1) децентрализация бывшей структуры, деятельность Минздрава кардинально ограничивается, переходом от функций управления и планирования на регулирование, мониторинг и выдачу лицензий; 2) бремя оплаты переходит от государства к пациентам; 3) оплата лечащего персонала становится зависимой от объёма и качества их работы. 4) больницы становятся самофинансируемыми, автономными субъектами; 5) появление перспектив развития частной медицины: страхование, контракты и т.д.

Данные реформы во многом улучшили некоторые аспекты рынка медуслуг Армении, но ещё далеко не усовершенствовали его. Частичное улучшение системы здравоохранения привело и к другим неожиданным результатам. Ознакомимся с ними ниже.

Изменение статуса медицинских учреждений (от государственных, централизованных к экономически независимым частным или государственным

---

<sup>31</sup> См. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период Армении. 2001 г. Стр.74 / Реформы.

предприятиям, далее к закрытым акционерным обществам) во взаимодействии с административно-территориальным делением республики, привело к значительному и существенному ослаблению механизмов государственного управления и контроля качества системы здравоохранения.

Приватизация медучреждений привнесла недоступность медуслуг для некоторых слоёв населения, ввиду их платного характера. В результате, наблюдается значительное снижение спроса населения на медуслуги, связанное с низкой покупательной способностью и отсутствием государственного медицинского страхования. Был неосознанно создан крупный раскол между различными уровнями медико-санитарной помощи (республиканских, областных, сельских), что явилось весьма неблагоприятным последствием децентрализации медицинского рынка. Также в ходе реформ, сильное негативное воздействие на сферу здравоохранения оказало изменение пяти министров здравоохранения, каждый из которых, приходя к власти, изменял свои рабочие группы, внедрял свои команды, изменял направление реформ, привносил своё видение и представление о будущем системы здравоохранения.

С распадом СССР, был осуществлен болезненный, но передовой переход системы здравоохранения к следующей фазе развития.

В науке и на практике эта фаза выразилась в появлении иных источников финансирования, становлении страховой медицины, формирования товарно-денежного оборота, и введении в оборот категории «медицинская услуга». В данное понятие входят основанные на взаимном согласии и платных началах правоотношения.

Постепенно вместо термина «пациент» частично в научный оборот вошло словосочетание «потребитель медицинских услуг». Наряду с гуманной, общесоциальной, имеющей безвозмездный характер категорией «оказание медпомощи», начало применяться понятие «оказание медицинской услуги», субстратом которого стали экономические отношения, складывающиеся между производителем и потребителем<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Т. Зограбян // «Медицинская услуга как объект предпринимательских правоотношений» // Ер.: «Вестник РАУ», (22) № 1/2016, стр. 39-51.

Такого рода преобразования были неоднозначно встречены учёными 90-х, выступавшими в своих трудах с различного рода утверждениями<sup>33</sup>.

Распад СССР с последующей неспособностью эффективной организации и поддержания государством системы здравоохранения, ввиду дефицита ресурсов и централизованного влияния, послужил причиной формирования на территории РА предпринимательства на рынке по реализации медуслуг.

Прежде, чем приступить к рассмотрению предпринимательской деятельности, сложившейся в современной системе сферы здравоохранения РА, следует рассмотреть и изучить нормы, регламентирующие сформировавшиеся на рынке оказания медуслуг отношения.

Еще издревле, в различных культурах присутствовали социально-установленные нормы, не только закрепляющие, но и координирующие отношения «врач-пациент, их «неписанные» права и обязанности, профессиональные соглашения, основанные на этических началах, между врачами, межгосударственные пакты, конвенции, хартии и другие документы, направленные на создание эффективных механизмов по обеспечению исполнения права по охране здоровья. Все вышеперечисленные нормы, совершенствуясь и аккумулируясь, дошли до нас и получили своё отражение в различных нормативных координирующих область здравоохранения правовых актах.

Высший внутри страны документ, Конституция РА от 06.12.2015 г., гласит: «Республика Армения - суверенное, демократическое, социальное, правовое государство»<sup>34</sup>.

Государство, как социально-ориентированная организация политической власти, одним из своих предназначений признает обеспечение качества жизни населения, в т. ч. по охране здоровья. Иными словами, государство обязуется различным комплексом мероприятий создать, регулировать и поддерживать систему,

---

<sup>33</sup> «К сожалению, в связи с охватившей общество рыночной эйфорией и бездумной имплантацией рыночных отношений в здравоохранение, разница между медицинской помощью и медицинской услугой в общественном сознании целенаправленно стирается. Врач ставится на одну доску с парикмахером и другими представителями коммунально-бытовых услуг, чем попирается святость врачевания, его гуманизированной жизнесохраняющая, общесоциальная функция», изложено в одном из научных статей. // Закирова С.А. Модель цены медицинских услуг // Здравоохранение Российской Федерации. – 1996. - №5. с.25.

<sup>34</sup> См. Конституция Республики Армения с изменениями. Принята 06.12.2015г. // Ст.1.

обеспечивающую достижимый высокий уровень физического и ментального здоровья населения.

Далее, ст. 85-ой Конституция РА устанавливается право каждого на охрану здоровья<sup>35</sup>.

Следовательно, само понятие «медуслуга» является конституционной формулировкой.

Сперва законодатель вводит понятие «право на охрану здоровья», уже выступающей обязанностью государства по осуществлению направленных на «охрану здоровья» (иными словами здравоохранения) программ, далее законодательно вводится установка «основные бесплатные медицинские услуги» как залог осуществления права любого на охрану своего здоровья. Приведённое в Юридической энциклопедии определение ученого Согомоняна М.Р. характеризует здравоохранение как «систему охраны здоровья, медуслуг, помощи и обслуживания, организации здравоохранения, а также систему по улучшению показателя здоровья населения. Основная функция в регулировании системы здравоохранения принадлежит государству, которая реализуется посредством государственных органов, государственных и частных здравоохранительных медорганизаций и включает в себя различного характера меры: медицинские, правовые, экономические, санитарные и гигиенические, научные, политические, социальные, спортивные»<sup>36</sup>.

Далее законодатель указывает на основную составную часть права охраны здоровья – «медицинскую услугу». В Конституции РА, принятой на референдуме от 05.07.1995 г., понятие медуслуги отсутствовало, вместо него были использованы понятия «медицинская помощь и обслуживание»<sup>37</sup>. В дальнейшем, с изменениями, внесёнными в Конституцию от 27.11.2005 г., норма «Об Охране здоровья» была дополнена положением, устанавливающим права любого на безвозмездное получение основных медуслуг, перечень и порядок предоставления которых устанавливаются

---

<sup>35</sup> См. там же. Ст.85: «Каждый в соответствии с законом имеет право на охрану здоровья. Законом устанавливается перечень и порядок оказания основных бесплатных медицинских услуг».

<sup>36</sup> Юридическая энциклопедия / Руководитель авторского коллектива – др. юр. наук, проф. Хачатуров Р.Л.; Под общей редакцией д-ра юр. наук, засл. проф. РАУ Цагикяна С. Ш., - Ер: Российско – Армянский Университет, 2017. – 912 с.

<sup>37</sup> См. Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995 // Ст.1.

отдельным законом<sup>38</sup>. Тем самым, впервые в РА на конституционном уровне ввелось понятие медуслуги. В дальнейшем термин «медицинские услуги» также был перенесён и в действующую ныне Конституцию РА от 06.12.2015 г., в ст. 85.

Данные конституционные положения являются фундаментом для правового регулирования предоставления медуслуг в РА, а законы, подзаконные акты выступают надстройкой. Таковыми являются: Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» от 04.03.1996 г., являющийся одним из наиболее важных и всеохватывающих актов для рынка медуслуг РА, в частности, и здравоохранительной системы в целом. Этим актом определяются основные понятия, устанавливаются права человека сферы медпомощи и медобслуживания, вводится перечень лиц, уполномоченных осуществлять медпомощь, обуславливается их деятельность, регламентируются права и обязанности последних, раскрываются специальные формы и виды различных организаций медпомощи и обслуживания населения.

Решение Правительства от 4 марта 2004 г. № 318-Н определяет порядок организации бесплатной или льготной гарантированной государственной медицинской помощи по госзаказу и записи граждан в очередь, а также порядок оказания и способы финансирования подобных мероприятий и т.д. В области регулирования рассматриваемой нами сферы важное место занимают и иные правовые акты нормативного характера: Закон РА «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 16.04.2002 г.; Закон РА «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах человека» от 11.12.2002 г.; Закон РА «Об обеспечении санитарно-эпидемиологической безопасности населения РА» от 16.11.1992 г., ряд приказов Минздрава РА, а также иные гражданско-правовые акты по вопросам координации рынка сферы медуслуг.

Названные законы как регуляторы общественных отношений выполняют наиважнейшую роль в процессе создания эффективной здравоохранительной системы в стране, тем же временем они носят более локальный, внутригосударственный характер, следовательно, с целью получения всеобщих представлений об источниках

---

<sup>38</sup> См. Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995. (с изменениями по 27 ноября 2005 года) // Ст.38.

правового регулирования рынка медуслуг требуется исследование таких всемасштабных актов, как конвенции, международные соглашения, декларации.

Итак, порядок и другие стороны рынка оказания медпомощи и медуслуг, здравоохранительной системы в целом, определяются рядом внутринациональных актов, которые являются абстракцией от международных договоров. Из них необходимо обособить следующие: Европейскую социальную хартию от 03.05.1996 г., Международный пакт «Об экономических, социальных и культурных правах» от 16.12.1966 г., Конвенцию №102 «О минимальных нормах социального обеспечения» от 28.06.1952 г., Лиссабонскую декларацию о правах пациента от сентября/октября 1981 г., Международный кодекс медицинской этики от октября 1949 года. Итак, рассмотрим каждый в отдельности.

В порядке очередности, представленной выше, рассмотрим первой Европейскую социальную хартию.

Частью I Хартии устанавливаются две основные статьи по правам человека в медицинской области – «на охрану здоровья»<sup>39</sup> и «на медицинскую и социальную помощь»<sup>40</sup>.

Ст. 11 Хартии определяет виды необходимых мер в сфере здравоохранения<sup>41</sup>.

Право же на медицинскую и социальную помощь Хартией рассматривается в качестве права любого, не имеющего достаточных материальных средств, на социальную и медицинскую помощь. Порядок регуляции исследуемого вида права закреплен в ст.13<sup>42</sup>.

---

<sup>39</sup> Право на охрану здоровья здесь определяется как право, «присущее каждому человеку, пользоваться любыми средствами, позволяющими ему поддерживать свое здоровье в наилучшем возможном состоянии». Европейская социальная хартия (пересмотренная): [принята в г. Страсбурге 3 мая 1996 г.] // Бюллетень международных договоров. 2010. № 4. С. 17-67. Часть I.

<sup>40</sup> См. там же.

<sup>41</sup> Европейская Социальная Хартия (пересмотренная) (Страсбург, 3 мая 1996 г.) ETS N 163. Часть II. Ст. 11: «В целях обеспечения эффективного осуществления права на охрану здоровья стороны (страны-участники) обязуются принять, непосредственно или в сотрудничестве с государственными или частными организациями, соответствующие меры, направленные, в частности, на:1) устранение, насколько это возможно, причин нездоровья;2) предоставление услуг консультационного и просветительского характера, направленных на укрепление здоровья и здорового образа жизни и на развитие чувства личной ответственности за свое здоровье;3) предотвращение, насколько это возможно, эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также несчастных случаев».

<sup>42</sup> См. там же. Часть II. Ст. 13: «В целях обеспечения эффективного осуществления права на социальную и медицинскую помощь стороны обязуются:1) обеспечить, чтобы любому лицу, которое не имеет достаточных средств к существованию и которое не в состоянии ни добыть их своими собственными усилиями, ни получить их из других источников, в частности, за счет выплат в рамках системы социального обеспечения,

Обращая внимание на представленную выше ст. 11 Хартии, нетрудно заметить, что охрана здоровья (поддержание прав на нее) требует активного участия всех субъектов.

Относительно того, что физическое лицо как субъект должен/может выступать активным участником рассматриваемого права, свидетельствует положение о возможности любого лица использования любых практически средств для поддержания состояния здоровья в лучшем качестве<sup>43</sup>.

Иным субъектом права по охране здоровья, являются специальные медучреждения. Участие юридических лиц в виде образований, предоставляющих медицинские услуги (больницы, госпитали, медицинские центры, поликлиники, и т.д.) в основном прослеживается в пункте 2 ст. 11<sup>44</sup> и п. 3 той же статьи<sup>45</sup>. Безусловно, всё вышеперечисленное становится возможным для осуществления лишь при непосредственном содействии и сотрудничестве с государством.

Ещё более фундаментальное участие государства проявляется в ст. 13 о «праве на социальную и медицинскую помощь», где последнее является ответственным за создание, деятельность и регулирование эффективного механизма, делающего доступным получение всеми слоями населения социальной и медицинской помощи. Данное разностороннее взаимодействие в пункте схождения интересов и образует эффективную систему здравоохранения.

Весьма идентичным (в рассматриваемом аспекте) с «Европейской социальной хартией» является Международный пакт «Об экономических, социальных и

---

предоставлялась соответствующая помощь, а в случае болезни - уход, необходимый в его состоянии;2) обеспечить, чтобы лица, пользующиеся подобной помощью, не ущемлялись в этой связи в своих политических и социальных правах;3) предусмотреть, чтобы каждый человек через посредство соответствующих государственных или частных служб мог получить такую консультативную и индивидуальную помощь, какие могут потребоваться, чтобы предотвратить, устранить или облегчить материальную нужду лично его и его семьи;4) применять положения, указанные в пунктах 1, 2 и 3 настоящей статьи, на тех же условиях, что и к своим гражданам, к гражданам других Сторон, законно находящимся на их территории, в соответствии со своими обязательствами по Европейской конвенции о социальной и медицинской помощи, подписанной в Париже от 11 декабря 1953 года».

<sup>43</sup> Европейская Социальная Хартия (пересмотренная) (Страсбург, 3 мая 1996 г.) ETS N 163. Часть II. Ст. 11: «...право каждого человека пользоваться любыми средствами, позволяющими ему поддерживать свое здоровье в наилучшем возможном состоянии...».

<sup>44</sup> См. там же. Прямая формулировка: «...предоставление услуг консультационного и просветительского характера...».

<sup>45</sup> См. там же. Прямая формулировка: «...предотвращение, насколько это возможно, эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также несчастных случаев...».

культурных правах», принятый 16 декабря 1966 г., закрепляющий право и меры по охране здоровья личности, получившие своё отражение в ст. 12. Здесь же определяются и необходимые для реализации исследуемого вида права условия<sup>46</sup>.

Следующим подлежащим исследованию источником является Конвенция №102 «О минимальных нормах социального обеспечения» от 28.06.1952 г.

В рамках данной Конвенции следует выделить 3 основных раздела, устанавливающих случаи и порядок получения медпомощи и подлежащих выплате пособия:

- медпомощь;
- пособие на случаи заболевания при реализации профобязанностей или трудовых увечий;
- пособие по беременности и родам<sup>47</sup>.

Также здесь устанавливаются социально-ориентированные, гуманные условия предоставления медпомощи лечебного, профилактического характера; очерчивается круг лиц, обладающих правом получения пособий, создающие минимальный уровень социального обеспечения в странах-участницах данной Конвенции.

Право охраны здоровья является комплексом мер и взаимоотношений пациент-врач. С обеих сторон присутствуют взаимные права и обязанности. В арсенале международных договоров есть в наличии два весьма весомых, устанавливающих этических, моральных и общественно приемлемых норм поведения врачей, пациентов – «Лиссабонская декларация о правах пациента» и «Международный кодекс медицинской этики». Следует заметить соответствие прав одной стороны обязанностям другой, и наоборот.

---

<sup>46</sup> Конвенции ООН: Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года. Часть III. Ст. 12: «1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. 2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для: 1) обеспечения сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребенка; 2) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности; 3) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними; 4) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни».

<sup>47</sup> См. Конвенция №102 о минимальных нормах социального обеспечения от 28 июня 1952 года. Женева, Швейцария.

Итак, Лиссабонская декларация о правах пациента от октября 1981 г. устанавливает перечень основных полномочий пациента<sup>48</sup>. Общим для перечня принципом является возложение на врача обязанности действовать в интересах пациента, руководствуясь своей совестью и этическими, юридическими и практическими нормами страны, где он практикует<sup>49</sup>.

Определенный Декларацией перечень признается практически всем медицинским сообществом. Примечательно то, что рассматриваемая Декларация и в случае нарушения определенных ею полномочий пациента государством (на законодательном уровне), правительством (на практике) обязанность по их восстановлению и соблюдению возлагает на врачей<sup>50</sup>.

Перечень этот устанавливает следующий круг прав пациента:

1. свободного выбора врача;
2. на имеющего гарантии независимости врача
3. соглашаться с лечением или отказываться от предлагаемого ему лечения;
4. на конфиденциальность;
5. на достойную смерть;
6. на получение или отказ от духовной либо какой-либо иной моральной поддержки религиозными представителями<sup>51</sup>.

«Международный кодекс медицинской этики»<sup>52</sup>, принятый в октябре 1949 года, является следующим по очередности представления источником, в котором в общем закреплены обязанности врачей:

---

<sup>48</sup> Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981.

<sup>49</sup> Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко // «Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Приложение 1. Медицинские кодексы в этике» // Стр. 139. // М.: ММСИ, 1995. – 239 с.

<sup>50</sup> См. там же. Прямое изложение текста: «Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными способами восстановить их и обеспечить их соблюдение».

<sup>51</sup> Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981. Текст: «1) пациент имеет право свободно выбирать врача, 2) пациент имеет право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях, 3) пациент имеет право, получив адекватную информацию, согласиться на лечение или отказаться от него, 4) пациент имеет право рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как к конфиденциальной, 5) пациент имеет право умереть достойно, 6) пациент имеет право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее».

1. постоянное профессиональное совершенствование;
2. руководство идеей «благо пациента», а не личными или иными интересами;
3. сострадания и уважения человеческого достоинства пациента и учет всех иных аспектов медпомощи;
4. искренности с пациентом и верховенства честности, а не коллегиальной поддержки;
5. уважения коллег, медперсонала и в первую очередь прав пациента; соблюдения «врачебной тайны»;
6. применения мер, ухудшающих психическое или физическое состояние пациента исключительно в его интересах;
7. предусмотрительности в вопросах предоставления информации о новых открытиях, новых технологиях и методах лечения непрофессиональным источникам;
8. личной убежденности<sup>53</sup>.

Кодекс устанавливает и признает несовместимыми с медико-этическими нормами условия, сформулированные в виде принципов:

1. непредусмотренная внутринациональным законодательством самореклама
2. получение определенного вознаграждения из какого-либо неофициального источника за направленного к врачу пациента либо за направление им к иному врачу/специалисту, либо какое-либо лечебное учреждение;
3. без достаточных на то оснований проведение того или иного лечения<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> Принят 3ей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 года, дополнен 22ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

<sup>53</sup> Александров А.А. // «Биомедицинская этика в системе последилового образования врачей: учеб.-метод. Пособие» // А.А. Александров, Т.В. Мишаткина., Т.В. Силич / под ред. Г.Я. Хулупа. – Мн.: БелМАПО, 2008. – 134 с. Международные документы по биоэтике: Международный кодекс медицинской этики. Прямое изложение текста: «1) врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты, 2) принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов, 3) вне зависимости от профессиональной специализации, врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, 4) врач должен быть честен с пациентом и коллегами. Он не имеет права покрывать коллег, обманывающих своих пациентов, 5) врач должен уважать права пациента, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну, 6) врач может осуществить вмешательство, способное ухудшить физическое или психическое состояние пациента лишь в интересах последнего, 7) врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы, 8) врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично».

При установлении круга обязанностей врача Кодекс фактически подразделяет их на 2-е группы:

- по отношению к пациенту
- по отношению к коллегам.

В число обязанностей врача 1-ой группы Кодексом включены также:

1. обязанность врача на использование всего своего профессионального потенциала, а в случае необходимости (за неимением профвозможностей) обращаться к иным более компетентным врачам;
2. хранение врачебной тайны посмертно;
3. оказание «ургентной помощи»<sup>55</sup>.

В рамках же 2-ой группы обязанностей врача выделяются:

1. обязанность врача формировать в отношении других врачей такое поведение, какое бы хотелось, чтоб проявляли к нему самому;
2. запрет на переманивание пациентов;
3. соблюдение установленных и одобренных Всемирной Медицинской Ассоциацией принципов Женевской Декларации<sup>56</sup>.

Данные положения Лиссабонской декларации «О правах пациента» и Международного кодекса медицинской этики отражены и в положениях ГК РА и ряда законов, из которых наиболее относимым со сферой исследования является Закон РА «О Медицинской помощи, обслуживания населения» от 04.03.1996 г.

---

<sup>54</sup> См. там же. Прямой текст: «1) самореклама, если она специально не предусмотрена законами страны и этическим кодексом Национальной Медицинской Ассоциации, 2) выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получением платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований».

<sup>55</sup> См. Международный кодекс медицинской этики. Принят 3<sup>ей</sup> Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 года, дополнен 22<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года. Прямой текст: «1) с целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам, 2) смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну, 3) оказание ургентной помощи - человеческий долг врача».

<sup>56</sup> См. там же. Прямой текст: «1) по отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему, 2) врач не должен переманивать пациентов у своих коллег, 3) врач обязан соблюдать принципы Женевской Декларации, одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией».

Также следует отметить законопроект РА «О здравоохранении» от 08.02.2005 г, прошедшего первое чтение, отражающий положения ряда выше представленных международных договоров. Точнее, в нём получили отражение обязанности и полномочия медучреждений, медработников, а также права человека в здравоохранительной сфере. Также в данном законопроекте закреплено такое понятие, как «медицинская этика».

Лиссабонская декларация «О правах пациента», принятая в октябре 1981 г., и Международный кодекс медицинской этики, принятый в октябре 1949 г., являются фундаментальными началами для дальнейшего создания профессионального кодекса поведения врачей, известного на западе как “Professional Code of Conduct”, и исходными положениями для полноценного регламентирования качества. Отсутствие последнего, прямым образом связано с такими пробелами в сфере, как отсутствие лицензирования физических лиц, отсутствие единиц механизмов диагностики и лечения, отсутствие тщательного контроля за деятельностью и состоянием медучреждения после предоставления лицензии. Весьма важно отметить, что в нашей стране отсутствуют регламентированные единицы механизмов диагностики и лечения, что означает возлагаемую на врача излишнюю повышенную индивидуальную ответственность, ввиду единоличного установления диагноза и назначения дальнейшего лечения. Данный принцип некоторые специалисты, в особенности старой школы, не принимают, мотивируя, что «каждый больной требует индивидуального подхода», но в большинстве стран с развитым аппаратом здравоохранения существуют стандарты и критерии для диагностики больных и назначения лечения. В таком случае при правильном диагностировании, следуя стандартам, в случае непредвиденных обстоятельств (осложнения, смерть) ответственность не возлагается на врача, поскольку он действовал по пунктно, следуя стандартам, как инструкции. Данная система может сперва показаться менее гуманной, но взамен она обеспечивает юридическую сторону защиты врачей, являющихся уязвимыми в данном аспекте при нынешней системе.

Следует отметить, что выше представленные статьи Конституции и международных договоров являются правовым базисом для дальнейшей надстройки в

виде правовых регуляторов сферы здравоохранения. Безусловно, большинство норм, представленных выше, нашли своё фактическое отражение во внутринациональных правовых актах РА, таких как Гражданский Кодекс РА, Закон РА «О Медицинской помощи, обслуживания населения», Закон РА «О защите прав потребителей», законопроект РА «О здравоохранении», прошедший первое чтение, и т.д.

Однако существует проблема неполноценности, некомплементарности и не взаимосвязанности этих нормосодержащих официальных документов. Следствием того и является наличие проблем, связанных с механизмами правового воздействия или регуляции рынка медуслуг. Для разрешения проблемы неполноценности, некомплементарности и не взаимосвязанности нормосодержащих документов, на наш взгляд, необходима систематизация и кодификация норм, регуляторов области здравоохранения, в едином правовом акте в области медицинского права – Кодексе РА «О здравоохранении». Практика кодификации норм, регуляторов здравоохранительной сферы, широко распространена и используется как в странах с развивающейся системой здравоохранения (Республика Казахстан<sup>57</sup>, Республика Таджикистан<sup>58</sup>), так и с развитой (Французская Республика<sup>59</sup>). Процесс кодификации позволит не только систематизировать различные нормы в едином правовом акте, а также ввиду наличия структуры, позволит более детально обратиться к каждому регулятору отношений, тем самым повысив их эффективность и снизив количество судебных споров, возникающих при предоставлении медуслуг. Изучение отмеченных правовых актов приводит к выводу, что основными преимуществами создания единого кодифицированного правового акта в области здравоохранения являются выявление норм, а следовательно, и пробелов, в ходе учета и инкорпорации норм. К примеру, синтез прав и обязанностей сторон, задействованных в процессе осуществления медуслуг, из ратифицированных международных правовых актов и локальных законов, преобразование последних в договорные нормы с целью

---

<sup>57</sup> Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.)

<sup>58</sup> Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (Принят Постановлением МН МОРТ от 15 марта 2017 года, №712)

<sup>59</sup> Кодекс общественного здравоохранения Франции (Code de la santé publique, Dernière modification: 16/04/2018, Edition: 5/04/2018, 32ème édition)

повышения эффективности правоотношений, основанных на договоре. Более того, в ходе сбора и анализа действующих нормативно-правовых актов выявляются коллизии, ныне обусловленные разбросом регулирующих исследуемую сферу норм по отдельным документам. Также, в ходе учета и инкорпорации норм осуществляется оценка эффективности действия различных норм, призванных регулировать сферу, что весьма актуально ввиду динамичного развития рынка медуслуг, и действия правовых актов и терминологии, перешедших из нормативных актов СССР и не отражающих современные потребности правовых отношений, складывающихся при обращении за медицинскими услугами. В заключение данного процесса, с целью объединения эффективно действующих и содержащихся в разных актах норм в определённые разделы осуществляется консолидация разрабатываемого кодекса. Более того, при кодификации неизбежно в большей либо меньшей степени присутствуют методы правотворчества для дополнения пробелов в регуляции сферы, а также вносятся ощутимые изменения в действовавшие ранее нормы путем:

- разработки ряда новых редакций,
- объединения или воссоединения с другими нормами,
- привнесением предложений по признанию утратившими силу некоторых норм.

С помощью консолидации в отмеченных выше кодексах, призванных регулировать сферу здравоохранения, составлены весьма богатые списки понятий, используемых в различных нормах, вошедших в кодекс. Ввиду отсутствия в нормативно-правовых актах РА на данный момент подобного единого списка понятий, возникает необходимость рассмотрения, характеристики и классификации первостепенных объектов предпринимательских отношений на рынке медуслуг, чему и посвящен следующий параграф нашего труда.

### **1.3. Понятие медицинской услуги как объекта предпринимательских правоотношений (сравнительный анализ)**

Уяснение смысла и содержания «медицинская услуга», выступающего объектом отношений в сфере предпринимательства, требует конкретизации некоторых связанных с ней понятий и определения места последней в общей структуре здравоохранительной системы (как ее составной части).

Примечательно, что широко употребляемый научно и законодательно термин «здравоохранение» не имеет по сути своего законодательного определения.

Наиболее расширенное определение, конкретно характеризующее и, одновременно, дающее более широкое представление о здравоохранительной системе как комплексной, четко упорядоченной, структурированной совокупности различных элементов, вводится Всемирной Организацией Здравоохранения (далее ВОЗ). ВОЗ описывает систему здравоохранения как особую совокупность не только организаций, но и институтов и ресурсов, преследующих цель улучшения здоровья. При этом, определяя раскрываемый термин, ВОЗ обращается и к специальным средствам и условиям, необходимых для полноценного функционирования рассматриваемой системы. Это и надлежащая кадровая политика, точная политика финансирования, информирования и коммуницирования, политика внедрения специальных оборудований и материалов, иных технических и транспортных средств, а также всеобщее правильное и целенаправленное управление и руководство сферой. Условиями, приписываемыми к рассматриваемому понятию, выступают условия предоставления справедливых в финансовом контексте услуг, их чуткого реагирования на существующие потребности и основанных на уважительном отношении к человеку услуг<sup>60</sup>.

В специальной медицинской научной литературе, общепринятым является определение понятия «здравоохранение» как своеобразной общности социально-экономических и медицинских процедур, направленных не только на придерживание,

---

<sup>60</sup> Определение ВОЗ. Интернет ресурс: официальный веб-сайт ВОЗ <http://www.who.int/features/qa/28/ru/>

но и на повышение показателя здоровья населения в целом и каждого человека в отдельности<sup>61</sup>.

В юридической теории, здравоохранение рассматривается в качестве одной из функций государственных органов<sup>62</sup>.

Анализ категории «здравоохранение» показал, что неизбежно рассмотрение этого термина в 2-х аспектах: широком смысле и узком. В широком смысле – это берущая за основу охрану здоровья населения функция государства (социально-организованная), а в узком смысле – эта отдельная, самостоятельная отрасль.

Исходя из всего изложенного, понятие «**здравоохранение**» можно определить как «объект публичного управления и регулирования, представляющий собой как деятельность государства, так и открытый механизм мероприятий экономического, социального, санитарного и медицинского характера, реализовываемых уполномоченными на то организациями, с целью обеспечения высокого уровня здоровья населения посредством определения, превенции и лечения болезней; оказание высокотехнологичной и качественной медпомощи нуждающимся, а также обеспечение доступности получения помощи».

Главным общественно важным приоритетом, который реализуется государством посредством здравоохранительной системы, является охрана здоровья, подтверждением чему служит собственно формулировка «здравоохранение». Сущность «охраны здоровья» раскрывается в ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ. В п. 2 ст. 2 (основные понятия, используемые в ФЗ) закреплено положение о понятии «охраны здоровья»: совокупность реализуемых органами публичной власти, организациями, публичными и частными лицами различной направленности – общественной, научной, экономической, медицинской, правовой, санитарной, политической, противоэпидемической. Одновременно для полного уяснения смысла здесь же раскрываются и цели такой деятельности: сохранение и улучшение психического,

---

<sup>61</sup> Краткая медицинская энциклопедия: в 3-х т. АМН СССР / Гл. ред. Петровский Б. В. 2-е изд. - М., 1986. - Стр. 480.

<sup>62</sup> Баранов А.В. // «Теория государства и права: учебное пособие» // А. В. Баранов. — Томск: Эль Контент, 2012. Стр. 104.

физического состояния индивидов; обеспечение долголетия; профилактика заболеваний и оказание медпомощи<sup>63</sup>.

В РА в настоящее время аналогично рассмотренному выше российскому закону также действует отдельный закон («О медицинской помощи, обслуживании населения»), где смысл термина «охрана здоровья» так же, как и содержание самого термина «здоровье», не раскрываются.

Понятие «здоровье», изложенное в Уставе ВОЗ, представляется нам наилучшим, наиболее точным и характерным. Здесь в определении здоровье, в отличие от позиции российского законодателя, определяется как особое состояние (полноценного не только физического и душевного, но и социального благополучия). Примечательно то, что в выделенном определении, в продолжении, особое внимание обращено на то, что здоровье не должно рассматриваться только как состояние отсутствия каких-либо физических дефектов и болезней<sup>64</sup>.

Несмотря на то, что в Конституции РА (от 05.07.1995 г. – ст. 34, в ред. от 27.11.2005 г. и 06.12.2015 г. – ст. 85) закреплено право на охрану здоровья и как основы его реализации – право получения медицинской помощи, как в Конституции, так и при определении иных соотносимых понятий, закреплённых в ряде законов РА регулируемой сферы, также отсутствует определение и характеристики «здравоохранения». Однако, диспозиция нормы, указанной ст.85 Конституции РА является бланкетной, отсылающей к иным составляющим часть законодательства РА актам.

---

<sup>63</sup> Российская Газета. Опубликовано 23 ноября 2011г. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года. П. 2 Ст. 2: «охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи»

<sup>64</sup> Устав (Конституция) принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке с 19 июня по 22 июля 1946 г., подписан 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100) и вступил в силу 7 апреля 1948 года.

Так, одним из них является Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 г. Здесь в ст. 1 законодатель обращается к термину «медицинская помощь», раскрывая при этом ее смысл и значение.

Согласно законодательной формулировке медпомощь включает в себя не только разные виды помощи (медикаментозная, лечебная, превентивная), но и другие действия (медэкспертизы, диагностика и их исследования, восстанавливающее лечение), а обслуживание – кроме известных, парамедицинские и нелечебные услуги<sup>65</sup>.

Из изложенного прямо следует, что медпомощь является составным элементом здравоохранительной системы, а медуслуги в свою очередь входят в содержание медицинской помощи.

Более наглядно данная связь представлена на рисунке ниже (Рис.1).



Рис.1. Соотношение понятий в сфере здравоохранения и медицины<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 года. Ст. 1: «оказание населению профилактической, лечебной, лекарственной помощи, проведение диагностических исследований, реабилитационного лечения, медицинской экспертизы, оказание услуг парамедицинского и других услуг не лечебного характера»

<sup>66</sup> См. Рожкова Е. В. // «Медицинские услуги: понятие и особенности» // г. Ульяновск: Ульяновский государственный университет. Стр. 14. 2011 г.

На диаграмме наглядно представлено, здравоохранение – это крайне широкая система, включающая в себя различные сферы. Это сама медицина, медпомощь, меддеятельность, медуслуги, медобслуживание. Рассмотрим их в отдельности.

Следующей за здравоохранением (по охвату иных сфер) областью является медицина, которая в соответствии с общепринятым определением характеризуется:

- как общность исследующих болезни и схемы их лечения наук,
- как практическая часть, разрабатывающая механизмы сохранения, улучшения и реабилитации здоровья.

Медицинская помощь – термин, использованный в конституции РА<sup>67</sup>, составляет подотрасль медицины (как науки), и соответственно здравоохранения, являясь практической стороной (частью) медицины, включает в себя исключительно практические действия.

В России законодательно медпомощь характеризуется не только как совокупность реализуемых на практике процедур по сохранению, восстановлению здоровья, но и по осуществлению медуслуг<sup>68</sup>.

Аналогичное определение содержится и в законодательстве РА. Выше конкретно приводится данное определение, сформулированное, как уже было отмечено, в ст.1 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» от 1996 г.

Излагаемым определением медпомощи (причем, здесь по смыслу приравниваются категории «медпомощь» и «обслуживание») устанавливается широкий спектр относящихся к данной сфере мероприятий. Ввиду примененной в исследуемой норме формулировки «и другие...» (касательно услуг, не носящих лечебный характер), список данного комплекса мер является открытым, и представляется неисчерпывающим перечнем. В то же время законодатель, применивший словосочетание «услуги нелечебного характера» не уясняет их содержания и признаки.

---

<sup>67</sup> См. Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995. (с изменениями по 27 ноября 2005 года)// Ст.38.

<sup>68</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017): «медицинская помощь – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг».

На данный счёт в армянской правовой литературе присутствует исследование Малхасяна А.Г., отметившего, что в законодательной системе РА не содержится каких-либо других норм, которые были бы соотносимы со словосочетанием «иные нелечебные услуги». Даже в специальной юридической литературе не исследован и объем данного понятия. Не сформирована и правоприменительная практика относительно данного вида услуг.

С учетом сложившейся ситуации, единственным источником, выступающим базисом для уяснения содержания термина «иные нелечебные услуги», представляется сам Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения». Раскрыть смысл и содержание, выявить признаки этого проблемного термина можно исключительно посредством применения правил и техники толкования нормативных актов, выраженных в законе РА «О правовых актах». Ст. 86-ой устанавливается специальная техника, основанная на literalном толковании, т.е. выявления literalного смысла применяемых в актах слов и формулировок<sup>69</sup>.

А.Г. Малхасян, исследуя указанную проблему, пришел к выводу, что «иные нелечебные услуги» представляют собой особый вид услуг, не преследующих цель:

- полной ликвидации или улучшения различного рода заболеваний или их проявлений;
- прогрессирования состояния пациента, его реабилитации или поправку его здоровья, трудоспособности и благосостояния<sup>70</sup>.

Однако, продвигаясь подобным методом исключения, перечень возможных услуг, подпадающих под такое определение, не сузится. По данной проблематике мы полностью разделяем мнение А.Г. Малхасяна, что использование подобного термина без ссылок либо иных дефиниций противоречит принципу правовой определенности, фундаментального для любого правового государства<sup>71</sup>, и что данный термин должен быть исключен из нормы. Поскольку его присутствие не выражает никакого смысла,

---

<sup>69</sup> Малхасян А. Г. «Некоторые проблемы определения понятий «медицинская деятельность» и «оказание медицинской помощи»: сравнительно-правовой анализ законодательства Российской Федерации и Республики Армения». Теория и практика общественного развития. 2017 г.

<sup>70</sup> См. там же.

<sup>71</sup> Решение Конституционного суда Республики Армения от 4 февр. 2014 г. [Электронный ресурс]. С. 12. URL: <http://www.concourt.am/armenian/decisions/common/2014/pdf/sdv-1137.pdf> (дата обращения: 09.04.2017).

воздействующего на значение нормы, более того, наоборот, создаёт конфуз для обычного читателя, не говоря уже о специалистах и правоприменителях. По этому поводу весьма уместно привести мнение И.А. Ильина, который в качестве приоритетной задачи права признал необходимость разработки таких правил поведения, которые любое разумное существо мог бы подразумевать заранее и постоянно<sup>72</sup>.

Вторым пунктом той же ст.2 определяется круг субъектов уполномоченных на оказание медпомощи. Они подразделяются на 2-е категории:

- физические лица, индивидуальные предприниматели;
- юридические лица вне зависимости от организационной формы, не имеющие статус юридических лиц предприятия<sup>73</sup>.

Представляется вполне положительным эта позиция армянского законодателя. Некоторые страны СНГ, законодательно определяя понятие медицинской помощи, пренебрегают фактом необходимости четкого очерчивания круга ее субъектов (например Республика Таджикистан<sup>74</sup>). Даже при такой постановке проблемы, очевидным становится наличествующий в РА правовой пробел, поскольку законодатель лишь в общем описывает круг субъектов медпомощи, т. е. в общем, – специалистом, лицензированным на оказание данного вида обслуживания. Данное положение находит свое подтверждение в положениях Амстердамской Декларации «О политике в области обеспечения прав пациента в Европе»<sup>75</sup>, ст. 7 которой также обращается к понятию и сущности термина «медицинская помощь». Так она характеризуется здесь как врачебные, сестринские или связанные с ними какие-либо иные услуги, носителями которых являются их производители, лечебно-профилактические учреждения. При этом, нормы следующего пункта

---

<sup>72</sup> Ильин И.А. // «Общее учение о праве и государстве» // М.: «Хранитель АСТ», 2006. С. 124.

<sup>73</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 года. Ст. 2: «Лицо, осуществляющее медицинскую помощь, обслуживание – физическое и юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или не имеющее статуса юридического лица предприятие, независимо от организационно-правового вида и формы собственности, получившие в установленном законодательством Республики Армения порядке лицензию, оказывающие определенные виды медицинской помощи, обслуживания населению».

<sup>74</sup> Набиджанова З. К. // «Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг» // Дисс. канд. юрид. наук, Душанбе. 2015. Глава 1. Параграф 1.1. Стр.20

<sup>75</sup> Амстердамская декларация «О политике в области обеспечения прав пациента в Европе». Принята Европейским совещанием по правам пациента 30.03.94 г. // Ст. 7 – Определения.

рассматриваемой статьи фактически перечисляют и субъектов, подпадающих под понятие «производители медуслуг». Это и врачи, и дантисты, и сестры, и представители других профессий сферы медицины. Указанное дает основание для следующего умозаключения: медпомощь представляет собой объединение профуслуг медицинского характера, предоставляющаяся квалифицированным персоналом. С учетом динамику развития робототехники, не обошедшей стороной и медицину, в настоящее время становится весьма актуальным определение статуса роботов, входящих в круг субъектов по предоставлению медуслуг. Представляется необходимым и должным включение последних в «персонал», их соответствие условию «квалифицированности», установление критерий, которого также нуждается в дальнейшем изучении.

Вышеприведенное положение находит обоснование и в ряде работ юридино-медицинской науки, в монографиях профессоров: д.м.н. Сергеева Ю.Д.<sup>76</sup>; д.ю.н. Мохову А.А.<sup>77</sup>; д.ю.н. и д.м.н. Пищиты А. Н., проведших ряд других глубоких исследований в сфере медицинского права<sup>78</sup>; и т.д.

Важно заметить, что практически везде выделяемое для медпомощи качество и характеристика «профессиональности» вовсе не означает допустимость ее оказания некомпетентными субъектами. Основанный на исследованиях спецлитературы данный вывод позволяет выделить *еще одну проблематичную сторону* медпомощи, а именно: допустимость и соотносимость правомерности оказания первой необходимой медпомощи (н.р., пострадавшим на месте происшествия) неуполномоченными на то законом лицами за неимением специализации.

---

<sup>76</sup> Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. // «Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. Гражданско-правовые аспекты» // М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. - С.16. В частности, «медицинскую помощь могут осуществлять определенный круг лиц в рамках своей деятельности, основанной на праве».

<sup>77</sup> Мохов А. А. // «Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности» // М.: «Юридический Центр», 2003. - С. 61. Позиция заключается в следующем: «Медицинскую помощь может осуществлять специально подготовленное для этих целей лицо (врач, фельдшер, медицинская сестра и т.д.)».

<sup>78</sup> Пищита А. Н. // «Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты» // М.: ЦКБ РАН, 2008. - С. 50. Интересным представляется мысль, согласно которой «медицинская помощь оказывается посредством общественных отношений и реализации прав граждан, закрепленных в законодательстве, где особо обращается внимание на исполнение корреспондирующих с правами граждан именно профессиональных обязанностей медицинских работников».

Именно поэтому появляется необходимость подразделения медпомощи на 2 вида:

– профессиональную, характеризующуюся именно как медицинская деятельность;

– непрофессиональную, которая по сути должна вмещать определённые виды помощи, выделенных ученым А.В. Дроздовой в одной из научных статей:

а) первичная, реализуемая при несчастных случаях (н.р., различного рода травмы, внезапное ухудшение здоровья, или другие случаи невозможности оказания профмедпомощи в силу объективных причин;

б) оказываемая детям со стороны родителей, в частности, матерей, н.р., бытовое лечение простых болезней (простуды, какие-либо заболевания, лечение которых включает распространённые и общеизвестные методы, небольшие ушибы). Такое право родителей фактически прямо закреплено в ст. 36 Конституции РА<sup>79</sup>;

3) оказываемая пожилым родителям совершеннолетними детьми, выражающаяся в уходе за ними;

4) реализуемая в силу убеждений представителями религиозных организаций реабилитация<sup>80</sup>.

Более того постепенно некоторыми учёными<sup>81,82</sup> вводится в научный оборот вызывающий интерес термин «полупрофессиональная медицинская помощь», которая представляет грань между указанными выше 2-мя видами медпомощи. Применение данного термина позволит включить в круг рассматриваемых субъектов и представителей полиции, самих пожарных, спасателей, бортпроводников, действующих при чрезвычайных ситуациях. Ведь в сфере обязанностей представителей данных профессий входит и обязанность прохождения обучения и умения оказывать срочную медицинскую помощь.

---

<sup>79</sup> Конституция Республики Армения с изменениями. Принята 06.12.2015г. Ст. 36: «Родители имеют право и обязаны заботиться о воспитании, **здоровье**, полноценном и гармоничном развитии и об образовании своих детей».

<sup>80</sup> Дроздова А.В. // «Понятие медицинской услуги как гражданско-правовой категории» // Сибирский юридический вестник. – 2004. - №3. Электронный каталог библиотеки юридического факультета научной библиотеки им. Горького СПбГУ: <http://www.law.edu.ru/doc/document.asp?docID=1182971>

<sup>81</sup> См. там же.

<sup>82</sup> Рожкова Е.В. // «Медицинские услуги: понятие и особенности» // Современные исследования социальных проблем, 2011, № 3.

Как особая категория, составляющая медицинской помощи, выделяется широко применяемая формулировка «первичная помощь», выражающаяся в исполнении простейших медицинских действий по:

- сохранению жизни,
- ликвидация угроз и опасностей для здоровья,
- удерживание, стабилизация жизненно-важных функций пострадавших при несчастных случаях.

Этот вид деятельности может быть осуществлен как специально уполномоченным на то медперсоналом, так и обычными, не имеющими специальных медицинских познаний и лицензии, лицами.

Ввиду изложенного представляется необходимым нормативное определение видов, границ и условий «первичной помощи» с целью обеспечения дальнейшего контроля и правильной регламентации.

Следующее, подлежащее рассмотрению, звено (вид) медпомощи – медицинская деятельность. Основным смысловое разграничение понятий «медицинская деятельность» и «медицинская помощь» проявляется в регулярном, платном характере, а медпомощь, основанная на Клятве Гиппократата, имеет социальную ориентированность. А по определению же известного правоведа А.В. Павлова меддеятельность представляет собой общность разработанных в медицине стандартов поддержания, упрочнения психического и физического здоровья человека, повышения продолжительности его жизни и оказания медпомощи уполномоченными на то специализацией медицинскими учреждениями, практикующимися врачами<sup>83</sup>.

В РА отсутствует законодательное определение исследуемого понятия. Однако для сравнения отметим, что структурно и концептуально схожей с РА здравоохранительную систему имеет Республика Казахстан, законодательство которой содержит определение «медицинская деятельность». Характеризуется оно как разворачиваемая лицами (как физическими, так и юридическими) деятельность по

---

<sup>83</sup> Павлов А. В. // «Гражданско-правовые аспекты оказания медицинских услуг» // Сыктывкар: Изд-во Сыктывкарского ун-та, 2004. С. 21.

охране гигиены индивидов. Причем к физлицам предъявляется образовательный ценз: наличие медобразования (высшее или среднее профессиональное)<sup>84</sup>.

Такая установка означает приоритетным направлением меддеятельности является охрана здоровья.

К определению меддеятельности обращается и российский законодатель, который придает последней специфическую направленность. Меддеятельность здесь рассматривается не просто как профдеятельность, связанная с предоставлением медпомощи. К мерам, составляющим меддеятельность, российским законодателем отнесены также выполняемые в медицинских целях действия в сфере:

- медэкспертиз;
- медосмотров; медицинских освидетельствований;
- санитарно-противоэпидемических мероприятий, в т.ч. профилактического характера;
- пересадки органов и (или) тканей, обращения донорской крови и (или) ее компонентов, так называемой трансплантации<sup>85</sup>.

Фактически законодателем узко конкретизирован круг действий, составляющих содержание меддеятельности, а сам перечень их видов представлен исчерпывающе: очерчены рамки видов деятельности, которые могут быть признаны медицинскими и могут подлежать регулированию практически только законодательством о медицинской деятельности.

Несмотря на то, что законодательством РА не определяется «медицинская деятельность», однако им субъекты, обладающие правом «врачебной деятельности». Таковыми являются:

- имеющие не только соответствующее образование лица, но и соответствующую специализацию,
- приобретшие в определенном государством порядке лицензию лица<sup>86</sup>.

---

<sup>84</sup> Закон Республики Казахстан от 4 июня 2003 года N 430-III «О системе здравоохранения» (с изменениями, внесенными Законом РК от 20.12.04 г. N 13-III). Информация с официального сайта: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z030000430/history>

<sup>85</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017). Ст. 2, часть 1, пункт 10.

Фактически правом на реализацию медицинской деятельности обладают исключительно специалисты.

Вместе с тем, анализ ст. 280 УК РА, устанавливающей запрет на занятие частной медицинской, обратим внимание, *не деятельностью, а практикой* или частной фармацевтической, но уже, деятельностью при наличии ряда иных условий (отсутствие регистрации или лицензии и наличие конкретных последствий в виде причиняемых по неосторожности: в ч.1 вреда здоровью человека, а далее – уже смерти)<sup>87</sup>.

Фактически в законодательстве РА полностью отсутствует понятие «медицинская деятельность», и это, по нашему мнению, является пробелом.

Исходя из всего изложенного, с учетом анализа научной, правовой, медицинской литературы, представляется необходимым включение в содержание перечня понятий, используемых в Законе РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» категории «медицинская деятельность» в следующей, разработанной автором данного исследования, редакции:

*«Медицинская деятельность – это форма профессиональной деятельности, содержание которой составляет деятельность организаций и частных лиц в сфере здравоохранения, требующая определенной квалификации и правового поведения, урегулированного нормами медицинского права в Республике Армения».*

**Медицинская услуга**, подсистема сферы здравоохранения, термин, содержащийся в ст. 85 самой Конституции РА, так и не получил должного и четкого определения в списке нормативно-правовых актов РА. А ведь это широко используемое понятие нашло применение и в Постановлении Правительства РА от 21.12.2006 №1841-Н «Об утверждении графика разработки стандартов качества и технических стандартов медицинских услуг», где также не удостоился должного подхода.

Опять же обращаясь к законодательству РФ, насыщенному определениями терминологии, использованной в нормах, исследуем в содержательном контексте это

---

<sup>86</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 года. Глава 3 и в частности ст.18.

<sup>87</sup> УК РА, принят 18.04.2003. Глава 26 - Преступления против здоровья населения. Ст. 280. Пункт 1,3.

понятие. В определении своем медуслуга приравнивается по смыслу к носящему самостоятельный законченный характер вмешательству или его совокупности:

- профилактической направленности;
- диагностической направленности;
- лечебной направленности;
- восстановительной направленности<sup>88</sup>.

Медуслуга отправной точкой данного исследования, является составным элементом всех структурных частей здравоохранительной системы и обладает такими признаками, как: взаимосогласованность действий сторон; возмездность.

Первоначально для полного уяснения смысла и содержания медуслуги, представляется необходимым исследование самого понятия «услуга», являющегося по определению ГК объектом (видом) гражданских прав (наряду с работой)<sup>89</sup>. По определению ст. 777 ГК РФ услуга – это разворачивание какой-либо деятельности или выполнение каких-либо действий<sup>90</sup>.

Отсюда вывод: понятия «услуга», «действие», «деятельность» рассматриваются как синонимичные друг другу и отождествляются.

Касательно соотношения понятий «работа» и «услуга», то здесь позиции ученых неоднозначны. Некоторые ученые признают их в качестве идентичных, однородных, в то время, как другие выделяют четкие границы между ними.

Представим наиболее для нас приемлемое разграничение, разработанное д.ю.н., профессором С.Э. Жилинским в одном из трудов: работа здесь описывается как трудовой процесс, результатом которого становятся предметы материального мира. Услуги, сопровождаемые определёнными усилиями, не находят выражения в материальном мире<sup>91</sup>. Такая грань была проведена издавна, еще в рамках римского права.

---

<sup>88</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017). Ст. 2, пункт 4.

<sup>89</sup> Гражданский Кодекс РФ от 05.05.1998г. // Официальный Вестник РФ 1998 г. Глава 7. Ст. 132.

<sup>90</sup> См. там же. Глава 39. Ст. 777. Пункт 1.

<sup>91</sup> Жилинский С. Э. // «Предпринимательское право (правовая основа предпринимательской деятельности)» // М.: «Норма-Инфра», 2001. - С. 154-155. В продолжение отмеченного в тексте: «Услуги лишь увеличивают стоимость уже созданных предметов, восстанавливают его утраченные свойства, удовлетворяют духовные и иные нематериальные потребности людей».

Западными учеными выделяются следующие присущие всем разновидностям услуг признаки:

- несохраняемость,
- неотделимость производства и потребления,
- непостоянство качества,
- неосвязаемость<sup>92</sup>.

Все эти характеристики приписываются и медицинским услугам как отдельной особой разновидности услуг.

Но ввиду специфики медуслугам присущи и иные качества.

Интересным и приемлемым в рамках данного исследования признаем определение С.А. Столярова, широкой по смыслу и конкретного краткого по стилю изложения. Так, в изученной монографии медуслугой признаются проявляемые в различных формах действия, основанные на идее пользы потребителя, т.е. пациента и цели перемены или поддержания состояния здоровья, как психического, так и физического<sup>93</sup>.

Выделяются, в целом, 3 критерия определения свойств медуслуг:

I. *профессиональный характер*, позволяющий в числе медуслуг выделять именно услуги, оказываемые специально квалифицированными лицами. Это качество априори приписано к медуслугам, как специфической части медицинской деятельности, суть и свойства которой были раскрыты и определены нами выше.

II. *Обоюдный характер достигаемой договоренности участниками (сторонами) договора купли-продажи услуг*. Выделение такого свойства само собой исключает из содержания медуслуг действия некоторой категории лиц без получения согласия в силу их профессии (н.р., при первичной помощи, каких-то нетерпящих отлагательства операций, коматозное состояние больного и др.).

Представляется справедливым суждение профессора Ю.М. Комарова, сводимое к тому, что как само обращение человека к определенным услугам, так и процесс

---

<sup>92</sup> Zeitaml V.A. Problems and Strategies in Services Marketing / Zeitaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L.// Journal of Marketing.1985. Vol.49. P.33-46.

<sup>93</sup> С.А. Столяров. // «Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления» Издание третье // Барнаул: «Аз Бука» 2005. Глава 1, Часть 1.8, С.55.

предоставления услуг проявляются в добровольном действии<sup>94</sup>. Более того, в силу своей специфики медуслуга требует от сторон активного поведения. Кроме обязанности надлежаще оказывать медуслугу, возложенной на соответствующий субъект, в рамках рассматриваемого вида договора определяются возлагаемые и на пациента некоторые обязанности, помимо оплаты услуг. Например, обязанность соблюдения определенного для него режима и порядка приема назначенных лекарств, в процессе постоперационного восстановления находиться в медучреждении и пр. Очевидным становится, что диссонанс указанного процесса (разногласия между производителем и потребителем услуг) может привести, в лучшем случае, к неэффективности, а в худшем – к летальному исходу.

В некотором смысле проблематичной с точки зрения согласованности действий могут стать случаи применения врачом наркоза во благо пациента, приводящего к сознательной дезактивации потребителя данной услуги. Трудно такого рода действие назвать полноценно-слаженным процессом, однако оно является конструктивным элементом некоторых видов медуслуг.

Одновременно важно заметить, что понятия покупатель услуги и потребитель услуг разнородные (напр.: покупателем могут быть родственник или родитель больного; а потребителем может быть лицо с частичной или полной недееспособностью: ребёнок, человек с психическими заболеваниями).

Ст. 8 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» четко регулируются условия согласованности. Во-первых, в общем, в качестве обязательного для медвмешательства признака устанавливается получение воля на то человека с возможностью исключений, а по требованию одного из сторон может быть это согласие составлено в письменной форме. Далее, в отдельные случаи выделяются ситуации с несовершеннолетними, недееспособными больными либо больными, выяснение воли которых невозможно в силу их состояния: здесь разрешение на медвмешательство дают законные представители этих лиц. За отсутствием последних

---

<sup>94</sup> Комаров Ю.М. // «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?» // [Электронный ресурс] 05.03.2009. – Режим доступа: URL: [www.viperson.ru](http://www.viperson.ru) (дата обращения 05.08.11).

и в срочных случаях решение о медвмешательстве принимается с учетом интересов больного и на консилиуме, а при невозможности этого, то самим врачом<sup>95</sup>.

III. *Возмездный характер услуг.* Общеизвестно и справедливо, что любой труд, любые усилия оплачиваемы и это относится и к вопросу реабилитации состояния здоровья, который может быть признан одним из ценных услуг ввиду своей специфики.

Описывается первичная медпомощь ст. 2 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения»<sup>96</sup> как оказываемого посредством наиболее доступных технологических и методологических средств безвозмездного вида медпомощи и обслуживания, обеспечиваемого государством. Медпомощь, в соответствии со ст. 4 того же Закона, может оказываться безвозмездно так же в пределах нацеленных на охрану здоровья человека специально разработанных государством программ<sup>97</sup>. Той же статьей предусматривается также возможность получения любым возмездной медпомощи (обслуживания) за пределами целевых программ. Источниками для выплат могут быть самые разные – это как личные средства, так и, например, выделяемые в рамках медстраховок, а перечень их определяется законодательством РА<sup>98</sup>.

Анализ норм о бесплатной медпомощи показал, что как таковая медпомощь собственно не бывает безвозмездной: она подлежит оплате бюджетными (плательщиком фактически в данном случае выступает само государство), страховыми или иными средствами.

В законодательстве РА неоднократно можно натолкнуться и на словосочетание «безвозмездный договор», однако, которое является не просто сочетанием слов, а видом договора. Суть последнего, как регламентировано в ст. 439 ГК РА, состоит в принятии на себя одной из сторон обязательств по предоставлению чего-либо без какой-либо оплаты или встречных обязанностей другой стороне<sup>99</sup>.

---

<sup>95</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 года. Глава 2. Ст. 8.

<sup>96</sup> См. там же. Глава 2. Ст. 2.

<sup>97</sup> См. там же. Глава 2. Ст. 4.

<sup>98</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 года. Глава 2. Ст. 4.

<sup>99</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г. // Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 28. Ст. 439.

В качестве примера безвозмездного договора может стать случай, когда медучреждение – это одна сторона соглашения, а потребитель профуслуг – другая сторона, которой могут быть:

- потребитель-налогоплательщик,
- оплачивающее поставщику за медуслуги или выделяющее спецзаказ государство,
- страховой фонд, на счет которого и выплачиваются средства за услуги по страховке.

Фактически для общества медпомощь может быть оказана как на платной, так и на бесплатной основе, но в любом случае для поставщика этих услуг она носит возмездный характер.

Резюмируя изложенное, вывод один – медуслуги, составляющая квалифицированной медпомощи, имеют возмездные начала и должны отвечать всем требованиям качества вне зависимости от источников их финансирования. В связи с этим в одном из научных статей, опубликованных в издании «Российская Юстиция», выражено мнение о том, что человек всю жизнь обременен налогами в том числе для получения так называемых бесплатных здравоохранительных услуг<sup>100</sup>.

С учетом всесторонне рассмотренных особенностей медуслуг предлагается законодательная редакция ст. 1 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» и включение в нее следующего авторского определения:

*«Медицинские услуги, т.е. совокупность профессиональных действий, осуществляемых в рамках медицинской деятельности профессиональным исполнителем и направленных на удовлетворение потребностей заказчика услуг, содержанием которых является медицинское вмешательство в здоровье потребителя услуг».*

Определив медуслуги, более содержательно раскроем перечисленные несколько выше ее признаки:

---

<sup>100</sup> Кузьминых Е. // «Бесплатные медицинские услуги как форма возмездных отношений» // Рос. Юстиция. 2002. № 12. С. 29.

1. Начнем с признака *неосвязаемости*, присущего практически всем видам услуг ввиду специфической нематериальной их особенности. Ведь она неосязаема, невидима, непередаваемая в реальной действительности и т.д. До момента их окончательной реализации они неопределяемы по качеству. Сам процесс, так сказать, тестирования затруднительный и сложен именно тем, что в ряде случаев не может быть проведен даже сразу после получения услуги. Фактически, оплачивая предоставленную услугу, ее покупатель (пациент), выполнивший определенные договором свои обязательства, не имеет никакой возможности определить, насколько должным образом исполнены они другой стороной. Тем самым отношения между указанными субъектами услуг (в данном случае их оказывающим и их принимающим) базируются на идеях соответственно неотчуждаемого доверия (к их представителю) и добросовестности (самого представителя). В этом проявляется и одна из неблагоприятных (отрицательных) характеристик услуг.

2. *Несохраняемость* – присущий любому виду услуг признак. Услуги как нематериальные объекты реальной действительности (и, соответственно гражданского оборота), заблаговременно непроезжимы, не могут содержаться в хранилищах, в случае несоответствия их определенным в договоре описаниям не могут подлежать возврату. В указанном последнем случае возможна лишь компенсация ущерба (убытков и причиненного вреда), проблемные стороны чего подробнее будут подробно рассмотрены в следующей главе.

Началом для реализации услуг считается момент обращения ввиду чего и процессы потребления и производства становятся *единовременными или неразрывными*. Примечательным является то, что неразрывность указанных процессов требует обязательно наличия (участия) покупателя услуг.

3. Характеристика *отсутствия владения*. При исполнении любого вида договора купли-продажи, фактически, кроме услуг, реализуется и переход права собственности, одной из составляющих которого является право владения. В случаях же с услугами, фактор фактического владения отсутствует. Еще одной особенностью является то, что услуги *не носят разового характера*. В силу своих,

как живого организма, естественных, природных качеств человеку периодически прибегает к данным видам услуг.

Следующая особенность медуслуг состоит в *недолговременности* их использования. Ярким тому примером могут послужить медосмотр, который хоть и оплачивается, но не может беспрерывно длиться во времени (н.р., на протяжении всей жизни), даже медстраховка имеет определенные сроки. Это означает, что приобретатель медуслуг приобретает право собственности, которое здесь является исключительно срочным.

Отметим, что, получателями медуслуг могут быть исключительно физические лица или граждане. В качестве покупателя же могут выступать совершенные иные субъекты, в том числе и юридические лица (например, при обязательном медстраховании – государство) и иного рода организации (благотворительная организация, работодатели).

4. *Разнородность качества*, важнейшее и приоритетное требование, предъявляемое к медуслугам, которое подлежит обстоятельному изучению в следующей главе нашего диссертационного исследования. Одно здесь крайне необходимо выделить: многоуважаемым профессором Гарвардского университета, армянином по национальности, Аветисом Донапетяном, основоположником теории качества медуслуг, разработана признанная всемирным сообществом формула-триада качества услуг в сфере медицины, включающая в себя следующие разделы<sup>101</sup>:

- *Качество структуры*. Здесь включены такие составляющие, как: надлежащая обстановка и техсостояние медицинских помещений и зданий соответствующих учреждений, оснащенность качественной техникой и установками, специализированные, лицензированные кадры, наличие качественных препаратов и средств, инфраструктура и др.
- *Качество процесса*. Высококласность и результативность преследующей цель укрепления, прогрессирования и сохранения показателя здоровья больного лечебно-профилактической деятельности. Совместно с установленными для

---

<sup>101</sup> Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?". JAMA. 260 (12): 1743–8. PMID 3045356. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033

врачей моральными нормами соблюдение и прямое исполнение протокола лечебно-диагностического мероприятия.

- *Качество результата*, фиксации исход комплекса взаимодействия первых двух частей рассматриваемой формулы триады (структура совместно с процессом). Подсчет отношения фактического результата к первоначально рассчитанному (ожидаемому). Иными словами, открытая отчётность учреждения об общепринятых показателях, где на видном месте фигурируют осложнения, ошибки и др.

Все эти составляющие имеют взаимное влияние и взаимозависимы. Непрофессионализм медсотрудников, некачественные технологии, показатели допустимости которых непосредственно зависят от первого фактора, в комплексе отрицательно воздействуют на конечный результат (его качество).

В подтверждение изложенного представим пример грубой ошибки, вызвавшей резкое ухудшение состояния пациента, имевшей место в Алтайском крае в 2003 г. Так, Обычный дантист в целях удаления пациенту зуба (экстракции) в процессе обезболивания ввел местную анестезию и отправил пациента ждать вне пределов своего кабинета. Постепенно, оставаясь на протяжении определённого периода времени (пока врач проводил ту же стандартную процедуру с другим больным), состояние первого больного резко ухудшилось, в итоге – у него был установлен некроз тканей. При исследовании данного дела было установлено, что введенная инъекция представляла собой не обычный раствор лидокаина, применяемый обычно в процессе подобных вмешательств, а водный, содержащий аммиак. Вопрос вины в применении такого раствора неоднозначен, поскольку она может быть вменена и работнику аптеки, откуда был приобретен данный раствор. Некомпетентность дантиста в данном случае подтверждается и тем, что последним был нарушен важнейший и общепринятый в данной сфере такой принцип, как обязательность нахождения пациента в процессе какого-либо вмешательства, инъекции и его воздействия под присмотром врача непосредственно на месте его оказания. Приведенный пример вкратце можно описать схемой «некомпетентный врач → небрежное его отношение к больному → вред в виде некроза тканей пациента». Эту

схему можно представить в общей для триады форме «плохое качество → несоблюдение технологий по оказанию услуг → негативные для больного последствия»<sup>102</sup>.

Качество медуслуги изменчиво и непостоянно и зависит от ряда обстоятельств: медучреждения, медработника, места и времени их предоставления. Для обеспечения снижения показателей колеблемости качества медуслуг необходимо выявить детерминанты изменчивости. Не излагая в целом все подлежащие автором исследованию обстоятельства ввиду отсутствия в этом необходимости, представим вкратце лишь результаты: персональные биологические свойства больного (например, патологии органов и т.д.), отсутствие коммуникаций и информации, обученность медперсонала, заниженные показатели реализации менеджерами контрольных и мониторинговых мероприятий.

Вполне действенным средством гражданско-правовой защиты качества выступают лицензирование и регламентирование, как два самостоятельных, прямо пропорционально зависящих друг от друга процесса. Результатом этих процессов являются защита прав человека на здравоохранение, реализация услуг однотипного качества; снижение уровня возлагаемой на врача ответственности в случае наступления негативных последствий и т.д. Все это более досконально будет исследовано в следующем параграфе данной главы нашего диссертационного исследования.

Критерий особенности (специфичности) медуслуг находит свое обоснование в научных исследованиях К. Эрроу и С. Мушкина. Медуслугам ими причисляются и такие признаки, как:

- соотносимый со случайной возможностью внезапного появления заболевания риск;
- высокий уровень неточности и неконкретности поведения приобретателя;
- отсутствие у поставителя услуг цели на периодическое извлечение прибыли<sup>103</sup>.

---

<sup>102</sup> Столяров С.А. // «Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления» Издание третье, Барнаул, 2005. Глава 1, Часть 1.8, С.71.

Иная точка зрения принадлежит американскому учёному М. Поли, заключающаяся в следующем: нельзя охарактеризовать широкий круг услуг медицинского характера одним термином, не внося разграничений. Их можно разделить на группы по следующим признакам: частота посещения за той или иной медицинской услугой, вид действий (диагностический, информационный, терапевтический) и т.д. Для наглядного и всестороннего представления типологии и разграничения медицинских услуг, ниже представим рисунок (Рис.2)<sup>104</sup>.

Последней, меньшей по охвату, но при этом не менее важной сферой здравоохранения является медицинское обслуживание. Оно включает в себя реализуемый в определенный промежуток времени своеобразный комплекс медуслуг в требуемом (заданном) для сохранения качеств их приобретателя состоянии. Медобслуживание заключается в периодическом систематическом предоставлении услуг медицинского характера.

Безусловно, каждая из данных сфер очень важна и интересна, но в рамках нашей научной работы будут рассмотрены медуслуги, являющиеся основным объектом оборота, в связи с которым устанавливаются правоотношения и осуществляется право лиц на здравоохранение.

---

<sup>103</sup> Mushkin, S., «Towards a Definition of Health Economics» Public Health Report. Arrow K.J. «Uncertainty and the welfare economics of medical care».

<sup>104</sup>См. Автореферат Меловатской Н.Ю. Статистический анализ и прогнозирование развития рынка платных медицинских услуг в России. Москва, 2011.



Рис.2. Типология и разграничение медицинских услуг.

#### 1.4. **Предпринимательская деятельность на рынке медицинских услуг РА и её специфика**

Ст. 2 ГК РА дает общее определение предпринимательской деятельности. Из того определения непосредственно вытекают следующие раскрывающие ее содержание признаки:

- самостоятельный вид деятельности
- реализуемая на свой, так сказать, риск деятельность
- она преследует цель получения прибыли (в результате использования имущества, совершения работ, услуг или действий по продаже товаров;
- ее субъектами являются лица, действующие в рамках этой цели<sup>105</sup>.

В более широком смысле предпринимательская деятельность, или бизнес, это уже особый вид, обладающий всеми перечисленными свойствами, к которым прибавляются еще 2 условия: систематичный характер извлечения выгоды, и в соответствующем законном порядке зарегистрированность ее субъектов.

Обратимся к исследованию приоритетных признаков, компонентов и выполняемых функций данного вида деятельности в сфере медуслуг.

Итак, основные классификационные ее признаки:

- Выделяются *по форме собственности* государственные, частные и смешанные виды коммерческой деятельности по предоставлению медуслуг.
- *По типу результата предпринимательской деятельности*: товар и услуга. Тип товаров, в свою очередь, может варьироваться от медицинского оборудования и хирургических инструментов до лекарственных препаратов, и искусственных органов. Услуги же бывают диагностические, консультационные и лечебно-профилактические.
- Качество работы. В том числе наличие лицензии, регламентирование деятельности, квалифицированный персонал, технический и научный показатель, оснащённость и эффективность оказываемых услуг.

---

<sup>105</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 1. Ст. 2.

Предпринимательская деятельность по здравоохранению (точнее, на рынке медуслуг), в отличие от иных сфер, является совокупностью предпринимательских операций, в целом и в отдельности подходящих под определение «предпринимательская деятельность».

Основными компонентами предпринимательства на рынке медуслуг выступают производственная, торговая, страховая и посредническая предпринимательские деятельности<sup>106</sup>: «производственная деятельность включает в себя действия по предоставлению медуслуг, производству медицинского спецоборудования, медикаментов и т.д.; торговая предпринимательская деятельность выражается в реализации продуктов производственной деятельности, а также предоставлении гарантийного обслуживания продуктов (включает финансовую деятельность); страховое предпринимательство, осуществляется способом заключения соглашения о страховании, суть которого заключается в полном либо частичном возмещении потерь страховщиком застрахованному лицу в случае наступления оговорённых договором условий, в срок действия последнего (на рынке медуслуг широко применимы договоры по страхованию жизни, здоровья, профответственности и риска); посредническое предпринимательство – это реализация информации о наличии на так называемом медицинском рынке<sup>107</sup>, медикаментов, медсредств и спецоборудования и т.д., через маркетинговые и рекламные операции»<sup>108</sup>.

Для осуществления практически всех вышеназванных видов предпринимательской деятельности на медицинском рынке необходимо наличие лицензии. Лицензированию в соответствии в ст. 43 соответствующего Закона подлежат такие виды деятельности области здравоохранения, как:

– производство и торговля лекарств, и препаратов из растительных средств;

---

<sup>106</sup> Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов // Под ред. А.И. Вялкова. - 3-е издание. - 2009. - 664 с. Глава 5. Параграф 5.1.

<sup>107</sup> Формулировка «медицинский рынок» в данном контексте авторская, условная, и будет далее применяться автором как синоним словосочетания «рынок медицинских услуг».

<sup>108</sup> Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов // Под ред. А.И. Вялкова. - 3-е издание. - 2009. - 664 с. Глава 5. Параграф 5.1.

- по реализации медпомощи и медобслуживания (индивидуальными предпринимателями или различными организациями);
- аптечная;
- страховая;
- в сфере генной инженерии;
- реализация пакетов среднепрофессиональных и высших медобразовательных программ<sup>109</sup>.

Об особенностях процесса лицензирования на рынке медуслуг РА речь пойдёт далее в данном параграфе.

В общем и целом, предпринимательство на медицинском рынке (авторская условная формулировка) – процесс весьма специфический, выполняющий определённые функции: «1) общесоциальная функция – выражается в деятельности медучреждений на поддержание и восстановление психической и физической гигиены граждан. 2) Инновационная функция – выражается непрерывной надобностью развития научно-технической системы здравоохранения для поддержания жизнедеятельности рынка медуслуг и гигиены населения. Средства на заинтересованность и спонсирование могут быть как государственными, так и частнопредпринимательскими. 3) Политическая функция – выражается в политической воле ассоциаций, профсоюзов и иных объединений врачей, фармацевтов, предпринимателей. 4) Общеэкономическая функция – удовлетворение надобностей населения, создание рабочих мест, вклад в общественное разделение труда»<sup>110</sup>.

Таким образом, определение предпринимательской деятельности ст. 2 ГК РА является общим и практически подходит всем сферам. Но с учетом специфики здравоохранительной сферы, как одной из главенствующих сфер общественной жизнедеятельности, это определение следует закрепить в ст. 4 (общие положения) Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» в следующей редакции авторской разработки:

---

<sup>109</sup> Закон Республики Армения «О лицензировании». Принят 30.05.2001. Глава 7. Ст. 43.

<sup>110</sup> Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. - 3-е издание. - 2009. - 664 с. Глава 5. Параграф 5.1.

*«Предпринимательская деятельность в сфере здравоохранения в общем, и в сфере рынка медицинских услуг в частности, представляет собой деятельность, компетентных в установленном законом порядке, организаций и частных лиц, направленную на систематическое получение прибыли от выполнения медицинских работ или оказания услуг медицинского характера».*

**Участники предпринимательских правоотношений на рынке медицинских услуг.** Для более расширенного уяснения содержания указанного вида деятельности следует рассмотреть круг субъектов, присутствующих на рынке, их виды, особенности и характеристики. Стороны или субъекты правоотношений представляют собой круг участвующих в определённом правовом отношении, обладающих встречными правами и несущими обязанности лиц. Данные лица в свою очередь, бывают индивидуальными (физические лица) и коллективными (публично-правовые, организации), возможности вовлечения в правоотношения которых определяются объёмом их правосубъектности.

Следовательно, субъектами медицинского права в общем, и правоотношений на рынке медицинских услуг в частности, являются лица, участвующие в здравоохранительных отношениях. Конкретнее, таковыми представляются как нуждающиеся в медпомощи, так и имеющие на ее оказание правомочия лица<sup>111</sup>.

Первую группу составляют в основном сами пациенты, потребители медуслуг. В ст. 4 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» закреплено право *любого* на получение медобслуживания и помощи<sup>112</sup>. Однако в некоторых случаях это право ограничивается дееспособностью в силу возраста или состояния здоровья<sup>113</sup>. На практике часто возникают ситуации, требующие применение в

---

<sup>111</sup> А.А. Мохов «Медицинское право. Правовое регулирование медицинской деятельности» // Волгоград: ВолГУ, 2003.

<sup>112</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 года. Ст. 4.: «Каждый в Республике Армения имеет право на получение медицинской помощи, обслуживания *независимо от* национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, возраста, состояния здоровья, политических или иных взглядов, социального происхождения, имущественного или иного положения».

<sup>113</sup> См. там же. Ст. 8: «согласие на медицинское вмешательство за больного, не достигшего 18 лет, или больного, признанного недееспособным в установленном законом порядке, а также в случаях, когда состояние больного не позволяет выразить свою волю, дается его законным представителем. В случае отсутствия законного представителя, если медицинское вмешательство не терпит отлагательства, решение о медицинском вмешательстве, исходя из интересов больного, принимается совещанием врачей (консилиумом), а в случае невозможности этого — врачом»

принудительном порядке медслужбы. Такими являются опасные для общества болезни психические и физические (шизофрения, туберкулёз, СПИД, и др.), список которых должен быть закреплён и строго регулирован, во избежание нарушения конституционных прав больных и окружающих.

Более глубинного и пространного исследования требуют обладающие полномочиями по оказанию медпомощи лица. В Законе РА «О предприятиях и предпринимательской деятельности» перечисляются все субъекты предпринимательской деятельности<sup>114</sup>. С учетом этой общей установки и, абстрагируясь на медрынок, заметим, что здесь в этой группе выделяются образования публично-правовой направленности, индивидуальные предприниматели, юридические лица, а также незарегистрированные медработники.

Причем, понятия «лица, оказывающие медицинскую помощь» и «лица осуществляющие медицинскую деятельность» не синонимичные, разнородные. К первой категории (с учетом ранее сформулированного авторского определения медпомощи) могут быть отнесены врач, медсестра, санитар. Систематическую медицинскую деятельность же (учреждение медицинского назначения, предоставление помещения, оборудования, медикаментов, инструментариев и т.д.) осуществляет медорганизация либо зарегистрированный в данных целях в государственном реестре индивидуальный предприниматель.

Для занятия медицинской деятельностью в РА необходимо наличие высшей или средней квалификации медобразования, диплома и специального звания. Также в некоторых случаях необходимы спецлицензии, сертификаты, трудовой стаж. Более того, в ряде случаев законодательно установлена обязанность некоторой категории медсотрудников до поступления на работу и в процессе периодически подвергаться медосмотрам (ст. 20 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения»). Целью такой регламентации является как защита здоровья, так превенция населения

---

<sup>114</sup> Закон РА «О предприятиях и предпринимательской деятельности». Глава I. Ст. 7: «субъектами предпринимательской деятельности (предпринимателем) являются индивидуальный предприниматель, собственник (учредитель) предприятия или уполномоченный им в установленном законодательством Республики Армения порядке для осуществления предпринимательской деятельности орган (граждане Республики Армения и других государств, лица без гражданства, юридические лица и предприятия, не имеющие статуса юридического лица)».

от распространения профессиональных и легко передаваемых заболеваний. Следует отметить, что по инициативе Минздрава РА были предложены пути улучшения кадровой квалификации, переподготовки и регистрации; и с 4 мая 2016 г. вступили в силу изменения Закона «О медицинском обеспечении населения РА», обуславливающие внедрение кредитной системы непрерывного медобразования и профессионального развития, а также внедрение Единого госрегистра медработников<sup>115</sup>. Данный шаг является важным и весьма передовым в деле обеспечения прогресса медсферы, ее рынка РА.

Юр. лица приобретают право реализации предпринимательской деятельности по предоставлению услуг на рынке медсферы исключительно после госрегистрации и получения на то спецразрешения. Законом РА «О лицензировании», ст. 43, обозначены виды лицензионной деятельности. Правовое положение данного субъекта предпринимательства, а также его цели, способы закрепления и использования имущества, обусловлены правовой формой их организации.

С этой точки зрения на рынке разворачивают медуслуги в основном общества с ограниченной ответственностью, ассоциации, акционерные общества, учреждения, производственные кооперативы, а также индивидуальные предприниматели.

Как было выше отмечено, основными направлениями рассматриваемого вида деятельности на рынке являются следующие: осуществление платных услуг; передача собственности в аренду или субаренду; посреднические операции; сбыт и применение имущественных, материальных ценностей; добровольное медстрахование (ДМС); вклады в депозиты (финансовые, ценных бумаг).

Практически любая организация на сегодняшний день выступает сложным медико-хозяйственным комплексом, осуществляющим целый ряд функций: лечебно-диагностическая (основная), кроме того поставки, хозяйственные, посреднические, финансовые, эксплуатационные и пр., составляющих предмет регулирования входящих в систему различных отраслей права норм<sup>116</sup>. Совокупность данных норм в комплексе образуют статус, правовую основу деятельности медучреждения.

---

<sup>115</sup> Голос Армении. Общественно-политическая газета. Минздрав внедряет кредитную систему. 20.05.16

<sup>116</sup> Новоселов В.П. // «Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах Федерации» // Дисс. ....д.ю.н. – Екатеринбург, 1999. – С. 147-149.

Общепринятым в сфере административного права является утверждение, согласно которому любое учреждение представляет собой сочетание трех аспектов: легальной, организационной и экономической<sup>117</sup>. Оно соотносимо и к учреждениям медицинского типа.

Организационность последних выражается в субординационных отношениях как внутри самого учреждения, так и с вышестоящим, управленческим в здравоохранительной системе. При этом данные спецучреждения, как ее структурный элемент, сохраняют свою внутреннюю оперативную самостоятельность. Иерархическое выражение организационной формы медучреждения состоит во взаимодействии квалифицированного обслуживающего и медицинского коллектива, возглавляемого главврачом, аппарата этой организации и публично-правовыми органами.

Экономическая сторона медучреждения выражается обособленным имущественным комплексом, состоящим на балансе организации.

Правовая сторона медучреждения выражается в определённом комплексе правовых признаков: нормативно-правовая основа жизнедеятельности организации, в том числе определение организационной и правовой формы, устанавливающей правовое положение данного субъекта предпринимательства, а также его цели, способы закрепления и использования имущества; дееспособность медучреждения, также участвовать в различного рода правоотношениях; подчинение организации публично-правовым органам, в рамках компетенции и субординации; создание устава медучреждения<sup>118</sup>.

Говоря об участниках рынка по медобслуживанию, следует отметить всех участников отрасли здравоохранения РА, прямо или косвенно влияющих на предпринимательские правоотношения на рынке.

Итак, в центре – Министерство здравоохранения РА, в ведении которого находятся несколько учреждений: Государственная гигиеническая и

---

<sup>117</sup> Бахрах Д. Н. // «Структура аппарата управления» // Д.Н. Бахрах. – Свердловск: Свердл. Юридический Институт, 1983. – С. 5.

<sup>118</sup> Новоселов В.П. // «Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах Федерации» // Дисс. ....д.ю.н. – Екатеринбург, 1999. – С. 144.

противоэпидемиологическая инспекция, Научный центр экспертизы лекарств и медтехнологий, ГАЗ (Государственное агентство здравоохранения; Национальный институт здравоохранения, центральное представительство (в Ереване 10 региональных филиалов). Данная инстанция является первичным компонентом выражения публично-правовой воли, имеющей значительный вес на рынке медобслуживания, в силу социальной и государственной важности последнего. Таким образом, госорганы, муниципалитет участвуют на рынке по медобслуживанию от своего имени в определенном законом порядке, и от имени юридических лиц и граждан по договору поручения.

Главные векторы деятельности публичных образований: 1) осуществление контроля и регуляции; 2) вмешательство в дела приватизирования публичного имущества; 3) создание организаций (предприятия, унитарные медучреждений и т.д.).<sup>119</sup>

На рынке действуют несколько десятков профессиональных ассоциаций, таких как Армянская медицинская ассоциация, Армянская урологическая ассоциация, Армянская ассоциация кардиологов и т.д. Невозможно представить армянскую медицину без Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, являющегося основным поставщиком медицинских кадров Республики Армения. Также на рынке действуют несколько неправительственных организаций (Армянское общество Красного Креста) и территориальные органы управления (11 областных управлений).

Всех выше представленных участников рынка по реализации медобслуживания РА можно также сгруппировать по следующим службам:

**Общественное здравоохранение.** Основная составляющая часть – вышеупомянутая Государственная гигиеническая и санитарно-эпидемиологическая инспекция. Также 14 лабораторий, проводящих анализы, работы по защите населения и т.д. Основные функции – эпидемиологический надзор, иммунизация.

---

<sup>119</sup> А.А. Мохов. // «Медицинское право. Правовое регулирование медицинской деятельности» // Волгоград: ВолГУ 2003.

**Первичная медико-санитарная помощь.** В состав данного звена входят поликлиники, институт семейной медицины, фельдшерско-акушерские пункты и медпункты. Основная задача данных подразделений – лечение и профилактика наиболее распространенных заболеваний. Данная система значительно развилась после получения независимости, до чего основное финансирование отдавалось рынку вторичной медпомощи. Во многом данному развитию содействовала приватизация лечебных профилактических учреждений. Также, очень важен факт развития семейной медицины, являющийся одним из ключевых моментов реформирования. Семейный врач – «врач первой инстанции», к которому обращаются в первую очередь. В его основные обязанности входят систематические профилактические осмотры, на основе которых последний даёт оценку состояния гигиены и назначает лечение в соответствии с этим. Развитие данного звена во многом поспособствовало развитию первичного звена. Хотя до сих пор в сельских местностях доступность или наличие такого типа помощи показывает неудовлетворительные результаты. В городах же первичное медобслуживание осуществляют поликлиники. Всё большую популярность в данной сфере приобретает семейная медицина, формирующая маршрут пациента к звену вторичной медпомощи.

**Вторичная (или специализированная) медпомощь.** Данная сфера была в центре внимания ученых и исследователей ещё с советских времён, из-за чего и является наиболее передовой в общей здравоохранительной системе. В состав данного звена входят консультации, диагностика, лечение и восстановительные процедуры, оказываемые медицинскими центрами, больницами, специализированными клиниками.

**Третичная (или высокоспециализированная) помощь** предусматривает оказание тех же медицинских услуг, что и вторичная медпомощь, но с использованием квалифицированных медпроцедур и технологического оборудования более высокого качества. Высокопрофессиональные службы третичного уровня по большей части сосредоточены в столице, в учреждениях с высокотехнологичным оборудованием.

Предоставление медуслуг подразумевает достижение желаемого сторонами положительного эффекта, способом влияния на организм пациента. Однако на практике часто имеют место ситуации причинения вреда здоровью пациента вместо ожидаемого положительного влияния. Первые ассоциации, связанные с вредом здоровья, – это медицинская ошибка; случай; неквалифицированный медицинский персонал; неправильное лечение. Во избежание столкновения с вышеназванными явлениями, приводящих к неблагоприятным последствиям для обеих сторон, всемирная практика, вывела комплекс публично-правовых решений, синтезируемых в понятие **«регламентирование качества»**. В особенности в РА на данный момент отсутствуют основные компоненты полноценного регламентирования качества – протоколы диагностики и лечения; лицензирование физических лиц; аккредитация медучреждений, а также отсутствует тщательный контроль за деятельностью и состоянием медучреждения после предоставления лицензии.

Эти компоненты представляют особую важность в деле эффективного нормативного воздействия на предпринимательскую деятельность рынка медобслуживания, снижения риска, и, как следствие, наступления ответственности за причинение вреда пациенту, а также, повышения эффективности средств защиты прав и интересов врачей, как не менее уязвимой стороны в данных правоотношениях. Обратимся к каждому компоненту в отдельности.

На наш взгляд, наиболее актуальным и передовым шагом на пути развития здравоохранительной системы РА, в целом, и правовых средств защиты прав сторон правоотношений по медуслугам в частности, является внедрение стандартов качества медуслуг, закреплённых в протоколах.

Международной организацией по стандартизации (ISO) определено: «Стандарт - это документ, устанавливающий требования, спецификации, руководящие принципы или характеристики, в соответствии с которыми могут использоваться материалы, продукты, процессы и услуги, которые подходят для этих целей».

Согласно законодательству РА, стандарт – это разрабатываемый по обоюдному согласию и утверждаемый соответствующим органом документ, содержащий фундаментальные начала, характеристики и так называемые каноны всеобщего

неоднократно-применимого характера касательно результатов и самих различных форм деятельности, нацеленные на повышение оптимальности показателей систематизированности в той или иной сфере<sup>120</sup>.

Медицинский стандарт же по дефиниции нашего соотечественника Оганесяна Р.А. – это устанавливающий некоторого рода порядок реализации конкретного вида медицинской деятельности комплекс теорий, умений и навыков, концепций и условий<sup>121</sup>.

Итак, медстандарты классифицируются по следующим группам:

1) диагностические стандарты, устанавливающие тот комплекс мероприятий диагностического характера, необходимый и достаточный для установления диагноза и осуществления контроля за протеканием лечения установленного заболевания в медучреждении;

2) технологические лечебные стандарты, нужные для излечения болезней в различных условиях и на различных их стадиях (амбулаторные, неотложные, стационарные) мероприятия;

3) стандарт качества лечения, т.е. соответствие проводимых диагностических и лечебных мероприятий первым 2-м стандартам, общая базирующаяся на статистике оценка реализованных мероприятий лечебного характера (так называемый ретроспективный анализ действий);

4) финансово-экономические стандарты, конструирующие механизм ценообразования услуг, финансируемых публичным сектором, страховой медициной, и частным сектором платной медицины;

5) научные исследовательские стандарты, отвечающие за регламентированные, упорядоченные разработки, апробацию и введение новых методов диагностики, лечения, лекарственных препаратов и медицинской техники;

6) профессиональные стандарты, определяющие уровень профессионализма медперсонала, иными словами суммарное качество знаний, навыков и способностей конкретного медработника, позволяющие ему выполнять определённые диагностического и лечебного характера манипуляции. Последняя группа во много

---

<sup>120</sup> Закон РА «О стандартизации», принят 08.02.2012. Ст. 2.

<sup>121</sup> Ованесян Р.А. // «Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении» //Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – №4. – с. 122-130.

зависит и тесно взаимосвязана с образовательными стандартами, которые направлены на подготовку и постоянное совершенствование медицинских кадров для соответствия тенденции стихийного развития медицины как науки и социальных нужд.

С этой целью, Всемирной федерацией медобразования (WFME) был подготовлен специальный проект, включающий 3 документа. Международные стандарты медобразования (International Standards in Medical Education) включают в себя «Всемирные стандарты базового медицинского образования», «Всемирные стандарты последипломого медицинского образования» и «Всемирные стандарты профессионального развития врачей»<sup>122</sup>. В последних двух фундаментально заложена идея непрерывающегося обучения и повышения профподготовки врачей в процессе реализации профдеятельности. К данной тематике мы обратимся далее в данном параграфе.

Как видно, выше представленные стандарты во многом взаимосвязаны и в целом представляют комплексную систему установления и поддержания стабильного уровня качественного показателя во всей сфере здравоохранения. Однако, как было отмечено выше в данной главе нашей диссертационной работы, разнородный характер качественного показателя является неотделимой особенностью медуслуг. А значит, выделяется проблематичный аспект, связанный с вопросами стандартизации, подведения к единому приемлемому уровню качества оказываемых медуслуг. В процессе их реализации выявляется еще одна особенность: в отличие от бытовых продуктов оборота и услуг, качество которых может определить сам потребитель, основываясь на довольстве, качество услуг медсферы в состоянии определить лишь эксперт, обладающий специальным образованием. Следовательно, в данных правоотношениях всегда должна присутствовать третья независимая сторона, контролирующая качество услуги. Объективность же эксперта могут обеспечить лишь четко сформулированные, регламентированные стандарты качества, которые на данный момент во всех странах определяются описанной ранее триадой нашего

---

<sup>122</sup> Ованесян Р.А. // «Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении» // Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – N4. – с. 122-130.

теории профессора Аветиса Донапетяна «качеств медуслуг». Основываясь на последнем, можно привести определение качества в рассматриваемой сфере как специфической характеристики соответствия и соразмерности реализованной медпомощи требованиям современной науки и практики, предполагаемому результату<sup>123</sup>. Проблемные аспекты оценивания качества медпомощи была в центре внимания представителей этой профессии и общества параллельно с процессом развития самой науки. Ещё в трудах Гиппократы содержатся строки, посвящённые требованиям реализации медпомощи<sup>124</sup>. Развиваясь, адаптируясь к требованиям времени и общества, данные стандарты в современности дошли до так называемых систем-классификаторов пациентов, иначе, диагностически-родственных групп (ДРГ). Эти системы представляют собой объединения с точки зрения выявляемых при оказании медпомощи сходства состояния пациентов и сходства достигаемых результатов, по принципу: определенному человеку – определенное место (the right man – the right place)<sup>125</sup>.

Данная система была перенята и Арменией и легла в основу «Основного пакета медицинских услуг» от 1997 г., перешедшего в практику в виде известного нам госзаказа.

Данная система имела как свои преимущества, так и значительные недостатки, которые подтолкнули к переходу научного общества к новому, актуальному по сей день, течению: медицины, основанной на доказательствах или «**доказательной медицине**» (evidence based medicine). Суть ее сводится к идее о применении на практике только таких вмешательств, результативность и безвредность чего доказаны различными научными теориями. В специальной литературе доказательная медицина характеризуется как предназначенное для излечения конкретного больного применение итогов наилучших клинических исследований. Доказательная медицина

---

<sup>123</sup> Основы стандартизации в медицине // под ред. А.И.Вялкова и П.А.Воробьева // Москва, Ньюдиамед, 2002, 216 с.

<sup>124</sup> Гиппократ. Избранные книги. Перевод с греческого В.И. Руднева. Редакция, вступительные статьи и примечания В.П. Карпова. Редактор С. Сапожников. (Москва - Ленинград: Биомедгиз, 1936. - Серия «Классики биологии и медицины»). «О врачебном кабинете», стр. 515. «Подлежит обсуждению: больной, оператор, помощники, инструменты, свет; какие инструменты и как; где тело больного; время и способ; место».

<sup>125</sup> Ованесян Р.А. // «Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении» //Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – N4. – с. 122-130.

– это слияние научных доказательственных теорий, практического опыта и желаний пациента<sup>126</sup>. Основой доказательной медицины являются определённые регламентирующие качество документы:

– установленные и утвержденные спецорганом стандарты, т.е. тезисы касательно объема медпомощи (по конкретной болезни, клинической ситуации, какому-либо синдрому);

– протоколы ведения больных, клинические указания (guidelines), собирательно вмещающие в себя спецспособы по диагностированию, лечению и восстановлению пациентов, профилактике, медикаментозное влияние, технологии организационного и вспомогательного характера<sup>127</sup>.

Отсутствие закреплённых стандартов и протоколов в системе здравоохранения означает, что при реализации медуслуг излишняя повышенная индивидуальная ответственность ложится на врача. Факт действия «презумпции виновности» делает врача наиболее уязвимой (в юридическом контексте) стороной в рамках правоотношений по предоставлению медуслуг. Это означает, что действовать вне рамок, диктуемых доказательной медициной, становится не в его интересах, поскольку при наступлении неблагоприятного для сторон исхода, именно врач обязан доказать свою правоту и оправданность действий. Отсутствие же нормативно закреплённого регламента (ссылка на распространённые технологии, опыт исполнителя услуг, общепринятые методы лечения, описанные в литературе, принятыми в практике, осуществляющей лечение медорганизации нормативами либо иные подобные источники) не дает однозначного ответа на вопрос, соответствовали ли действия врача требованиям ситуации. В настоящий момент в РА для ответа на данный вопрос, в случае возникновения споров между специалистом и больным, а также в иных законодательно определенных случаях назначается независимая медэкспертиза. Определённая ст. 22 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения» медэкспертиза направлена на определение качества

---

<sup>126</sup> Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. // Под общей редакцией академика РАМН, профессора Р.Г.Оганова. – М.: Силица-Полиграф, 2010. – 136 с.

<sup>127</sup> Ованесян Р.А. «Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении» //Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – N4. – с. 122-130.

медицинского вмешательства и ответственности за несоответствие последнему. Однако, независимые медицинские экспертные организации в нашей стране не сформировались до уровня авторитетного мнения, оказывающего значительное влияние на исход дела. Объективность данных организаций также не гарантирована ввиду масштабов рынка медуслуг РА, следовательно, и солидарности врачей. Такой способ защиты прав не благоприятен как для исполнителя услуг, так и для заказчика.

Тем не менее, определённая часть представителей профессии врачей, в особенности старой школы, подходят к вопросу внедрения стандартов консервативно, аргументируя свою точку зрения идеей «любому больному необходим индивидуально-определенный подход». Однако, в большинстве стран с развитой системой здравоохранения существуют стандарты и критерии для диагностики больных и назначения лечения. В таком случае при правильном диагностировании в случае непредвиденных обстоятельств (осложнения, смерть) ответственность не возлагается на врача, поскольку он действовал пунктно, следуя стандартам, как инструкции. Данная система может сперва показаться менее гуманной, но взамен она обеспечивает юридическую защиту врачей, являющихся уязвимыми в данном аспекте при нынешней системе.

В РА также были предприняты попытки внедрения системы регламентации качества, в частности разработки стандартов. В 2000-ом году Национальный институт здравоохранения МЗРА довершил разработку 697-и стандартов медико-экономической направленности<sup>128</sup>, а в 2001 г. Агентство по лекарствам и медицинским технологиям МЗ РА для применения издало два руководства по типовым схемам лечения 60-и видов болезней<sup>129</sup>, утвержденные МЗ РА как общие начала. Тем не менее, данные разработки не получили практического применения в медучреждениях. Сейчас же, по прошествии 17 лет, они не являются актуальными ввиду давности. Тем не менее, эти установки могут послужить базисом для дальнейших адаптаций и доработок. В своей статье наш соотечественник

---

<sup>128</sup> Саакян Ж.А. // «Основные аспекты применения медико-экономических стандартов в системе здравоохранения» // Научно-медицинский журнал, 2004, №1, с.102-109

<sup>129</sup> Н.Мирзоян, Э.Габриелян. // «Актуальность внедрения оптимальных схем лечения в клиническую практику» // Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – N4. – Раздел II.

Р.А.Ованесян выделяет две концепции введения на рынок РА по медобслуживанию перечисленных стандартов и протоколов:

– «жесткий» подход, базирующийся на правовых механизмах: введение посредством нормативной регламентации законами, подзаконными актами (приказы, инструкции) обязательные для исполнения под строгим контролем;

– «мягкий» подход, направленный на формирование внешней и внутренней мотивации. Под внешней подразумеваются конструктивные реформации, поддерживание коллег, финансовая поддержка, контроль качества, отношение больных. К внутренней же относятся индивидуальная профподготовка, особый порядок принятия решений клинического характера, консультирование.<sup>130</sup>

Учитывая опыт 2000-х гг., непринудительный характер соблюдения установленных стандартов и регламента, а также консервативную черту характера армянского народа, на наш взгляд, внедрение системы регламентирования качества в систему здравоохранения Армении возможно лишь при помощи императивных механизмов государственного регулирования, иными словами необходим «жесткий» подход. Лишь после закрепления стандартов и условий реализации медуслуг в соответствии с ними на законодательном, общеобязательном уровне, широко распространенная ссылка в тексте договора на соответствие стандартам качества приобретёт смысл и станет уместной.

Итак, совокупное соответствие различных видов меддеятельности профстандартам проявляется в аккредитации медучреждения (посредством приобретения аккредитационного свидетельства), определяющей показатель профессиональности учреждения и свидетельствующим о его общественном признании<sup>131</sup>. Применяемое в законодательстве РА понятие «аккредитация» имеет изложенную в нем же дефиницию. Согласно ей аккредитация представляет собой процесс установления тождества реализуемой в определенных целях и в законодательно определенном порядке специальности по определению

---

<sup>130</sup> Ованесян Р.А. // «Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении» // Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – N4. – с. 122-130.

<sup>131</sup> Хачатрян Т.С., Лепян М.К., Тоноян Т.З., Андриасян Л.В. // «Управление, экономика и финансирование здравоохранения в условиях рыночных отношений» // Ер.: ЕрМи, 2002.

(оцениванию) соразмерности с условием об обязанности исполнения уполномоченным на то органом определенных соответствующими стандартами требований, дополнительных требований, в том числе и внедрения последних в спецсистемы по аккредитации определенных сфер<sup>132</sup>.

В том же законе определяется аккредитационное свидетельство в качестве подтверждающего аккредитованность той или иной сферы формально-определенного документа или пакета таких документов<sup>133</sup>.

В Республике Армения в настоящее время процесс аккредитации проводится посредством Национальной системы аккредитации, базирующейся на требованиях международного стандарта ИСО/МЭК 17011<sup>134</sup>. Данный процесс является общим для различных сфер, однако, специфичным для сферы здравоохранения (в частности рынка медуслуг): в международной практике существуют разные, признанные всеобщие системы аккредитации, разработчиками которых являются такие международные организации, как Международное общество по качеству в здравоохранении<sup>135</sup> и Общество международной аккредитации систем здравоохранения<sup>136</sup>. Эти системы включают: Trent Accreditation Scheme, JCI<sup>137</sup>, ACHSI<sup>138</sup>, CCHSA<sup>139</sup>,<sup>140</sup>. Они нацелены на исследование и выработку объективных показателей по независимому оцениванию качества с внешней стороны, более того, готовность административных органов аккредитуемой организации регулировать и поддерживать установленные спецификации качества медобслуживания. Схема менеджмента качества в идеале должна работать по принципу проведения «за руку» или поочередного прохождения пациента по всему процессу предоставления медуслуг диагностика → амбулаторное (и/или стационарное) лечение →

---

<sup>132</sup> Закон РА «Об аккредитации», принят 08.02.2012. Ст. 2.

<sup>133</sup> См. там же.

<sup>134</sup> Закон РА «Об аккредитации», принят 08.02.2012. Ст. 13.

<sup>135</sup> The International Society for Quality in Health

<sup>136</sup> Электронный ресурс: URL: <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification> (дата обращения 02.02.2016). SOFIHA, т.е. The Society for International Health care Accreditation

<sup>137</sup> Joint Commission International

<sup>138</sup> Australian Council for Healthcare Standards International

<sup>139</sup> Canadian Council on Health Services Regulation

<sup>140</sup> Электронный ресурс: URL: <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification> (дата обращения 02.02.2016). SOFIHA, т.е. The Society for International Health care Accreditation

прослеживание состояния здоровья пациента в постбольничный период. Данная парадигма основана на перечне профстандартов, рассмотренных нами выше. На сегодняшний день, наиболее престижной и объективной аккредитацией транснационального уровня принято считать аккредитацию JCI, представляющее собой удостоверение безопасности пациентов, применения безошибочных методик лечения и координации в той или иной медорганизации, гарантированности высококачественного медобслуживания. В список аккредитованных JCI медорганизаций входят более 20-и тысяч американских, более 250-и из 40 стран мира медучреждений, а из стран-членов СНГ, к сожалению, ни одной организации<sup>141</sup>. Аккредитационный процесс продолжителен (несколько лет) и довольно дорог.

Количество стандартов, являющихся критериями оценивания JCI довольно удивляющее: 197 основных, 368 общих и 1032 дополнительных. В их список входят стандарты:

- координирующей деятельности медучреждения;
- действующие в конкретном учреждении единые и медико-этические: применяемые медперсоналом индивидуальные и коллективные этические нормы в отношении одного или группы пациентов;
- по качеству и профессиональности (в том числе уровень образования и профподготовка соответствующего персонала): представление сотрудниками свидетельств о систематической профподготовке, профобучении и своем росте;
- по организации самостоятельных процессов совершенствования: работа над собственными ошибками в целях недопущения их повторности;
- по регистрации и предупреждению осложнений инфекционных заболеваний;
- по организации оборота документов организации: по проведению записей в истории болезни, их анализа
- по установлению контроля в деле обеспечения благополучия (санитарного);
- по обеспечению действия надежной системы честного и справедливого рассмотрения жалоб пациентов (время от времени они неизбежны) и механизма

---

<sup>141</sup> Герасимов П. А. // «Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг» // Дисс. ....кандидат эконом. наук. Москва, 2015 г. Стр.146.

справедливой возмещения ущерба пациентам в разумных пределах (при условии обоснованности их претензий)<sup>142</sup>.

Более того, успешностью JCI-аккредитации процесс не завершается, а периодически (в общем сроком в 3 года) реализуется процесс перепроверки и переоценивания признанных главенствующими показателей деятельности медорганизаций.

Первичным условием приобретения статуса JCI-аккредитации выступает требование о наличии внутри правовой национальной системы единой системы аккредитации. На данный момент внутринациональная система РА соответствует этому стандарту. Приобретение статуса международной аккредитации автоматически повышает вероятность развития медтуризма и становления на международный уровень в данной сфере. Следовательно, данная перспектива станет локомотивом на пути совершенствования и прогресса не только здравоохранительной системы, но и всей страны. А, для развивающихся стран, в частности РА, данное видение должно стать стимулирующим курсивом вложения усилий и вектором развития сферы здравоохранения.

Аккредитация – это, прежде всего базис для такого неотъемлемого компонента полноценной системы регламентации качества, как лицензирование. Именно аккредитационная процедура дает возможность однозначно установить уровень компетентности лицензиата с точки зрения предоставления медуслуг. Лицензирование, же – это государственное своего рода одобрение, выражающееся в предоставлении специального медицинского разрешения на выполнение конкретно-определенных видов действий (меддеятельности). Безусловно, подобный регулятор, устанавливающий уровень качества, должен быть подкреплён законодательно. В РА этой законодательной основой является Закон РА «О лицензировании» от 2001 г., ст. 43 которого перечислен круг подлежащих лицензированию деятельностей. Этот перечень был исследован и раскрыт нами еще в начале данного параграфа. Для всех видов деятельности (кроме в области геномной инженерии) такого рода спецразрешения выдаются со стороны уполномоченных Правительством РА на то органов

---

<sup>142</sup> Электронный ресурс: URL: <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification>

госуправления. Заметим, что использованное в Законе РА «О лицензировании» от 2001 г. понятие «медпомощь и обслуживание» нашло отражение и в Конституции РА от 1995 г.<sup>143</sup>.

Однако, как было отмечено выше, в дальнейшем, с изменениями, внесёнными в Конституцию 27.11.2005 г., данное понятие было заменено понятием «медицинские услуги» в статье «Об охране здоровья»<sup>144</sup>. Основываясь на хронологических данных принятия актов, констатировать, что устаревший с точки зрения отражения нужд общества термин «медицинская помощь и обслуживание» не был обновлён в Законе «О лицензировании». Также уместно отметить, что для данного вида деятельности (тоже лицензионной на основании лицензионной комиссии, созданной соответствующим органом), выдаётся сложная лицензия (усложненная процедура лицензирования). Последняя по законодательному определению представляет собой особое выдаваемое в определенном порядке уполномоченным на то органом разрешение на осуществление спецдеятельности, для реализации которой определены обязательные условия и требования, соблюдение которых ставится под специальный надзор<sup>145</sup>. При выдаче такой лицензии может проверяться профпригодность физических лиц<sup>146</sup>, а учитывая прямую связь медуслуг, оказываемых этими лицами, со здоровьем пациента, термин «может», используемый относительно удостоверения профессионализма лица, оказывающего услуги медицинского характера, несёт в себе опасность как для пациента и самого исполнителя, так и для лицензиата. Проверка квалифицированности и профессионализма медицинского персонала наводит на мысль о лицензировании физических лиц, которое было отменено в 2001 г. решением Правительства РА. В настоящий момент в нашей стране существует слабый субститут процесса лицензирования – переподготовка медицинских кадров, а для квалификации на должность врача необходимо лишь наличие медицинского образования, состоящего из шести лет базового и клинической ординатуры. А за неимением закона о регулировании частной меддеятельности в РА, лицензирование может занять звено

---

<sup>143</sup> Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995. // Ст. 1.

<sup>144</sup> Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995. (с изменениями по 27 ноября 2005 года)// Ст. 38.

<sup>145</sup> Закон РА «О лицензировании», принят 30.05.2001 года. Ст. 26.

<sup>146</sup> Закон РА «О лицензировании», принят 30.05.2001 года. Ст. 43. Пункт 9.

единственного контрольно-дозволительного регулятора, носящего в себе сведения об объёме, качественных и условных показателях предоставления медуслуг, предлагаемых субъектами здравоохранительной системы частной сферы потребителю.

Аккредитация, лицензирование меддеятельности как специфическая формой госуправления, выступают неотделимыми составными элементами полноценной системы регламентации качества, и выполняют контрольно-дозволительные функции, с помощью которых вводятся барьеры допуска в статусе исполнителя на рынок сферы медуслуг, тем самым гарантируя соблюдение приемлемого уровня качества в здравоохранительной области. Механизмы аккредитации и лицензирования эффективно указывают на актуальные проблемы в сфере здравоохранения и чертят пути их разрешения. К примеру, в Алтайском крае РФ ряд лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), 40%, при прохождении через этот процесс разработали и внесли новые способы диагностирования и лечения, приобрели нужную спецтехнику, а в ряде других ЛПУ, 60%, медики прошли спецподготовку по повышению профессиональной квалификации и самосовершенствованию. Эта статистика основана на сведениях Бюро по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности края. Большинство лицензируемых ЛПУ (80 и 90%) были приведены в соответствие с требованиями, представленных в замечаниях экспертов Госсанэпиднадзора и метрологической службы, а это способствовало, в свою очередь, улучшению качества предоставляемых услуг и обеспечению надежности нахождения там больных<sup>147</sup>.

Аккредитация, лицензирование – это совершенно новые конструкции для систем здравоохранения постсоветских стран, ввиду чего требуются дальнейшие научные разработки и теоретические исследования, переоценки и последующие доработки. Более того, являясь передовым шагом на пути совершенствования организации работы и повышения качественных показателей медицинской деятельности в стране, аккредитация и лицензирование представляются фундаментом

---

<sup>147</sup> «Аккредитация и лицензирование – основа повышения качества медицинской помощи населению» // Автор. Т.С. Хачатрян, М.Г. Айрапетян // Национальный институт здравоохранения МЗ РА. Научно-Практический Медицинский Журнал «Медицинский вестник Эребуни», 2.2004 (18), 71-74, УДК 614.2

дальнейших совершенствований, в частности, введения института обязательного медстрахования, подлежащего рассмотрению в следующей главе нашего диссертационного труда.

Данная глава нашего диссертационного труда была посвящена всестороннему описанию, фундаментальному анализу, выявлению изъянов на основе последнего и потенциальных ресурсов более эффективного регулирования рынка медуслуг РА на правовом уровне. Точнее в вышеизложенной главе нашего научного исследования были рассмотрены правовые источники регулирования рынка медицинских услуг как эпохальные (исторические), так и современные внутригосударственные – Конституция РА, основные законы и подзаконные акты, составляющие легальную основу деятельности на рассматриваемом нами рынке, и международные источники – международные соглашения, декларации и конвенции, устав ВОЗ и т.д. Далее были всесторонне проанализированы аспекты основного объекта возникновения правоотношений по охране и восстановлению здоровья – медицинской услуги. Более того, были охарактеризованы существенные особенности и критерии, выявлены место и роль медуслуг в общей специфической структуре здравоохранения, наряду с остальными составляющими системы, такими как медицина, медицинская помощь, деятельность и обслуживание.

И, наконец, были рассмотрены и охарактеризованы особенности участников правоотношений на рынке медицинских услуг, предпринимательской деятельности в данной сфере, а также анализу подверглись потенциальные пути внедрения механизма регламентации качества, в составе которого выступают протоколы диагностики и лечения, лицензирование физических лиц, аккредитация медучреждений и т.п.

Подытоживая данную главу, отметим, что формирование действенной системы здравоохранения, в частности рынка медуслуг является центральной задачей социального государства, учитывая важность регулирования правоотношений на рынке медуслуг и комплексность их механизмов, необходимо продолжить исследование последних для создания определенной схемы дальнейшего развития этой системы РА. Учитывая вышеизложенное, на наш взгляд, будет уместным

рассмотрение правовой природы договора возмездного оказания медицинских услуг как залога обеспечения по созданию и сохранности конструктивности правоотношений участников рынка медуслуг.

## ГЛАВА II. ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

### 2.1. Понятие и структура договора возмездного оказания медицинских услуг, его характеристика

В нынешней обстановке становления Армении правовой, демократической республикой с непрерывно развивающимися рыночными отношениями, внимание мирового сообщества всемасштабно сконцентрировано на здравоохранительной сфере и являющемся интегрированным во все эти процессы активным участником – Армении. Именно поэтому всеобщую и большую значимость в деле скорого эффективного развития всемирной здравоохранительной системы приобретает деятельность по формированию и укреплению отрасли медицинского права. На данном этапе нет единой научной позиции в вопросе о медицинском праве как самостоятельной отрасли права<sup>148</sup>. Однако, на практике многочисленны проблематичные случаи, возникающие в течение профдеятельности врачей, решение которых неизбежно требует обращения к букве закона. К тому же, выделяются также ситуации неравенства прав и асимметрии информированности пациентов и врачей. Все это и платность предоставляемых услуг, на основе чего между больным и врачом складываются гражданские правоотношения, является причинами, которые способствуют развитию медицинского права как отдельной отрасли права. Договор возмездного оказания услуг, который и будет проанализирован далее в данной главе, на данный момент представляется не только основным официальным документом, призванным оговаривать права и обязанности, регулировать отношения между врачом-специалистом, медучреждением, и больным (пациентом), но и инструментом охраны прав ее участников в процессе получения или оказания медпомощи на платной основе.

Для создания и обеспечения действенности императивной схемы обоюдного поведения между поставителем такого вида услуг и пользующимся ими

---

<sup>148</sup> Левин Д. А. // «Медицинское право, как отрасль права. Журнал: Кластеры. Исследования и разработки» // Издатель: Московский кластер бизнес-инициатив (Москластер), ОГРН 1157746107606, ИНН 7719402939. 2017 г.

(пациентом) в гражданско-правовой отрасли необходим отдельный договор об оказании медуслуг, которые являются одним из видов объекта правоотношений в сфере предпринимательства. Для полноценного и всестороннего изучения понятия, содержания, систематизации (установления соответственно элементов и конкретизации структуры) договора возмездного оказания медуслуг нужен комплексный подход и прежде обстоятельное уяснение особенностей возмездного, как общий по отношению к предлагаемому вид, договора.

Закрепленным в ст. 436 ГК РА определением самого слова «договор» фактически формируется своеобразная модель, оговаривающая права и обязанности его сторон, регулирующая отношения последних и вырабатывающая некоторую закономерность поведения участников таких отношений<sup>149</sup>.

Предназначение договора заключается в выполнении координирующей и регулятивной функции посредством установления для сторон конкретных условий, требований и спецправил поведения волевого и императивного характера и предусмотрения последствий за их нарушения<sup>150</sup>. Одним из критериев классификации договоров является наличие или отсутствие материального признака, т.е. возмездность или безвозмездность. Определение возмездного вида договора дается в ст. 439 ГК РА<sup>151</sup>. Далее той же статьёй устанавливается оговорка о возмездном характере договора, по которому изначально по своей сути договор является именно возмездным, если как-либо иначе не установлено или не подразумевается обратное.

Ст. 777 ГК РА же определяет как отдельный вид договор по возмездному оказанию услуг<sup>152</sup>. Фактически данной нормой устанавливаются:

---

<sup>149</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 28. Ст. 436.

<sup>150</sup> Брагинский М. И., Витрянский В. В. // «Договорное право. Общие положения» // М.: «Статут», 2011. – С. 9.

<sup>151</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 28. Ст. 439: «Договор, по которому сторона должна получить плату или иное встречное предоставление за исполнение своих обязанностей, является возмездным».

<sup>152</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 39. Ст. 777: «По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги».

– для заказчика обязанность оплаты заказа и право на принятие его; причем заказчиком может выступать как бенефициар, так и действующий в пользу 3-их лиц заказчик;

– для исполнителя обязанность по предоставлению услуг надлежащего качества и образом и право на оплату за эти действия.

Здесь же устанавливается открытый список услуг для данного вида договоров<sup>153</sup>.

Следуя теме диссертационной работы, остановимся на договоре возмездного оказания медуслуг (далее иногда ДВО).

Несмотря на включенность в общий список медицинских услуг, как отдельного вида, действующий ГК РА не выделяет в качестве самостоятельного института и особого типа договорных обязательств договор по оказанию медпомощи. Для этого необходимо вначале исчерпывающим образом определить и охарактеризовать договора по оказанию медуслуг (возмездный), взяв при этом за основу на научно-теоретические разработки. Так, интересным представляется имеющееся в теории определение д.ю.н., профессора Малеиной М. Н.<sup>154</sup>.

Несмотря на высокую степень значимости исследуемого определения, все же позволим выделить некоторые, на наш взгляд, аспекты, оставленные за его пределами. Во-первых, исследуемом варианте не раскрывается полный круг участников правоотношений. Здесь в качестве исполнителя должны быть признаны медучреждение, врач, а заказчика – не только гражданин, но и иностранное лицо; не только сам пациент, но и действующее в интересах последнего 3-ье лицо. Во-вторых, не обозначается перечень и характер предоставляемых исполнителем услуг.

---

<sup>153</sup> См. там же. Глава 39. П. 3 Ст. 777: Услуги: «связи, медицинские, ветеринарные, аудиторские, консультационные, информационные услуги, услуги по обучению, туристическому обслуживанию и иные услуги»..

<sup>154</sup> Малеина М. Н. // «Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие» // М.: «Бек», 1995. С.32. По определению: «по договору возмездного оказания медицинских услуг лечебное учреждение обязуется обеспечить гражданину квалифицированные услуги, избрав для этого соответствующие методы врачевания и сохраняя врачебную тайну, а гражданин имеет право требовать информацию о диагнозе, методах лечения, его возможных последствиях, обязан следовать предписаниям лечебного учреждения и оплачивать медицинскую помощь в установленных законом случаях».

С рассматриваемой позиции примечательным является определение д.ю.н., профессора С.С. Шевчука, представленное в одной из ее монографий<sup>155</sup>. Анализ этой дефиниции, основу которой составляет рассмотрение услуг в качестве спецедеятельности или спецедействий и цель (правка, поддержание здоровья), показывает, что она никак не вникает в содержание понятий «коррекции» или «сохранности» гигиени. Это означает, что такое определение, хоть и является относительно более конкретной, однако не включает в себя мероприятия по эстетической медицине, по подправке физических, внешних данных лица.

Аналогичное определение приводит в своей монографии к.ю.н., доцент И. Г. Ломакина<sup>156</sup>.

Наиболее ценным представляется определение, изложенное в кандидатской диссертации С. В. Нагорной, в котором устанавливается исчерпывающий перечень участников отношений, и делается попытка разработки схожего перечня видов медуслуг<sup>157</sup>. Не останавливаясь подробно на достоинствах анализируемого определения, отметим, что приведённый автором в скобках перечень тоже, как и предыдущие определения, не охватывает много популярных типов медпроцедур по: косметологии, одонтологии, циркумцизии, психологии, гименопластике, прерыванию беременности и т.п.

---

<sup>155</sup> Шевчук С. С. // «Договор оказания медицинских услуг». Монография // М.: АЭФП; Ставрополь: Сервисшкола, 2005. – 299с. - ISBN 5-98017-008-1.- С. 54. Так, «по договору оказания медицинских услуг одна сторона – исполнитель медицинских услуг (медицинская организация или частнопрактикующий специалист) обязуется оказать другой стороне – пациенту квалифицированные медицинские услуги, выражающиеся в совершении определенных действий или определенной деятельности профессионального характера с целью сохранения и/или коррекции здоровья пациента, предоставлять достоверную информацию о диагнозе, методах лечения и прогнозируемых результатах и соблюдать врачебную тайну, а пациент обязуется выполнять требования исполнителя, обеспечивающие качественное и эффективное предоставление медицинских услуг, сообщать необходимые для этого известные ему сведения о состоянии своего здоровья и в определенных соглашениях случаях оплатить предоставленные ему услуги».

<sup>156</sup> Ломакина И. Г. // «Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации» // Дисс. ...кандидат юрид. н. - М., 2006. С. 113-114. Так, «по договору возмездного оказания медицинских услуг одна сторона - исполнитель медицинской услуги (медицинская организация, частнопрактикующий врач) обязуется обеспечить квалифицированную помощь по поддержанию или восстановлению здоровья пациента, избрав для этого соответствующие методы медицинского воздействия, а другая сторона - гражданин обязан оплатить оказанные ему услуги (либо представить доказательства последующей компенсации расходов по обслуживанию из других источников)».

<sup>157</sup> Нагорная С. В. // «Договор об оказании медицинских услуг» // Дис. ....канд. юрид. наук: 12.00.03: Белгород, 2004 180 с. РГБ ОД, 61:05-12/34- С. 59: «в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг одна сторона (исполнитель – медицинская организация) обязуется оказывать медицинские (профилактические, диагностические, лечебные, восстановительно-реабилитационные) услуги другой стороне (получателю - пациенту) с его согласия, а в предусмотренных законом случаях без такового, который обязан исполнять предписания исполнителя, а другая сторона (заказчик – в лице пациента, страховщика или третьего лица в интересах пациента) обязана оплатить предоставленные услуги».

Своеобразный подход к характеристикам исполнителя медицинских услуг как субъекта предпринимательства проявляет к.ю.н. Зайцева Н.В., который выводится непосредственно из авторского ее определения ДВО медуслуг<sup>158</sup>. Так, исполнителем признается реализующее в предпринимательской сфере конкретную профдеятельность лицо<sup>159</sup>. Фактически примененный в общем термин «лицо» (нет конкретизации) позволяет сделать вывод о том, что под указанную категорию попадают не только лицензированные медучреждения (зарегистрированные юридические лица) но и индивидуальные предприниматели, врачи.

Все вышеприведённые дефиниции всеобъемлющие, многогранно характеризующие ДВО медуслуг, в то же время имеют свои недостатки, недоработки, нуждающиеся в уточнениях.

Основываясь на вышеизложенном, предлагаем редакцию раздела 7 ГК РФ посредством включения как отдельного института рассматриваемого типа договора возмездного оказания медицинских услуг со следующим *авторским* его определением:

*«Договор возмездного оказания медицинских услуг – Договор возмездного оказания медицинских услуг – это соглашение, согласно которому, уполномоченный в соответствии с законодательством РФ о здравоохранении, исполнитель обязуется оказать медицинскую услугу, направленную на удовлетворение потребностей заказчика, осуществляемой в рамках медицинской деятельности, путем непосредственного воздействия на человеческий организм, а заказчик обязуется принять оказанную услугу и оплатить её».*

Продолжая разбор особенностей анализируемого договора, рассмотрим его виды по классификационным характеристикам. Итак, из вышеизложенного определения могут быть выведены следующие юридические свойства этого типа

---

<sup>158</sup> Зайцева Н. В. // «Договор возмездного оказания медицинских услуг в гражданском праве РФ» // Дисс. ...канд. юрид. наук. // М.: 2005. - С. 49. Так, согласно определению «договор возмездного оказания медицинских услуг, согласно которому лицо, осуществляющее соответствующую предпринимательскую деятельность на профессиональной основе, обязуется по поручению гражданина (пациента, третьего лица) выполнить необходимый комплекс медицинских действий, которые направлены на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, а заказчик обязан их оплатить».

<sup>159</sup> См. там же.

договора: консенсуальность, возмездность, двусторонность, публичность, письменная форма, вид договора присоединения, договора в пользу третьего лица, фидуциарный.

Каждый из этих признаков требует отдельного рассмотрения.

Итак, договор оказания медуслуг является **консенсуальным**, ввиду природы своего объекта. Критерий консенсуальности (от лат. consensus – согласие), означает признание договора заключённым с момента достижения участниками согласия по всем существенным условиям договора. Профессор М.И. Брагинский охарактеризовал этот критерий как минимально необходимого для соглашений<sup>160</sup>. Профессор С.С. Занковский углубляясь в проблему классификации договоров (речь идет о консенсуальных и реальных), признает такое разграничение прагматическим соображением законодателя<sup>161</sup>.

Таким образом, специфика объекта (медуслуга) требует непосредственного согласования и очерчивания всех условий о виде, качестве, стоимости и сроках предоставления услуг, а все дальнейшие действия начинаются уже после достижения согласия в рамках договора, и, более того, сам факт несвязанности договора с передачей вещи, позволяют утверждать, что договор предоставления медуслуг является консенсуальным.

**Возмездность.** Данный признак вытекает непосредственно из понятия медицинской услуги. Возмездность представляется одним из главных черт профмедпомощи. Исходя из разработанного в предыдущей главе авторского определения медуслуги и выводимых из него основных качеств, однозначно можно утверждать, что само понятие медуслуги, оказание которой закрепляется договором, обуславливает обязанность медперсонала предоставить надлежащим образом услугу на возмездных условиях, из чего вытекает обязанность получателя оплатить их (непосредственные платежи людей; выплаты из госбюджета РА; страховые выплаты; иные не запрещенные законодательством РА источники). Таким образом, участники

---

<sup>160</sup> Брагинский М. И., Витрянский В. В. // «Договорное право. Книга первая. Общие положения. 3-е изд., стер.» // М.: Статут, 2011. ISBN 978-5-8354-0755-2- С. 392.

<sup>161</sup> Занковский С. С. // «Предпринимательские договоры» // Отв. ред. В. В. Лаптев / М.: Волтерс Клувер, 2004. - С. 25.

договора принимают обязательства в целях получения встречного исполнения от контрагента, в чем и проявляется возмездный характер договора.

Сам факт заключения соглашения между 2-мя сторонами с ответными обязанностями и правами свидетельствует о *двусторонности* договора о предоставлении медуслуг. Законом РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» признается право любого на получение профессиональной высококачественной медпомощи при условии учета нужд последнего и ряда его прав: свободного выбора специалиста, согласия на медвмешательство, конфиденциальность фактов обращения и иных сведений о нем, на информированность о состоянии гигиены достоверно<sup>162</sup>. Обязанностью же получателя является оплачиваемость услуг, своевременная явка для получения услуг, а также соблюдение требований врача в течение пост-лечебного периода. Встречными обязанностями, правами медперсонала же являются надлежащее предоставление услуг и их оплата. В случае, если плата производится из иных источников, приведённых в ст. 25 соответствующего Закона РА, а не за счет самого получателя этих услуг, то часть обязанностей по выплатам делегируется финансирующему лицу.

Соглашение о возмездном предоставлении медуслуг – *публичное*. Медпомощь и медобслуживание реализуются коммерческими организациями или приравненными к ним индивидуальными предпринимателями. Фактически это реализация своего рода предпринимательской деятельности, находящейся в РА под публичным контролем. Ст. 442 ГК РА медобслуживание причислено к предметам публичных договоров<sup>163</sup>, следовательно, сам договор об их предоставлении на коммерческой основе тоже является публичным. Той же статьей устанавливается запрет на приоритет при заключении и отказ от заключения публичного договора с небольшими оговорками<sup>164</sup>. А в случае же отказа (необоснованного) ст. 461 ГК РА закрепляет право иной стороны

---

<sup>162</sup> Закон РА «О Медицинской помощи, обслуживании населения». Принят 04.03.1996. Глава 2. Ст. 4,5.

<sup>163</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 28. Ст. 442: «Публичным договором признается договор, заключенный коммерческой организацией и устанавливающий ее обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится (розничная торговля, перевозка транспортом общего пользования, услуги связи, энергоснабжение, медицинское, гостиничное обслуживание и т.п.)».

<sup>164</sup> См. там же.

обращения в суд для принудительного его заключения и получения компенсации убытков за немотивированное уклонение от данного процесса.

Вышеприведённая статья ГК РА, так же, как ее аналог в ГК РФ<sup>165</sup> стороной-участником публичного договора признает только коммерческие организации. При такой установке возникает вполне логический вопрос, вправе ли некоммерческие медучреждения ставить разницу между обратившимися за медуслугами лицами, т.е. отдавать предпочтение какому-либо лицу?

Кроме того, условие обязательности (для заключения при наличии возможности предоставить соответствующие услуги) публичного договора подразумевает и недопустимость отказа лишь исполнителя, одной стороны, от установленных договором обязательств за именем возможности исполнения этих обязательств. Подобная установка представляет собой своеобразным ограничением волеизъявления одной из сторон – исполнителя (критерия свободы договора). Это ограничительного характера предписание по научным трактовкам направлено на обеспечение претворения им права на медпомощь, защиту интересов именно пациента. Ведь последний – более уязвимая с экономического аспекта сторона таких отношений ввиду наличия фактической, очевидной и веской неравноправности сторон договора об оказании медуслуг<sup>166</sup>. Такой подход к данному вопросу является верным, поскольку в противном случае (т.е. при выдаче медучреждению права на односторонний отказ при наличии возможности от исполнения обязательств), имело бы место противоправное ограничение, нарушение права (конституционного) на медпомощь и охрану здоровья, а, следовательно, и конституционно-гарантированной свободы договора.

Ст. 297 ГК РА установлена **простая письменная форма** для сделок между юридическими лицами друг с другом и последними с гражданами. Следовательно, все коммерческие организации по предоставлению медуслуг, а также приравненные к ним индивидуальные предприниматели-специалисты, также должны придерживаться этой формы заключения сделок.

---

<sup>165</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. СЗ РФ. Ст. 426.

<sup>166</sup> Сирик Н.В. // «Договор оказания медицинских услуг» // Смоленск: Библиотека Смоленского Государственного Университета. 2005г. – Стр. 4.

Исследуемый в рамках данной научной работы тип договора представляет собой разновидность договора присоединения. Сопоставление содержания нормы ст. 444 ГК РА, описывающей сущность договора присоединения<sup>167</sup>, и характеристик договора о платном предоставлении медуслуг, (н.р., обстоятельство, что медучреждение имеет письменную, так сказать, «изложенную на бумаге» форму и конкретную «сущность», под которую подпадают предмет самого соглашения, обязанности и права его сторон, порядок их оплаты), дает возможность причислить исследуемый договор к категории договора присоединения. Здесь же согласие потребителя проявляется в форме присоединения.

Договор оказания медуслуг может быть отнесен к числу *договоров в пользу третьего лица*, лишь в случае предоставления такого рода услуг физическому лицу, не как его стороны, т.е. заказчиком (т.е. это договор, заключенный между исполнителем и заказчиком). Им могут быть лица, как физические, так и юридические.

**Фидуциарность.** Как было отмечено выше, для медвмешательства необходимо согласие человека. Следовательно, правом на согласие и заключение договора обладает прежде сам потребитель медуслуги. По ст. 8 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения» предусмотрена обязанность по вступлению в определенных случаях в схожие отношения, достижению консенсуса и заключению соглашения от имени лица его законного представителя. Этими случаями являются невозможность самого лица действовать по состоянию гигиены (в случае, к примеру, несовершеннолетия) либо некомпетентности (к примеру, признанная законным путем недееспособность). Если нет законного представителя, принимается решение с учетом интересов пациента, профсовета врачей или в редких случаях самим врачом. Приведённая в предыдущей главе одна из характеристик – это активность и согласие самого потребителя услуги. Проблематичный аспект состоит в том, что указанный критерий исключает возможность воздействия (регулирования) ДВО

---

<sup>167</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 28. Ст. 444: «Договором присоединения признается договор, условия которого определены одной из сторон в формулярах или иных стандартных формах и могли быть приняты другой стороной не иначе как путем присоединения к предложенному договору в целом».

медуслуг на отношения, складывающиеся между исполнителем и заказчиком такого рода услуг в случае появления необходимости вынужденного разворачивания без хотя бы предварительного на то согласия (скорые операции, бессознательное состояние нуждающегося в помощи, неотложная помощь и т.д.).

Заказчиками, выступающими юридическими лицами, могут быть как само государство, так и самые разные страховые агентства (компании, организации), фонды благотворительной направленности, работодатели и т.д.

Фидуциарный характер данного договора проявляется в свойственной рынку по медуслугам так называемой «асимметрии» информации. Она состоит в том, что исполнитель более информирован по предмету соглашения, нежели приобретатель. Это в свою очередь выражается в доверии покупателя к продавцу, как неотъемлемого фактора достижения консенсуса. Следовательно, доверительный или фидуциарный характер предмета представленных правоотношений экстраполируется на сам договор.

Любой договор, соглашение имеет свое содержание, т.е. систему или комплекс предписаний, на основе которых оно считается достигнутым. По общему правилу, соглашение признается заключённым исключительно по достижении консенсуса по всем существенным его требованиям (условиям). За неимением согласованности хотя бы по одному из последних договор не признается заключённым и, как следствие, не для сторон его не возникают никаких прав, обязанностей. Такая установка поддерживается и теорией гражданского права, а именно – разработками критериев «четкости» и «определенности» содержания соглашения<sup>168</sup>.

Для каждого вида договора характерны свои существенные условия. Не является исключением в данном аспекте и ДВО медуслуг. Итак, предъявляемыми к нему значимыми предписаниями являются:

- его предмет,
- условия предоставления медуслуг,

---

<sup>168</sup> Гражданское право. Учебник // Под ред. А.Г.Калпина, А.И.Масляева. Часть I: 2-е изд., перераб. и доп. // М.: Юрист, 2002. –С. 379. Здесь изложено следующее: «четкость и определенность содержания договора предопределяет особенности возникающих прав и обязанностей, возможность надлежащего исполнения сторонами обязательств, последствия их нарушения».

- качество последних,
- срок их оказания,
- порядок расчётов,
- права и обязанности,
- ответственность.

Одно из требований, вытекающих из самой сути медуслуг, как предварительная и неременная для медвмешательства предпосылка, – это информированное благоволие информированного пациента. Она вбирает в себя 2-а элемента: полногранное осведомление пациента о согласованной с предметом договора мединтервенции и до момента непосредственного исполнения договора получение согласия на медвмешательство. Таким образом, волеизъявление на медвмешательство информированного пациента по своей юридической природе представляется сделкой, потому и должно соответствовать положениям ГК РА в полном объеме.

Прежде чем перейти к исследованию самого предмета договора, определим субъектов достигаемого вокруг последнего соглашения.

Таким образом, первым необходимым для данного возмездного договора является предписание о наличии данных о потребителе, исполнителе, обоюдном их согласии и посвященность в сути реализуемых услуг. Итак, *сторонами этого договора* являются заказчик медуслуги и ее исполнитель. Интересно, что субъектный круг представляется ввиду предмета соглашения в весьма неодинаковой форме. Вопрос правоспособности сторон был в некоторой мере затронут выше, однако, более фундаментально данная тема будет рассмотрена в следующем параграфе этой главы.

***Предметом настоящего договора является медуслуга,*** как объект гражданских правоотношений, рассмотренный в первой главе этой работы.

Неоднократно акцентировалось внимание автора на законе РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», апеллирующим понятием «медицинская помощь». Однако, определения понятий «медицинская услуга», «медицинская деятельность» и «медицинское обслуживание» законодательно не закреплены. Они оформлены в законодательствах стран со схожими с нашей структурой и уровнем

развитости систем здравоохранения, в подзаконных актах, и ведомственных документах (РА), а также в договорах по оказанию платных медуслуг. Однако, в Армении законодательного закрепления понятие «медицинская услуга» до сих пор не удостоилась. А, не имея четкой законодательной характеристики этих категорий, значительно затрудняется их свободное практическое применение, установление и выделение их отличительных особенностей в рамках соглашения. Таким образом, по сей день одной из самых актуальных проблем правового регулирования в сфере оказания медуслуг является разработка единой общей терминологии. В связи с этим предлагаем закрепить определение медицинских услуг в ст. 1 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» в следующей **авторской** редакции:

*«Медицинские услуги – совокупность профессиональных действий, осуществляемых в рамках медицинской деятельности профессиональным исполнителем и направленных на удовлетворение потребностей заказчика услуг, содержанием которых является медицинское вмешательство в здоровье потребителя услуг».*

При исследовании процесса реализации медуслуг, выделяется одна значимая особенность – овеществлённый результат наряду с неовеществлённым. И опять возникает вопрос, рассмотренный в предыдущей главе нашего труда, как отделить результаты услуги и работы? Ответ на этот вопрос непосредственно можно вывести из определения профессора С. Э. Жилинского, обратившегося к проблеме разграничения самих этих понятий<sup>169</sup>. Так, на основании этого, можно вывести, что заказчику важен материальный конечный результат, принимаемый, в общем, в конце работы после тестирования на качество. Для потребителя при оказании услуг же значимо следствие услуги и ее результат, ее добавочная осязаемая стоимость. Эти толкования носят общий характер, имеются и оговорки: последняя (ожидаемый эффект) не во всех случаях влияет на исполнение обязательств. Ведь действия сторон

---

<sup>169</sup> Жилинский С. Э. // «Предпринимательское право (правовая основа предпринимательской деятельности)» // М.: «Норма-Инфра», 2001. - С. 154-155. Определение: «Работа – процесс трудовой деятельности, в результате которого создается конкретная материальная ценность: построен дом и т.д. Трудовые же усилия по оказанию услуг не материализуются в каком-то новом предмете. Они лишь увеличивают стоимость уже созданных предметов, восстанавливают его утраченные свойства, удовлетворяют духовные и иные нематериальные потребности людей».

основываются лишь на стремлении к хорошему конечному результату и своей взаимосогласованностью они могут лишь приблизиться к эффективному концу. При этом не во всех случаях возможный конец может совпадать с желанием сторон (или зависеть от него). К такому типу договоров (услуг) и относится договор об оказании медуслуг. Подобное разграничение служит одним критериев разделения договоров оказания услуг и подряда.

При рассмотрении широкого круга медуслуг в науке выявляется смежный тип договора, характеризуемый как смешанный договор<sup>170</sup>. Он вмещает в себя услуги (операция) и конкретные действия по передаче имущества либо в пользование или собственность (например, медуслуги по протезированию).

В противовес представленному, в науке имеется другая позиция, рассматривающая медуслугу (предмет договора) как целостное, совокупное явление, состоящее из системы конкретных нацеленных на получение ожидаемого от услуг эффекта действий.

М.В. Кабатов получение овеществленного результата непосредственно связывает и даже рассматривает их в качестве единого целого с рядом разнородных действий: проведение лечения (медикаментозного), обследований<sup>171</sup>. Следовательно, материальный результат в некоторых соглашениях по предоставлению медуслуг связан с широкой разновидностью услуг, наличием таких совокупных услуг, предоставление и реализация которых скрепляется в одном договоре. Смысл такой оговорки – не в пошаговой реализации вбираемого «набора» договоров, а целостное гарантирование синхронизированного исполнения единой качественной медуслуги.

Определение качества является очередной правовой проблемой регулирования процесса по заключению договоров оказания медуслуг, дальнейших разрешений, возникающих вокруг последних споров. Как уже приводилось, важнейшим подтверждением факта заключения договора является достигнутый сторонами компромисс по всем существенным его обстоятельствам (ст. 448 ГК РФ)<sup>172</sup>. Однако

---

<sup>170</sup> Д.И. Степанов // «Услуги как объект гражданских прав» // «Российская юстиция» No. 2, 2000 г.

<sup>171</sup> Кабатов М.В. // «Возмездное оказание услуг» // Гражданский кодекс РФ. ч 2. // Под ред. О.М. Козырь, А.Л. Маковского, С.А. Хохлова. Международный центр финансово-экономического развития 1996. С. 393.

<sup>172</sup> Гражданский Кодекс РФ от 05.05.1998г. // Официальный Вестник РФ 1998 г. Глава 29. Ст. 448.

проблемными с такой точки зрения являются ситуации, при которых отсутствуют данные о процедурах или их комплексе, наведенных на диагностику, лечение и профилактику заболеваний, имеющих сепаратный финальный эффект и отдельную цену. За неимением указанных типов данных становится невозможным и установление конкретного предмета договора, являющегося существенным условием. Следовательно, договор может быть признан незаключенным и не иметь никаких результатов.

На сегодняшний день причина такого расположения дел – факт: существующие стандарты качества далеко не для всех видов медуслуг, одни из них устарели, другие – лишь в процессе становления. Поэтому разработанное в тексте договора предложение по учету стандартов качества, пока ещё не закреплённых, просто неуместно. На данной этапе в стране качество определяется действующим технологиям, всеобщим способам лечения, заданными для проводящей лечение медорганизации параметрами. Проверка на качество уже реализованных медуслуг в ряде случаев (например, возникновения споров между лечащим и лечащимся), назначается независимая медицинская экспертиза. Определённая ст. 22 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения», судмедэкспертиза, как самостоятельная форма медицинской экспертизы, направленная на определение качества медицинского вмешательства и ответственности за несоответствие последнему, подлежит детальному изучению в следующей главе нашего научного труда.

Вышеуказанный обязательный критерий данного вида договора – возмездность – подразумевает необходимость предусмотрения в самом его тексте *цены договора*<sup>173</sup>. Ст. 440 ГК РА определяет оплачиваемость исполнения договора по достигнутой компромиссом сторон цене<sup>174</sup>. Здесь же устанавливается возможность определения цены, ее регулирования компетентными госорганами<sup>175</sup>.

---

<sup>173</sup> Т. Зограбян «Анализ существенных условий договора возмездного оказания медицинских услуг», «Вектор Науки Тольяттинского государственного университета», № 3 (30), 2017, стр. 10-15.

<sup>174</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 28. Ст. 440.

<sup>175</sup> См. там же.

Одной из присущих ДВО медуслуг черт является договоренность лишь на приблизительную (первоначальную) цену за реализуемый масштаб услуг. Особенность именно в невозможности заведомого определения масштаба выполняемых услуг, направленных на достижение желаемого результата. А это вполне может сменить общую стоимость реализуемых услуг, что, в общем, не запрещено законом. Ст. 440 ГК РФ при регламентации вопросов стоимости (цены) договоров в подобных случаях устанавливает правило оценки услуг по цене, взимаемой при возможности сравнения за схожие, в данном контексте, услуги<sup>176</sup>. Значит, цена должна быть определена на уровне, принимаемом за базисный, как правило взимаемый за аналогичные услуги. Пациент заранее должен быть извещен о возможности изменения (в сторону повышения) предварительной цены услуги ввиду необходимости в дополнительных действиях по диагностике и лечению. При этом, поставщик услуг не может реализовывать подобные действия без согласия на то их адресата или навязывать их последнему.

Изучение вопроса цены договора, необходимо означать две его проблемные стороны: резонное установление цены медуслуг на рынке (ценообразование) и конкретизация вопроса, должна ли цена быть признана существенным условием ДВО медуслуг.

Первый вопрос – ценообразование, стал наиболее «наболевшим» из-за становления и увеличения частного сектора в здравоохранительной сфере и государственного нормотворческого регулирования методологии установления и сохранения цен на рынке медуслуг, как одной из наиболее важных социально-ориентированных сфер. Ценообразование – специфический процесс по установлению цен, конкретизации и фиксации их уровней и взаимосвязей, объективный базис которых выражается в социально надобных затратах той или иной деятельности (труда), выражающихся в цене через денежные средства. Цена же, в свою очередь, вмещает два составляющие: себестоимость и прибыль. Себестоимость услуг, исходя

---

<sup>176</sup> См. там же. «Изменение цены после заключения договора допускается в случаях и на условиях, предусмотренных договором или законом. В случаях, когда в возмездном договоре цена не предусмотрена и не может быть определена на основе условий договора, исполнение договора должно быть оплачено по цене, которая при сравнимых обстоятельствах обычно взимается за аналогичные товары, работы или услуги».

из общепринятого ее определения, – это стоимостная оценка применяемых в процессе их реализации различных затрат на используемые материалы, топлива, энергии, основные фонды, трудовые ресурсы, их производство и др.

На рынке медуслуг же определение объективной себестоимости является весьма проблематичной: вложенный трудовой потенциал отражается непосредственно на здоровье пациента и выражается в виде конкретного результата. Примером может служить коронарное стентирование, подпадающее под представленные выше критерии медуслуг. Стоимость данной процедуры в РА составляет 1.1 млн драмов. Здесь вполне логична постановка вопроса, основным компонентом цены является ли стоимость самого стента либо работа хирурга; если же в последнем случае имеется положительный ответ, то – как же определить стоимость услуги по предотвращению летального исхода.

Переходя к следующей составляющей – прибыли, появляется необходимость определения уровня, обеспечивающего баланс по сохранению стабильного экономического становления и продвижения частного сектора в сфере здравоохранения и обеспечения доступности (для населения) широкого спектра медуслуг. Именно последнее условие является весьма весомой составляющей эффективности здравоохранительной системы.

Условие доступности в науке исследуется в 2-х аспектах: финансовой и прямой. Под последней понимается присутствие неподалеку от медучреждений готового к предоставлению в случае необходимости помощи профмедперсонала (медпункт, больница, поликлиника, семейный врач, амбулаторная, центр здоровья и т.п.). Как было отмечено выше, высокопрофессиональные службы третичного уровня в большей мере расположены в столице и в оснащенных высококласными технологиями и оборудованием спецучреждениях (а также 68,3% врачей РА реализуют меддеятельность в столице). Фактически медуслуги в Ереване в прямом понимании полностью доступны. Иная обстановка имела в административно-территориальных делениях (в период до 2010-ых г.), откуда для получения основной медпомощи люди вынужденно выезжали в Ереван. Положительные изменения, однако, и в этом аспекте очевидны. Минздрав РА с 2014 г. разработал и провел

политику особого контроля за деятельностью медучреждений всех административно-территориальных делений в целях обеспечения равномерного динамичного развития и продвижения.

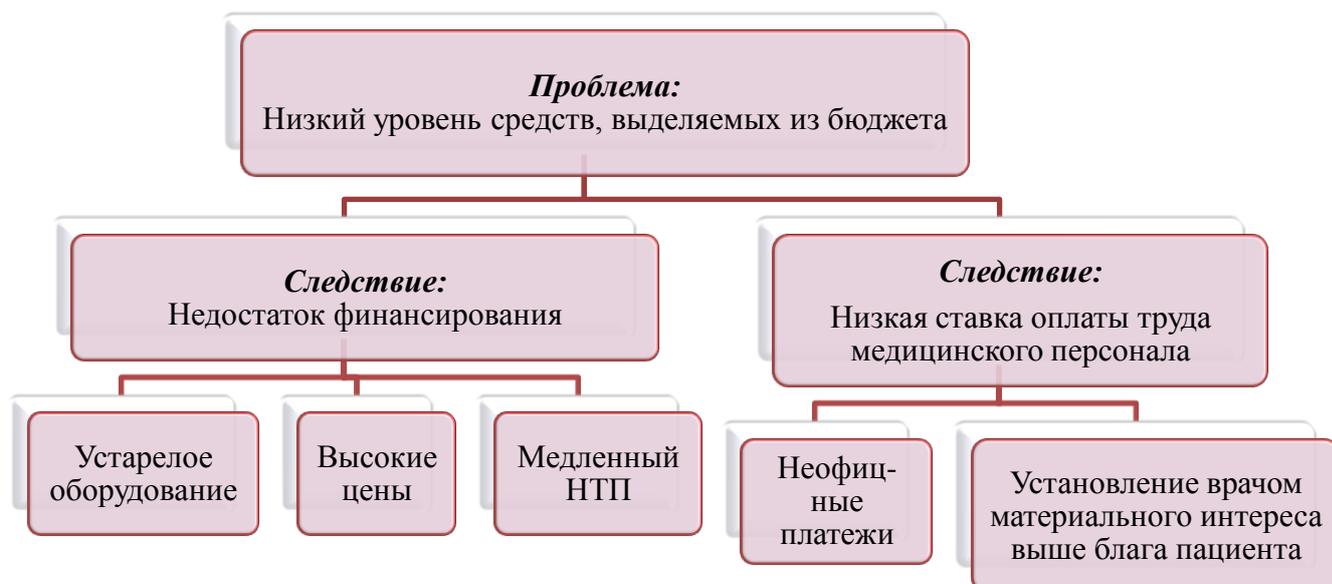
Критерий «динамичное развитие» вбирает в себя деятельность в нескольких направлениях по:

- финансированию медперсонала и работников административно-территориального деления (улучшенная оплата работы указанных лиц);
- финансирование самих медучреждений (путем передачи им медоборудования, транспортных или иных средств).

Одновременно проводится мониторинг на деятельность данных учреждений с применением установок по получению отчетов и повременного контроля разворачиваемой последними деятельности. Фактически проводятся реальные и основные мероприятия по улучшению фактора доступности медуслуг в прямом понимании.

Рассмотрим понятие доступности с финансового аспекта. Изрядно снижающие степень доступности медуслуг проблемы наблюдаются именно в этом аспекте. По статистическим данным в 2008 г. основной причиной избегания нуждающихся от медпомощи составили именно финансовые причины. Они составляют очень большой процент в числе иных указанных во время опроса причин – 78%. Эта группа причин составляет комплекс взаимосвязанных различного характера детерминантов. В основе их лежит публичный сектор и, как следствие, ряд связанных с ним причин: отсутствие чётких стандартов ценообразования, достаточных средств и ресурсов в здравоохранительной системе, улучшение санитарных и иных условий, в том числе степени оснащённости и т.д. Как видно, рассматриваемая проблема – объёмная и многоаспектная и является детерминирующей некоторые отрицательные последствия: низкий уровень выделяемых ведомствами на решение проблем средств, связанных, в том числе и с зарплатами, что резко увеличивает количество проблем, представленных ниже на Рис.3, и др.

Рис. 3. Комплекс проблем, связанных с отсутствием достаточных средств.



Составляя небольшую логическую цепочку, отсутствие достаточного финансирования приводит к высоким показателям цен на медуслуги. Критерий доступности не учтен и полностью отсутствует и при определении перечня лекарственных средств и препаратов, о чем свидетельствуют высокие цены на них. Причина тому – отсутствие государственного вмешательства на рынке фармацевтической продукции и на политику ценообразования. В условиях развивающейся медицинской системы, наличия совершенствованных способов лечения большая часть членов общества все же не имеют возможностей на получение услуг фармацевтического характера. В Армении имеется очень низкий уровень финансирования лекарственных препаратов и средств: в течение года на эту часть медицины выделяются средства меньше \$2 на человека. Высокие в фармацевтике цены делают ее для большинства населения практически недоступной. Кроме того, с 2001 г. был введен НДС на лекарства, что еще более усугубило и без того проблемную ситуацию, привело в медучреждениях к увеличению цен даже на медоборудование и технические средства<sup>177</sup>. Выделяемые из бюджета средства лишь хватают на номинальный базовый пакет (ББП), охватывающий около половины

<sup>177</sup> Developing National Drug Policy in Armenia, KazarianI., 2002.

населения. В результате очевидным становятся большой разрыв и противоречие в прогнозах по внедрению пакета бесплатных медуслуг и имеющихся средств.

В такой обстановке сопровождающей проблемой является наличие устарелого оборудования ввиду недостатка средств на обновление, также замедляющих НТП (научно-технический прогресс). Ряд медучреждений РА до сих пор применяют оборудование еще советских времен. Безусловно, совпадая с критерием качества, они не соответствуют критерию современности. Это, к примеру, устаревшие рентгеновская, анестезиологическая техника. Наряду с такими учреждениями выделяются и категории спецучреждений, имеющие экстра-современные технологии. Это и компьютерные, и магнитно-резонансные томографы (КТ и МРТ), и лазеры, робототехника для дистанционных операций и т.д. Этот разрыв может быть преодолен лишь посредством госвмешательства и внедрения в процессе лицензирования конкретных госустановок по повышению как самих стандартов (также и технической направленности), так и строгости предписаний к их соблюдению соответствующими спецучреждениями.

Иной вытекающей из основной (недостаточность средств) проблемой и главным фактором, влияющим на показатель доступности медуслуг, представляется низкая оплачиваемость медперсонала. Следствием того является конфликт интересов врача и пациента, окончательно выражающийся в выборе врачом своего личного материального интереса благам (интересам) пациента, что приводит к увеличению количества «теневых» платежей. Тем самым, нарушается общая норма, устанавливающая на то запрет<sup>178</sup>. Оплачиваемая пациентом основная часть средств носят неофициальный характер и составляют плату за услуги: медработников, по диагностике, лекарства и медаппараты. Честная хорошая медсистема должна быть основана на госвмешательстве и строгом контроле по ведению так называемой «белой кассы», которой исключается возможность вступления медперсонала в торговые отношения с пациентом. Все платы должны вноситься пациентом

---

<sup>178</sup> Международный кодекс медицинской этики. Принят 3<sup>ей</sup> Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 года, дополнен 22<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года. Правило: «Принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов».

официально в кассу. В Армении после конституционной реформы в 2006 г. неотложная помощь (медико-санитарного характера) бала признана безвозмездной в отличие от больничных услуг. Исследования показывают, что в данный момент неформальные платежи за данный вид помощи составляют небольшой процент и малозначительны.

Вышеизложенное непосредственно приводит к умозаключению о том, что цена и порядок оплаты – существенные для ДВО медуслуг условия вследствие особой своей значимости как по показателю доступности, так и по их удельному весу при конечном решении о заключении такового.

Следующее существенное условие вызвавшего у нас интерес данного вида договора – *срок его исполнения*. В договоре обязательна оговорка о сроках предоставления услуг, т.е. конкретные даты начала и конца их реализации. Однако, так же, как и при определении цены, процесс достижения ожидаемого от услуги результата может затянуться вследствие появления необходимости в дополнительных действиях и процессах (диагностика, лечение), о чем устанавливается обязанность исполнителя по извещению или предупреждению заказчика. Эта обязанность должна быть выражена в качестве отдельного условия в самом тексте договоре. Примечательно, что действующее законодательство, как РА, так и РФ, не определяет в нужной степени условия о сроках предоставления и реализации медпомощи. Исключение составляют случаи безотлагательной помощи. Если принять, что в случае невозможности определения конкретного срока посредством техники толкования условий договора и что в таком случае подлежит применению положение об исполнении обязанностей в разумные сроки, то разумным в сфере медицины должен быть признан срок, соответствующий нуждам пациента, особенностям его организма, действующим медстандартам, и т.п. Иначе говоря, *разумный срок оказания медуслуги* – это наикратчайшее возможное, необходимое для приготовления к проведению соответствующих спецопераций, гарантирования учета всего комплекса условий их реализации для достижения ожидаемого заказчиком результата, время.

Соблюдение и нарушение сроков, оговорённых в договоре, напрямую связаны с устанавливаемым договором и анализируемым в следующем параграфе данной главы отдельным разделом – «Права и обязанности сторон».

## **2.2. Субъекты и их правовой статус в договоре возмездного оказания медицинских услуг**

Выше были проанализированы отличительные признаки, характеристики, особенности, существенные условия, согласованность чего делает возможным заключение ДВО медицинских услуг. В этом параграфе раскрывается и анализируется сама суть, производная договора – порождённые ею для сторон обязанности, права. Итак, как выше было отмечено, субъектный состав представляется в очень неодинаковой форме в зависимости от предмета договора. Его основными компонентами выступают стороны, принимающие на себя возникающие из договора встречные права и обязанности, – в обобщённом виде, предстающие в качестве исполнитель и заказчик, а также иные лица, выступающие на их стороне. Приступим к раскрытию правового положения сторон и начнем исследование с анализа правосубъектности инициатора заключения договора и создания правоотношений – **заказчика**. В лице заказчика (потребителя) позиционируются два субъекта: получатель и плательщик. Иногда оплачивает медуслуги сам их получатель, ввиду чего указанные два субъекта сливаются в одно целое. Оплачивающий услуги и их, скажем так, адресат могут и не быть одним и тем же лицом, если адресат – это выгодоприобретатель, а оплата производится третьим лицом. Как выше было отмечено, бывают и случаи, когда получатель услуги и заказчик – потребитель – являются различными лицами. К примеру, покупатель – законный представитель, родственник, заинтересованное лицо или благотворительная организация, а потребитель – недееспособное лицо (частично или полностью) в силу болезненного

состояния или возраста. Определение термина «потребитель» изложено в ст. 1 Закона РА «О защите прав потребителей»<sup>179</sup>.

Определение широко употребляемого и в медицинской науке, и в повседневной жизни, термина «пациент» со всеми принадлежащими ему правами, наиболее точно разработал и изложил в одной из юридических энциклопедий М.Р. Согомонян<sup>180</sup>. Так, «пациент» определяется как человек, получающий профилактические, диагностические, услуги, помощь и обслуживание (в сфере медицины) в компетентных спецучреждениях.

Поскольку в РА и РФ не имеется единого нормативно-правового акта, регулирующего именно процесс возмездного оказания медуслуг, обратимся к исследованию ряда документов, охватывающих данную сферу. Безусловно, сперва в иной раз выделяется право любого человека на здравоохранение, закреплённое как ст. 1 Конституции РА, так и в ряде таких международных договоров как *«Европейская социальная хартия»* от 03.05.1996 г., *«Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах»* от 16.12.1966 г., рассмотренных в первой главе нашего диссертационного труда. Весьма весомый вклад в процесс установления основного перечня норм необходимых для обеспечения защиты прав пациента *«Лиссабонской декларации о правах пациента»* от октября 1981 года, закрепляющих 6 основных прав пациента:

1. свободного выбора врача;
2. на имеющего гарантии независимости врача
3. соглашаться с лечением или отказываться от предлагаемого ему лечения;

---

<sup>179</sup> Закон РА «О защите прав потребителей», принят 26.06.2001. Гл.1. Основные понятия: «потребитель - гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести товары (работы, услуги), предусмотренные исключительно для личного, семейного, домашнего или иного использования, не связанного с предпринимательской деятельностью».

<sup>180</sup> Юридическая энциклопедия // Руководитель авторского коллектива – др. юр. наук, проф. Хачатуров Р.Л.; Под общей редакцией д-ра юр. наук, засл. проф. РАУ Цагикяна С. Ш., - Ер: Российско – Армянский Университет, 2017. – 912 с. Итак, **«пациент** – лицо, которое получает профилактические, диагностические, медицинские услуги, помощь и обслуживание в медицинском или в других соответствующих организациях. Пациент имеет право на выбор врача и выбор медицинской организации, а также на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, получение консультаций врачей, специалистов, облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, получение информации о своих правах и обязанностях и о состоянии своего здоровья, защиту сведений, составляющих врачебную тайну, отказ от медицинского вмешательства, возмещение вреда, причинённого его здоровью при оказании медицинской помощи и т.д.».

4. на конфиденциальность;
5. на достойную смерть;
6. на получение или отказ от духовной либо какой-либо иной моральной поддержки религиозными представителями<sup>181</sup>.

Данные положения легли в основу создания регламента поведенческих норм, более известного на западе как «Professional Code of Conduct», рассмотренного в первой главе нашего научного труда. Создание данного аналога для нашей системы здравоохранения должно являться приоритетом как залога улучшения качества, обеспечения неприкосновенности здоровья личности и определения пределов ответственности исполнителя в случае нанесения вреда.

Эти же права легли в основу и национального законодательства РА и нашли выражение в ст. 5 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения». Итак, адресаты медуслуг и обслуживания обладают правами:

1. свободного выбора, предоставляющего помощь и услугу лица;
2. по соблюдению их поставителем предписаний гигиены;
3. на конфиденциальность по всем данным и сведениям: начиная с момента обращения за услугами до и после момента полного его выздоровления;
4. на осведомленность о своем состоянии (и характере заболевания);
5. на согласие на вмешательство и отказ от него;
6. достойное к нему отношение со стороны медперсонала<sup>182</sup>.

---

<sup>181</sup> Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981. Итак, права пациента: «а) пациент имеет право свободно выбирать врача, б) пациент имеет право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях, в) пациент имеет право, получив адекватную информацию, согласиться на лечение или отказаться от него, г) пациент имеет право рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как к конфиденциальной, д) пациент имеет право умереть достойно, е) пациент имеет право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее».

<sup>182</sup> Законе РА «О медицинской помощи, обслуживания населения», принятый 04.03.1996 г. Ст. 5: Пациент имеет право: а) выбирать лицо, осуществляющее медицинскую помощь, обслуживание; б) получать медицинскую помощь, обслуживание в условиях, соответствующих требованиям гигиены; в) требовать обеспечения тайны по факту обращения за помощью к врачу, по сведениям, выявленным в ходе исследования, диагностики состояния своего здоровья и лечения, кроме случаев, предусмотренных законодательством Республики Армения; г) быть осведомленным о своей болезни и давать согласие на медицинское вмешательство; д) отказаться от медицинского вмешательства, кроме случаев, предусмотренных настоящим Законом; е) на уважительное отношение со стороны лиц, осуществляющих медицинскую помощь, обслуживание».

Права пациента подкрепляются положениями Закона РА «О защите прав потребителей», который на данный момент, наряду с иными правовыми актами, в некоем роде заполняет пробел, образованный отсутствием унифицированного регламента качества в данной сфере, вышеупомянутого документа «Professional Code of Conduct». Ст. 5 упомянутого Закона устанавливает некоторые своего рода «правила» качества услуги. Во-первых, излагая в виде обязательства поставителя услуг, здесь говорится о необходимости гармонизации качества реализуемых и оговоренных в самом договоре услуг. При отсутствии в самом тексте соглашения оговорки о качестве услуг, здесь же опять-таки, излагая в виде обязательства, законодатель закрепляет положение о соразмерности реализуемых услуг целям, для которых таковые оказываются. При этом, и опять в форме возложенной на исполнителя обязанности, закрепляется приоритет в отношении иных требований очерченных на законодательном уровне обязательных предписаний к качеству услуг<sup>183</sup>.

Следует ещё один раз отметить наличие асимметрии информации на рынке медуслуг, откуда и исходит специфика данной услуги – исполнитель часто сам определяет ту услугу, в которой нуждается пациент, что ставит вопрос о добросовестности исполнителя, необходимости оказания услуги и, следовательно, её безопасности.

Далее в ст. 8 того же Закона в форме права потребителя оговаривается требование безопасности. Так, предписание о безопасности услуги действует без исключений и в нормальных условиях использования и применения услуги. Это предписание по сути своей является обязательным и законодательно очерченным. Вместе с тем, для обеспечения действенности требования об отсутствии угрозы в отношении жизни, здоровья адресата услуг здесь закрепляется специальное положение, регулирующее случаи появления необходимости в следовании особым указаниям, инструкциям в процессе применения, хранения, перевозки, реализации услуг, товаров, работ. В подобных случаях законодателем на исполнителя возлагается обязанность по непосредственному оформлению инструктажа в соответствующих,

---

<sup>183</sup> Закон РА «О защите прав потребителей», принят 26.06.2001. Гл.1. Ст.5.

сопровождающих услугу, товар, работу документах (путем маркирования, фиксации на этикетке или другим методом). А на исполнителя, продавца возложена при этом обязанность извещения об этих специфических предписаниях<sup>184</sup>.

В части медуслуг данная норма закрепляет право и необходимость заказчика/пациента быть осведомлённым надлежащим образом о соблюдении спецпредписаний уже после реализации услуги в процессе реабилитации. Далее ст. 11 представленного Закона предусматривает также право потребителя на осведомленность. Так, на поставителя услуг возлагается обязанность на предоставление их адресату достоверной, точной и нужной информации о них. Той же статьёй четко формулируется конкретный список обязательной информации о/об:

1. соразмерности и соответствия нормативных, правовых документов предписаниям, предъявляемым к самим услугам;
2. при наличии у адресата какой-либо болезни об ограничениях, препятствующих реализации услуг;
3. порядке и цене оказания услуг;
4. обстоятельствах и предписаниях по применению услуг, направленные на обеспечение эффективности и безопасности их адресата;
5. реализованности обязательной сертификации;
6. конкретных инструкциях по реализации услуг<sup>185</sup>.

Для обобщения приведём результат анализа одного из российских специалистов А.В. Тихомирова, изложенного на основе Закона РФ «О защите прав потребителей» и устанавливающего круг прав пациента (потребителя) на:

1. безопасность услуг (ст. 7);
2. информированность о поставителе услуг и о характере предоставляемых услуг (ст. 8-10);
3. своевременность получения услуги (ст. 27);
4. качественные услуги (ст. 29);

---

<sup>184</sup> См. там же. Гл.1. Ст.8.

<sup>185</sup> Закон РФ «О защите прав потребителей», принят 26.06.2001. Гл.1. Ст.11.

5. информированность об условиях, способных воздействовать тем или иным образом на качество предоставляемой услуги (ст. 36);
6. неимения специальных, особых знаний в данной сфере (ст. 12);
7. свободного выбора и реализации мер ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств<sup>186</sup>.

Такое выделение в очередной раз подтверждает схожесть армянского и российского рынков медуслуг и отсутствие в них регламентирования качества.

Представляется, что действие вышеназванных положений распространяется как на медуслуги, оказываемые возмездно, так и на бесплатные иные медицинские действия вне зависимости от частной либо публичной собственности, организационно-правовой формы, и т.д. ввиду императивного характера норм, обеспечивающих любую надлежаще оказанную медпомощь.

Учитывая, что медуслуга является «подразделом» медицинской помощи и, абстрагируясь от вышеизложенного, в заключение можно выделить следующий круг *прав* заказчика/услугополучателя:

- а. выбор медучреждения, специалиста;
- б. всецелая осведомлённость об исполнителе услуги, состоянии гигиены, дальнейших действиях по достижению ожидаемого от услуги эффекта, возможного результата, и необходимых действий для содействия со своей стороны;
- в. выражение согласия;
- г. по качественной услуге на условиях и в сроки, оговорённые в договоре;
- д. прохождения через возможные процессы в надлежащей санитарно-гигиенической обстановке;
- е. сохранности в тайне как данных о состоянии гигиены, предоставляемых услугах и диагностических сведений, так и самого факта обращения за медпомощью.

---

<sup>186</sup> Андреев Ю. Н. // «Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика» // М.: «Ось-89». - 400 с. (Серия «De jure»). 2007 г.

Вполне естественно, что любому праву противостоят ограничения в виде обязанностей. Не является исключением и рассматриваемые отношения: обязанности заказчиков (потребителей) медуслуг выливаются в права их исполнителя:

- а. надлежащее и качественное исполнение, следование режиму, предписаниям, определенным исполнителем договора, извещение о фактах, которые по возможности и при наличии могут повлиять на весь процесс (например, имеющейся у пациента-заказчика аллергии на те или иные препараты и средства, о перенесенных заболеваниях, и т.д.);
- б. на основе ст. 779 ГК РА своевременная и с соблюдением всех изложенных в договоре требований оплата предоставляемых или предоставленных услуг.

Исполнитель в рамках данных правоотношений тоже имеет конкретно определяемый правовой статус. Лишь после исследования этого аспекта можно перейти к изучению проблемы его правосубъектности.

Итак, **исполнитель** медуслуг, более статичная сторона правоотношений, выполняет публичную оферту, а, следовательно, и предоставляет общие для различных адресатов условия соглашения. Понятие «исполнитель» по своей сути характеризуется в ст. 1 Закона РА «О защите прав потребителей»<sup>187</sup>. Из этого положения непосредственно можно заключить, что в отношениях, связанных со сферой медицины, одной стороной всегда является специализированное либо медучреждение, либо сотрудник.

Анализ законодательства РФ показывает, что медорганизацией может быть признано любое учреждение, разворачивающее меддеятельность (вне зависимости от ее организационной формы) и имеющее на то спецразрешение. К таким организациям приравниваются и те, которые кроме своей основной направленности, разворачивают

---

<sup>187</sup> Закон РА «О защите прав потребителей», принят 26.06.2001. Гл.1. Ст.1: «исполнитель - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, выполняющие работу или оказывающие услугу потребителям по договору».

деятельность и в сфере медицины, и еще отдельные индивидуальные предприниматели<sup>188</sup>.

Вместе с тем, российское законодательство раскрывает и понятие «медицинский работник», критерием выделения которого служат его рабочие обязанности. Итак, под категорию медработника подпадает человек с соответствующим образованием (медицинским или другим), работающий в соответствующем учреждении и в силу своих обязанностей реализует меддеятельность. В эту же категорию входят и непосредственно реализующие меддеятельность индивидуальные предприниматели<sup>189</sup>.

Эти нормативные определения, по нашим представлениям, – исчерпывающие. Толкование этих норм наряду с раскрытием смысла нормативного описания меддеятельности не даёт конкретных результатов по определению вопроса о распространении действия этих норм на деятельность представителей нетрадиционной медицины (натуропатия, гомеопатия, лекари, акупунктура). Если их деятельность подпадает под действие рассматриваемых норм, то их можно признать медицинского характера и как следствие возникает иной вопрос о возможности признания по приведенному выше определению последних медработниками.

В настоящее время подобного характера описательные нормы содержатся лишь в законопроекте РА «О здравоохранении» от 2005 г., который так и не стал законом, хоть и прошел первое чтение. Согласно последнему, ст. 4 определяется медицинское учреждение как обладающие специализацией на медобслуживание и помощь организации не только в виде юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, но здравоохранения<sup>190</sup>. Эта норма должна обязательно конкретизировать порядок получения лицензии и выдающего его органа. Далее, та же статья обращается к описанию категории медработника, в качестве которого

---

<sup>188</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017)

<sup>189</sup> См. там же. «медицинский работник – это 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>190</sup> Законопроект РА «О здравоохранении». Первое чтение. Ч-501-08.02.2005-ЦУ-010/1. Авторский перевод.

выделяются только реализующие медобслуживание и помощь люди с соответствующей квалификацией и образованием<sup>191</sup>.

Представляется необходимой коррекция этой нормы и дополнение ее двумя требованиями о рассмотрении фактической реализации меддеятельности как обязательного условия:

1. включения его в круг профессиональных рабочих обязанностей работника медорганизации,
2. установление его как отдельной непосредственной функции индивидуального предпринимателя.

Широкое применение термина «предпринимательская деятельность» требует обращение к Закону РА «О предприятиях и предпринимательской деятельности», который очерчивает круг ее субъектов:

- индивидуальный предприниматель;
- владелец (собственник) организации;
- уполномоченный последним в законном порядке орган – это граждане РА и других государств, апатриды,
- юридические лица, учреждения, по статусу не относящиеся к категории юридических лиц.

Таким образом, проецируя эту установку на рынок по медобслуживанию, в целом следует различать юридических лиц, структуры публичного характера, индивидуальных предпринимателей и медсотрудников, реализующих деятельность без регистрации в качестве субъекта предпринимательства.

В РА вопросы по деятельности медицинского характера (объекта разрешительной деятельности) регулируются Законом РА «О лицензировании» и Постановлением Правительства РА от 29.06.2002 г. № Н-867<sup>192</sup>.

Анализ указанных нормативных актов позволяет определить необходимые для приобретения в РА соответствующей лицензии:

---

<sup>191</sup> См. там же. Авторский перевод.

<sup>192</sup> Постановление Правительства «Об утверждении порядка лицензирования деятельности, связанной с производством лекарств, лекарственной деятельностью, осуществлению медицинской помощи и обслуживания организациями и индивидуальными предпринимателями и утверждении образцов лицензий данных видов деятельности» от 29.06.2002 г. № Н-867.

- заявление в четко определённом порядке Минздраву РА о выдаче лицензии,
- свидетельство о госрегистрации собственности или права пользования помещением, в пределах которого предполагается реализация медпомощи, обслуживания,
- копия плана помещения, выданного компетентным органом.

Более того, лицензируемое медучреждение в течение 5-и дней до начала своей деятельности должно предоставить Минздраву РА данные о своих сотрудниках. Конкретно должны быть предоставлены сведения о наличии у сотрудников соответствующей квалификации (диплом о профобразовании, о высшем образовании), а также выданный в соответствии с законом РА «О медицинской помощи и обслуживании населения», сертификат о непрерывном совершенствовании (в профессиональном аспекте)<sup>193</sup>. Последний устанавливается Законом РА «О медицинской помощи и обслуживании населения». Из смысла ст. 19 этого Закона непрерывное совершенствование подразумевает непрерывающийся профессиональный рост, улучшение профдеятельности в 5-илетний период, расширение и улучшение уже имеющихся знаний и опыта. За полученные знания и навыки подсчитываются кредиты непрерывающегося профсовершенствования и CPD кредиты.

Разновидности профессионального непрерывного развития для обеспечения профессионально непрерывного роста включают в себя:

- а. приобретение комплексных знаний как теоретических, так и профподготовки в РА или других странах, участие в семинарах, научных конференциях, симпозиумах, и конгрессах, их организация;
- б. улучшение практического опыта путем проведения различных мероприятий профессионального практического характера;

---

<sup>193</sup> ՀՀ կառավարության 29 հունիսի 2002 թվականի «Հայաստանի Հանրապետությունում դեղերի արտադրության, դեղատնային գործունեության, կազմակերպությունների կամ անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման, իրականացման լիցենզավորման կարգերը եվ նշված գործունեությունների իրականացման լիցենզիայի ձևերը հաստատելու մասին» N 867 որոշում հավելված 5 կէտ 11

в. реализация научно-исследовательской деятельности посредством опубликования или презентации результатов исследований практических материалов; участие (организация) в отдаленном или интерактивном обучении и саморазвитии.

Налицествует четкая система расчета суммы указанных выше 2-х групп кредитов в 5-летний промежуток.

1) для старших медслужащих – не менее 220 CPD кредитов. Для фармацевтов и других специалистов (не медиков) – минимум 160;

2) для медслужащих среднего класса 140 CPD кредитов. Для фармацевтов и других специалистов среднего класса – минимум 120.

Также для занятия медицинской деятельностью в некоторых случаях обязательно наличие разрешения, сертификатов, трудового стажа. Более того ст. 20 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения», на некоторые категории лиц медперсонала до поступления на работу и в разные периоды работы возлагается обязанность прохождения медосмотров, обследований, за которой ставится цель обеспечения безопасности гигиены членов социума, предупреждения и профилактики заразных и иных заболеваний, возникновение которых возможно по факту их работы. Следует отметить, что по инициативе Минздрава РА были предложены пути улучшения кадровой квалификации, переподготовки и регистрации и с 4 мая 2016 г. вступили в силу поправки к закону «О медицинском обеспечении населения РА», обуславливающие внедрение кредитной системы беспрестанного медобразования и профессионального развития, а также внедрение Единого государственного регистра медицинских работников. Этот шаг – важный и весьма передовой для развития рынка в сфере медобслуживания РА.

Очевидно, что на законодательном уровне устанавливается высокая профессиональная планка для лиц, занимающихся меддеятельностью. Обязанность же контроля за продолжительным профессиональным развитием лиц, лежит на организации-работодателе, получившей лицензию.

Тем самым, выделяются два разных понятия: лицо, реализующее меддеятельность и лицо, оказывающее медпомощь. Медпомощь или совокупность

подобных действий, реализуемых непосредственно и преследующих цель сохранения, реабилитации и направленных на поддержание, восстановление и подкрепление гигиены, осуществляется медработником (санитаром, медсестрой, врачом). Систематическую медицинскую деятельность же (учреждение медицинского назначения, предоставление помещения, оборудования, медикаментов, инструментария и т.д.) осуществляет медорганизация либо индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в данных целях в государственном реестре. Учитывая эту установку (разделение на медорганизацию и медработника), интерес вызывает и разграничение д.ю.н., профессора Л.В. Санниковой, которым вводится в научный оборот понятие «услугиодателя». Им, согласно определению, признаются:

- а. сам должник в смысле обязательства по предоставлению услуги;
- б. исполнитель услуги, оказывающий их непосредственно и от имени которого действуют работники услугиодателя (индивидуальный предприниматель или юридическое лицо)<sup>194</sup>.

Такое подразделение даёт возможность определить удельный вес ответственности исполнителя и медицинского учреждения в рамках общей коллективной ответственности при наступлении неблагоприятных последствий в результате предоставленной медуслуги, что более детально будет раскрыто в следующей главе нашего труда.

Законодательно в РА определяются лица и круг их прав по реализации медпомощи и обслуживания. Так, во-первых, за данной категорией лиц закреплено право на деятельность, соответствующую выбранным ими при получении разрешения видам. Во-вторых, к врачебной деятельности допускаются лица с соответствующим образованием, специализацией, приобретшие лицензию в отношении определенных ее видов. Право заниматься в РА меддеятельностью предоставляется также людям, обучившимся в иностранных государствах, и регулируется как внутринациональными подзаконными актами (Постановление Правительства РА), так и международными договорами. Законодательно все указанные лица обладают правами на:

---

<sup>194</sup> Санникова Л.В. // «Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве» // Автореф. дис. ... докт. юрид. наук – М., 2007.

- объединение в профсоюзы, с помощью последних участие в разработке страховочных, государственных нацеленных на обеспечение безопасности гигиены программ, в процессах по лицензированию меддеятельности, защите принадлежащих им прав и решении определенных регламентом союза иных задач;
- защиту профессиональной чести и достоинства;
- страхование профдеятельности<sup>195</sup>.

Данные права являются императивными и распространяются на весь широкий спектр действий лиц, предоставляющих медпомощь. На локальном уровне же, в рамках соглашения о платном предоставлении медуслуг, как выше было отмечено, исполнитель обладает рядом основных прав, встречных обязанностям заказчика – содействие и платеж за услуги. В случае неисполнения возложенных на заказчика обязанностей исполнитель приобретает производные права. Иными словами, исполнитель наделяется правом отказа от медобслуживания, фактически являющегося обязанностью последнего, в случае, когда пациент не содействует в необходимой мере тому (например, непредоставление пациентом итогов, проведенных в другом медучреждении исследований; несоблюдение назначенных мер, неподготовленность или несвоевременная явка пациента к применяемым процедурам; неосуществление согласованных платежей и т.д).

Исходя из смысла ст.779 ГК РА в подобных случаях, т.е. при отсутствии воли заказчика или его отказе на дальнейшие лечебные процессы и процедуры, на исполнение назначений специалистов, ввиду чего предоставление качественной услуги становится невозможным по вине самого заказчика и при других возможных подобных обстоятельствах, платеж должен быть осуществлен в полном объеме<sup>196</sup>. Конечно, это общая установка может иметь и исключения в виде спецоговорок о них в законе или соглашении.

Правам этих лиц законодательно противопоставляются их обязанности. Круг их очерчен в ст. 19 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживания населения».

<sup>195</sup> Закон РА «О защите прав потребителей», принят 26.06.2001. Гл.3. Ст. 18.

<sup>196</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 39.

Исследование положений указанной нормы и учет специфики сферы по предоставлению медуслуг дает возможность установить следующий круг обязанностей по:

1. безвозмездному оказанию любому безотлагательной медпомощи независимо от каких бы то ни было обстоятельств, в том числе и при отсутствии гарантий на их оплачиваемость в будущем;
2. гарантированию соразмерности реализуемой деятельности предписаниям критериям количества и качества медобслуживания, помощи;
3. информированию имеющих на то право и выступающих плательщиками лиц о совершенных расходах, качественных и количественных показателях, реализуемых медобслуживания, помощи;
4. конфиденциальности данных о состоянии гигиены с начала (обследование) и до конца лечения (сам процесс), предоставляемых услугах и диагностических сведений, так и самого факта обращения за медпомощью;
5. разработке статистики и иных данных в конкретно определенном законодательством целях и порядке;
6. соблюдению уважительного, достойного и заботливого отношения к больным<sup>197</sup>.

Также, поскольку речь идёт о типе договора, регулирующего вопросы предоставления услуг, то регулирование прав и обязанностей сторон осуществляется с помощью соответствующего подраздела ГК РА, посвящённого соглашениям по возмездному оказанию услуг. Итак, по ст. 777 основной обязанностью исполнителя является оказание услуги. Следующей статьёй того же документа закрепляется норма об оказании услуги лично исполнителем, если договором не было оговорено иное<sup>198</sup> – приведённый выше пример различия услугодателя и исполнителя. Ввиду важности

---

<sup>197</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 г. Ст. 19.

<sup>198</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г.// Официальный Вестник РА 1998 г. Глава 39.

факта, вновь акцентируем внимание на требовании о необходимости обеспечения исполнителем права осведомлённости заказчика.

Принимая во внимание факт наличной специфики в отличие от иных медицинских видов услуг, ДВО медуслуг должна быть предвидена возможность причинения вреда гигиене адресата услуг. Это означает, исполнитель, помимо выполнения всех обязанностей надлежащим образом, должен также предусмотреть возможность возникновения независимых от него факторов и неблагоприятных их последствий. Таким образом, для рассматриваемого вида договора обязательными являются критерии как корректности предоставления услуги, так и мер по превенции возможных сопутствующих неблагоприятных последствий. Однако, даже в случае исполнения всех обязанностей надлежащим образом, существует риск причинения вреда здоровью пациента. В таком случае встаёт правовой вопрос соотносимости действий исполнителя и стандартов оказания подобных услуг и определении ответственности за причинение вреда здоровью в случае несоответствия. Тема ответственности за причиненный исполнителем медуслуги здоровью пациента вред нуждается в тщательном рассмотрении и дальнейшем развитии ввиду наличия множества пробелов и неосвещённых аспектов. Эта тема становится более актуальной ввиду специфики взаимоотношений. Ведь пациент наделяет врача по своей воле большей ответственностью, связанной с риском причинения такового. При рассмотрении вопросов ответственности должна быть учтена и возможность влияния независимых от действий врача факторов. Фактически медработники в данных правоотношениях уязвимы. Следовательно, уделение внимания и дальнейшее развитие данной темы является приоритетной задачей при определении актуальных проблем рынка сферы медобслуживания.

Рассматривая проблемы, связанные со сторонами исследуемого вида соглашения, в настоящее время замечается действие типового ДВО медуслуг, закреплённый Приказом министра здравоохранения РА от 01.02.2011 г. N104 – А. Однако, наличие и применение такого договора не решает возникающих и имеющихся между пациентом и медучреждением споров о платах за уже реализованные медуслуги, число которых в судебных инстанциях значительно.

Данный вопрос мог бы быть разрешен в определённой мере в случае внедрения системы обязательного медицинского страхования (СОМС), потенциал которой детально рассмотрен в следующем параграфе данной главы нашего диссертационного исследования. Тем не менее, в нынешних условиях отсутствия СОМС, с учетом того обстоятельства, что в большинстве случаев вместо пациента договор подписывают его родные либо иные сопровождающие, автором предлагается внесение в ДВО медуслуг института гаранта. Поскольку практически во всех случаях в Армении лицо обращается в медучреждение в сопровождении члена семьи, соседа, знакомого, и др., которые, подписывая ДВО медуслуг совместно либо вместо получателя, автоматически становятся соплательщиками, гарантируя исполнение имущественной ответственности заказчика. Более того, на практике внегласно принято решать материальные вопросы по организации медпроцедур с лицом, сопровождающим самого пациента, с целью не утруждать и не волновать последнего материальными вопросами перед реализацией этих процедур. В то же время подобный процесс заключения договора порождает немало судебных разбирательств в связи с субъектным составом договора. К примеру, учитывая факт того, что типовой договор был подписан сопровождающим лицом вместо дееспособного пациента в месте типового договора, отведённого для заказчика, пациент отказывается от выполнения имущественных обязанностей перед исполнителем, аргументируя, что не давал своего согласия на осуществление процедуры. Более того, на практике имеют место случаи, когда пациент, не подписавший договор, обвиняет исполнителя в том, что не был в надлежащей мере осведомлён об оказываемой процедуре и её цене. Для урегулирования подобных ситуаций в новом договоре, предложенном нами, определяя субъектный состав отмечается следующее:

***«... С другой стороны, Заказчик-пациент, получающий медицинские услуги, \_\_\_ и (или) Заказчик, являющийся гарантом и заказывающий оказание медицинских услуг для пациента, \_\_\_ заключили данный договор о следующем».***

В данном случае сопровождающие подпишут в месте, выделенном для гаранта, тем самым становясь соплательщиками за реализуемые услуги в рамках данного договора. Фактически, для претворения в жизнь данной идеи автором разработан и

предложен новый тип договора, который будет являться смежным типом договора, базирующемся на ДВО медуслуг и гарантии<sup>199</sup>. Этот договор содержит и иные нормы, связанные с тем, что некоторые данные регистрируются в истории болезни. Поэтому, с целью повышения эффективности процесса предоставления медуслуг на основе этого договора, предлагаем с помощью ссылок закрепить некоторые части истории болезни как неотделимые составляющие договора. К примеру, на практике встречаются ситуации, когда пациент, нуждающийся в медуслуге, обращается ночью либо в выходные дни, исполнитель начинает процесс реализации услуги в тот же момент, но данные правоотношения получают своё юридическое закрепление в договоре лишь на следующее утро либо первый рабочий день недели. Из-за этого услуги, оказанные до момента фактического закрепления в договоре, не бывают оплачены заказчиком. Обратная ситуация тоже встречается на практике, когда договор заключается заранее с незаполненной строкой о сроках предоставления услуги в типовом договоре, тогда, как сами услуги фактически оказываются позже. В данной ситуации возникает резонный вопрос об определении начала и конца процесса предоставления и реализации услуги, что приводит к спорам и, следовательно, напрасной потере времени в судебных инстанциях. Для этой цели в предлагаемом нами договоре, в части, устанавливающей сроки предоставления услуги, отмечается следующее:

***«Сроком оказания услуг, закреплённых данным договором, устанавливается с \_\_. \_\_. \_\_ г. по \_\_. \_\_. \_\_ г., если иные сроки начала и окончания оказания услуг не установлены историей болезни пациента. В данном случае действуют сроки, установленные в истории болезни пациента».***

Разработанный нами новый тип ДВО медуслуг представлен в Приложении к нашей диссертационной работе.

Следует в очередной раз отметить, что суть данного договора состоит в повышении эффективности процесса организации и предоставления медуслуг в РА и снижении количества возможных судебных споров, по-большому счёту, возникающих из-за пробелов в регулировании данных правоотношений. Однако

---

<sup>199</sup> См. Приложение.

глобальное решение данному вопросу даст внедрение вышеуказанной СОМС, которая даст цивилизованное решение проблемы финансирования, в целом упраздняя правоотношения сторон в пункте оплаты оказанных на основе договора медуслуг. Одновременно это и даст возможность повысить уровень осведомленности населения о состоянии собственного здоровья с помощью организации более частых визитов в медучреждения, а также откроет новые возможности для развития предпринимательства на рынке медуслуг РА.

### **2.3. Система обязательного медицинского страхования как правовая гарантия охраны здоровья граждан.**

Охрана гигиены общества и каждого его члена представляется краеугольным камнем в вопросах поддержания стабильности и продвижения общества. В числе конституционно закрепленных основных прав человека выделяется право на психическое и физическое здоровье. Одним из механизмов обеспечения сохранности, стабильности и развития здравоохранительной системы наряду с социальными, правовыми, экономическими и иными является система медстрахования. Не зря она воспринята рядом развитых стран, ведь эта система имеет двойное положительное значение – максимум стабильности в вопросах гигиены общества и минимум госрасходов.

В данном параграфе попытаемся представить эту систему, помимо вышеназванных достоинств, также с точки зрения эффективности такого механизма в деле сокращения количества возникших или возникающих между сторонами договора о возмездном предоставлении услуг имущественных вопросов.

Общеизвестно, что гигиена отчуждению, купле-продаже не подлежит и последствия ее ухудшения или утраты неотвратимы. Дальнейшая картина, которая составляется путем соответствующих исследований, при недостаточном проявлении внимания к здравоохранительным проблемам общества, – весьма неутешающая и плачевно сказывающаяся на демографических показателях. Кроме права каждого на

охрану здоровья<sup>200</sup> Конституция РА в качестве отдельного направления госполитики (п.7 ст.86) выделяет деятельность по претворению в жизнь здравоохранительных и реабилитационных социальных программ, обеспечению доступной и результативной медпомощи. В РА медстрахование применяется, но в очень ограниченном порядке из-за его недоступности; законодательно оно предусмотрено лишь для довольно узкого круга. Для задействия механизма медстраховки в РА (особенно обязательной ее формы) нуждается в крайне серьезных комплексных преобразованиях: правовых, социально-экономических и даже здравоохранительных. Лишь в подтверждение отметим, что медстраховка в настоящее время в РА является обязательной только для госслужащих и то в малых количествах (в размере 54 тыс. драмов). Вместе с указанными выше разнородными преобразованиями имеется необходимость воздействия на общество посредством повышения его сознания и уровня осведомленности.

Медстрахование в основном исследуется в 2-х аспектах: узком и широком.

В 1-ом случае медстраховка представляет собой своеобразный финансовый механизм, обеспечивающий наличие нацеленных на медуслуги финансовых средств, в результате чего, лицо (застрахованное) приобретает право получения медпомощи, объем и качество которой определяется соответствующим договором при возникновении страхового события.

Медстрахование, в расширенном его понимании, выступает как обеспечивающий течение финансовых средств механизм, способствующий развитию в области предоставления медуслуг конкуренции и увеличение степени их доступности. Особенность медстраховки состоит в форме выплаты ее суммы: она имеет натуральное, а не денежное выражение в отличие от иных видов страхования. Конкретнее в широком смысле медстраховка выступает как комплекс нацеленных на реабилитацию и сохранность гигиены, оплаченных страховщиком услуг медицинского и иного характера. Анализ сферы показывает, что в общем списке страховых услуг медстрахование занимает особое место и широко востребованно. Но спрос в данной сфере превышает предложение и причиной тому – высокие цены и комплексность

---

<sup>200</sup> См. Конституция Республики Армения с изменениями. Принята 06.12.2015г. // Ст.85.

продукта<sup>201</sup>. Следовательно, в данном контексте, применение нестандартных подходов к проблемам этой сферы – наиболее меткое решение вопроса.

По фактору обязательности в РА подразделяются добровольное и обязательное виды медстрахования, исходя из ч. 2 ст. 983 ГК РА<sup>202</sup> и ст. 6 Закона РА «О страховании и страховой деятельности». В этой научной работе с учетом конкретных показателей уровня жизни населения страны, к которым обратимся далее в данном параграфе, и факта того, что добровольный вид медстрахования – более действенная система в странах с более высокими показателями благосостояния населения, остановимся и рассмотрим более детально обязательный вид медстрахования.

Итак, выделенные из госбюджета на здравоохранение средства составили:

- а) в 2016 г. 88 млрд. 913 млн. драмов, или 6.2%<sup>203</sup>,
- б) в 2017 г. – 86 млрд. 231 млн. драмов (на 3% ниже по сравнению с 2016 г.),
- в) в 2018 г. – 84 млрд. 074 млн. драмов, (иными словами на 2.5% ниже, чем в 2017 г.), составляя 5.6% от общего бюджета страны<sup>204</sup>.

Если учесть, что в странах с уже заведенным механизмом медстраховки на здравоохранение выделяются 12% средств госбюджета, задействование этой системы в РА тяжело скажется на страну в экономическом плане. Все же даже в такой обстановке и в плане дальнейшего прогресса и улучшения здравоохранительной и социальной области, у РА не имеется каких-либо других альтернатив и переход к системе медстрахования неизбежен. Страны-участники ЕврАзЭС начали, уже реализуют деятельность по задействованию системы страховой медицины. РФ, например, уже завершил этот переход и принял уже Федеральный Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>205</sup>. Им обязательный вид медстраховки (далее, ОМС) характеризуется как независимая разновидность соцстраховки, включающей в себя комплекс разрабатываемых государством мер экономического, организационного, правового характера,

---

<sup>201</sup> Regional: Financial Sector Development in Central and West Asia. Making Insurance Work for Central and West Asian Countries, стр. 17.

<sup>202</sup> Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998г. // Официальный Вестник РА 1998 г.

<sup>203</sup> Электронное правительство Республики Армения: <https://www.e-gov.am/interactive-budget/2016/>

<sup>204</sup> Электронное правительство Республики Армения: <https://www.e-gov.am/interactive-budget/2018/>

<sup>205</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017)

нацеленных на задействование механизмов предоставления медпомощи на безвозмездных началах застрахованному лицу при возникновении страхового события. Безвозмездность медобслуживания в данном случае основывается на технике использования средств ОМС в пределах конкретной территориальной и базовой программ ОМС<sup>206</sup>.

Указанным Законом устанавливаются и общие начала реализации ОМС:

- задействование механизмов предоставления медпомощи на безвозмездных началах для лица (застрахованного), но из средств ОМС при возникновении страхового события на основе конкретной территориальной и базовой программ ОМС;
- финансовая стабильность СОМС, базирующаяся на соразмерности средств ОМС и страхового обеспечения;
- закрепление производства страховых платежей по ОМС в качестве обязанности подлежащего страхованию лица, пределы которых определяются законодательно;
- государственное поручительство на реализацию контроля за деятельностью страховщика по исполнению своих обязанностей по ОМС в пределах соответствующих госпрограмм вне зависимости от материального состояния страховщика и прав застрахованных лиц;
- улучшение и повышение доступных и качественных показателей реализуемой в пределах программ по ОМС медпомощи;
- равноправие субъектов и участников ОМС в управленческих органах ОМС<sup>207</sup>.

В итоге, ОМС нацелен на капитализацию, приобретение страховочных средств для предоставления медпомощи любому в обусловленных законодательно объёме и порядке.

---

<sup>206</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017). Ст. 3.

<sup>207</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017). Ст. 4.

Фактически в пределах ОМС возмещению подлежат связанные с медуслугами конкретные расходы. Но связанные с упущенными доходами, неполученной зарплатой расходы не включены в предмет ОМС, а вопрос их возмещения решается исключительно в рамках других программ социально-страхового характера.

В ряде научных юридических источников выявляющийся в связи с расходами на услуги лечебного и профилактического характера при наступлении страхового события страховой риск рассматривается в качестве объекта ОМС<sup>208</sup>, а в качестве субъектов – застрахованные лица, страхователи, организации медстрахования, медучреждения. В роли страхователей, иначе, плательщиков за медстраховку в интересах членов общества, выступают фактически работодатели. Экономическую основу ОМС составляет складывающийся из соответствующих выплат и нацеленный на получение соответствующих услуг страховой фонд. Страховой тариф индивидуален. Его детерминируют возраст, состояние гигиены и иные условия, которые могут быть провоцирующим различные заболевания у застрахованного фактором (например, неблагоприятные воздействия окружающей среды, рабочие и бытовые условия, вредные привычки и т.д.).

### **Правовые предпосылки внедрения системы обязательного медицинского страхования в Армении.**

Внедрение какого-либо нового института, механизма в любом государстве всегда сопровождается рядом проблем:

- правового характера, когда появляется необходимость в разработке механизмов его правового регулирования;
- системного характера, то есть необходимость в создании взаимных связей с иными механизмами, способствующими установлению стабильности и гармонии в вопросах взаимодействия с уже имеющимися институтами.

Указанная выше постановка придает особую значимость задействию института ОМС в РА, поскольку сама здравоохранительная система подлежит серьезным и длительным преобразованиям. В этом аспекте ситуация в стране такова.

---

<sup>208</sup> Бабич А.М., Павлова Л.Н. // «Финансы. Денежное обращение. Кредит: Учебник» // М.: ЮНИТИ - ДАНА, 2000, стр. 470.

В настоящее время в РА в большей мере медстраховка основывается на добровольности (ДМС), пользующиеся которой составляют весьма малый процент. ОМС же предусмотрена для госслужащих и имеет ограниченные меры. Круг лиц, обладающих правом на соцпакет по бесплатной медпомощи – довольно ограниченный<sup>209</sup>.

В число соцпрограмм, в целом играющих важную роль в здравоохранительной системе, входят и по бесплатному медобслуживанию малолетних детей в возрасте до семи лет и бесплатной сердечной хирургии. Все же число членов общества, не имеющих возможности и привилегий на получение медуслуг и услуг по диагностике, составляет довольно высокий процент. В него входят и категория пенсионеров и безработных. Юридическая база для задействования ОМС – довольно широкая. Ее составляют различного рода нормативные акты, начиная с Конституции, кончая специфическими здравоохранительными и более узкими страховочного характера актами, взаимодействующие с различными институтами смежных отраслей права. Вопросы политико-правового характера по задействованию механизмов медстраховки разрешаются в программе Правительства Армении<sup>210</sup>, в разделе 3.2.2, в котором предусматривается постепенная интеграция института медстрахования по определенным видам заболеваний и для уязвимых слоев социума в рамках госзаказа. Установлен конечный срок (до 2017 г.), однако до сих пор не конкретизирована соответствующая необходимая правовая база. Этой Программой ОМС вводится не имеет общего характера, а, значит, она не в состоянии по своей сути решить все возникшие в исследуемой сфере проблемы.

Для регуляции СОМС в ст. 6 Закона РА «О страховании и страховой деятельности» делается ссылка на конкретный акт, рассматривающий и регулирующий случаи, порядок и условия действия ОМС. На основе этого и с учетом

---

<sup>209</sup>Более детально см. программу «Предоставление социального пакета работникам государственных учреждений и организаций». Это: государственные органы; сотрудники государственных некоммерческих организаций в сферах образования, культуры, науки и социальной защиты; персонал Ереванского метрополитена; работники в особо вредоносных для здоровья условиях, к примеру, работники ЗАО «Армянская атомная электростанция»; а также лица, заслужившие почетные звания СССР и РА и постоянно проживающие в РА. Действие безвозмездной медпомощи в рамках соцпакета распространяется также на членов семьи вышеназванных групп. Подобные программы также действуют в Министерстве обороны РА, полиции и других военизированных структурах.

<sup>210</sup> Принята 18.06.2012, вошла в силу 19.06.2012.

имеющихся иных проблем в РА необходимо принятие отдельного Закона о введении ОМС.

### **Социальные предпосылки внедрения системы ОМС в РА.**

Наиболее актуальным вопросом внедрения модели ОМС с социального аспекта представляется вопрос о конкретизации источников финансирования медуслуг: средства из госбюджета, из платежей работодателей, зарплаты работников и какой-либо иной смешанной модели. Финансирование должно реализовываться, естественно, с учетом возможностей и воли граждан по предоставлению средств при возникновении недостатка последних, получаемых из госбюджета и платежей работодателей. По результатам опроса<sup>211</sup>, население РА не изъявило готовности и желания платить за медстрахование<sup>212</sup>. Итоги эти кроются в социальной необеспеченности общества. В частности, с 2011 по 2015 гг. число получателей пособий стабильно росло<sup>213</sup>. Картина дополняется индексом бедности, подсчитанной Национальной статистической службой РА. Уровень необеспеченности в РА составил 29,8% в 2015 г., тогда как в 2008 г. этот показатель был значительно ниже (27,6%). В 2015 г. количество бедных людей приравнялось к 900 тыс. человек, очень бедных (включая крайне бедных) – к 310 тыс., а крайне бедных – 60 тыс.<sup>214</sup>.

Итоги этих статистических исследований показали, что средства на СОМС в Армении не должны основываться на вложениях отдельных лиц, в особенности входящих в категории безработных или низкооплачиваемых (по МРОТ). Одновременно для обеспечения экономического баланса и стабильности финансовые истоки СОМС не должны быть составлены исключительно из повышенных в госбюджет вкладов частного сектора (работодателей). Для обеспечения равенства и

---

<sup>211</sup> <https://med.news.am/arm/news/1196/hayastani-bnakchutyuny-patrust-che-vtcharel-bzhshkakan-apahovagrutyany-hamar---newsam-medicine-i-harcum.html>

Опрос проведён спецразделом Medicine информационного новостного источника news.am в марте 2016 г. Здесь приняло участие 1310 человек.

<sup>212</sup> В ходе опроса на вопрос «Сколько готовы Вы выплачивать за годовой медицинский страховочный полис»: 65% (857 человек) ответили, что не готовы; 27% (351 человек), что готовы выплачивать от 40 до 60 тысяч драмов в год; и лишь 8% (102 человека) ответили, что готовы выплачивать от 80 до 100 тысяч драмов в год.

<sup>213</sup> «Հայաստանի Հանրապետության վարձերը և Երևան քաղաքը թվերով», 2016 год, стр. 113. Получатели пособий: 83,997 семей по данным 2011 года и 106,371 семей по данным 2015 года.

<sup>214</sup> «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը», 2016 год, стр. 39. Показатели: 8,4% от общего числа бедных людей из 29,8% бедняков страны очень бедны, а 2% крайне бедны, остальные же 19,4% просто бедны

баланса появляется необходимость в создании отдельного ресурса, направленного на покрытие разницы между фактическими и запланированными необходимыми для СОМС затратами за счет имеющихся у него средств.

Задействование механизма ОМС посредством лишь законодательных установок не представляется целесообразным, эти установки требуют также параллельной разработки экономических ресурсов, куда входят и финансовые источники, представляющие собой базу для продолжительных вложений (инвестиций). Кроме того, запуск СОМС приведет к продвижению и в ином формате, будет способствовать установлению в стране новой и особой культуры предоставления и получения медпомощи, поскольку ею реализуются различного рода мероприятия, среди которых специфическое значение приобретут меры информационного и просветительского характера. Эта система изменит мышление и сознание общества в вопросах принципов обращения за помощью в медучреждения, содействует формированию воли населения к такого рода действиям, что изрядно повысит результативность сферы медобслуживания.

С аспекта организации финансирования получаемых медуслуг в рамках договора субъектный состав будет дополнен плательщиком, кем станет в целом вся система ОМС, в лице публичной либо частной организации, застраховавшей пациента. Тем самым, значительное количество споров и судебных разбирательств между сторонами договора не будет иметь место вследствие отсутствия объекта спора. Иными словами, имущественная ответственность физических лиц, пациента и гаранта, перед медицинским учреждением передаётся лицензированному юридическому лицу, созданному именно для подобной цели организации плавного и эффективного процесса своевременного получения нуждающимся лицом необходимой медуслуги надлежащего качества.

Указанные выше условия необходимые для запуска СОМС не исчерпывающие, их нельзя представить в конкретном ограниченном количестве или списком, они нуждаются в более широких, масштабных и углубленных исследованиях различной направленности: не только правовой, но и экономической, социальной, социологической, этической и пр.

## Основные модели ОМС.

СОМС будет способствовать фактическому преобразованию имеющейся традиционной здравоохранительной системы в классическую триполярную. Если действующая основывается на финансировании пациента, то новая система действует по налаженной четкой схеме «страховая компания – пациент – медучреждение»<sup>215</sup>.

Модель ОМС имеет свои сущностные характеристики:

- 1) обязательность и равенство;
- 2) она акцентирует внимание на все возможные виды риска. Вместе с тем услуги распределяются по критерию необходимости, а финансы – по критерию финансовой возможности (платежеспособности);
- 3) выплаты распределяются равномерно, взимаются они как с работодателей, так и с сотрудников;
- 4) четкое законодательное регулирование;
- 5) частные страховые компании, задействованы в системе соцобеспечения<sup>216</sup>.

Преимущество модели ОМС заключается в формировании непосредственной связи между предоставляемыми медуслугами и накопленными средствами. Оно становится наиболее обоснованным, если учесть, что ныне действующая модель полагается, лишь, на сборе налогов<sup>217</sup>.

Модель сама по себе будет способствовать повышению затрат в здравоохранительной сфере, поскольку финансирование фактически реализуется не из госбюджетных, а из частно-секторских средств<sup>218</sup>.

Модель ОМС имеет и иное преимущество, рассматриваемое в плане совершенствования и улучшения конкуренции в здравоохранительной системе, что в

---

<sup>215</sup> World Health Organization (1993). The Process and Management of Change-Transition to a Health Insurance System in the Countries of Central and Eastern Europe. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, стр. 15.  
World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization, стр. 7.

<sup>216</sup> World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization, стр. 7.

<sup>217</sup> World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization, стр. 15.

<sup>218</sup> Minyaev, V. A., Vishnyakov, N. I., et al. (1998). Social Medicine and Health Care Organization, Vol. 2, S. Petersburg, стр. 418-425.

свою очередь непосредственно приведет к резким изменениям в контексте улучшения качества предоставляемых медуслуг. Также, в смысле требований стандартов, требований страховых компаний и в условиях сильной конкуренции медучреждения, действующие в рамках модели ОМС, финансируемые фактически страховыми организациями, будут вынуждено действовать в пределах норм и предписаний медицинской этики и прав человека. Подводя итоги о преимуществах ОМС, заключим, модель эта в значительной степени уменьшит число смертности в стране. Бесспорно, люди по возможности воспользуются «правом» ежегодного обследования, повысится частотность обращения в медучреждения. Ныне сложившаяся по принципу «необращения к врачу до степени невыносимости боли», механизму самолечения или запущенности болезни на самотек с расчетом на скорое прохождение самой по себе картина резко изменится. Продолжительность жизни населения резко повысится вследствие учащенного обращения за медпомощью и фактического контроля за нормальным состоянием и в общем формирования культуры обращения к врачу. Не имеющие финансовых возможностей члены общества также будут подлежать диагностированию, что позволяет определить наличие болезни еще на начальных этапах, а это в свою очередь – способствует скорому и легкому излечению.

ОМС, как любая модель, имеет также негативные стороны. По экспертным оценкам, одним из недостатков являются широкие административные затраты по обеспечению этого механизма. Помимо этого, всеобъемлющий характер ОМС предусматривает также предоставление услуг и тому кругу нуждающихся-безработных за счет сотрудников<sup>219</sup>. Более того, мысль всемирно известного драматурга Теренция Публия о том, что не существует «ничего такого, что нельзя было бы извратить плохим исполнением» в прямом смысле можно проецировать и на рассматриваемую систему, ведь практике известны случаи извращения системы в личных частных интересах, т.е. махинации<sup>220</sup>. Все разворачиваемые в исследуемой

---

<sup>219</sup> Hasmik Harutyunyan. Financing of the Health Care System in the Republic of Armenia in the Period of 1999-2001: Perspectives for Improvement. Yerevan, 2003 P. 18-19

<sup>220</sup> В качестве примера могут служить случаи: медицинские центры, содействуя со страховыми компаниями методом отката от сумм, выплачиваемых за оказанные услуги, образуют постоянный кругооборот «пациент-

сфере теневые действия по общей своей характеристике реализуются в результате законодательных пробелов и отсутствия воздействующих на деятельность соответствующих субъектов рынка медуслуг норм медико-страховочной направленности. Однако, учитывая вышеперечисленные достоинства системы ОМС перед отмеченными изъянами, можно заключить, что однозначно стоит начать процесс задействия системы. Более того, заранее представляя риски, порождаемые последней, и уделяя должное внимание законодательной и нормотворческой деятельности, как базису для дальнейшей надстройки системы ОМС, данные изъяны теряют свою значимость.

Для лучшего представления практического оперирования модели остановимся на *примерах США и Нидерландов, как стран с ведущей здравоохранительной системой.*

В США по Закону «О защите пациентов и доступной медицинской помощи»<sup>221</sup>, с 2014 г. на всех была возложена обязанность заведения минимального медико-страхового полиса. В противном случае, нарушитель подвергается административной ответственности путем штрафования<sup>222</sup>.

Федеральный закон Штатов обязывает медучреждения в неотложных ситуациях предоставлять нуждающимся нужную медпомощь независимо от материального положения последних<sup>223</sup>. В то же время с медучреждений снята обязанность безвозмездного предоставления медпомощи финансово-состоятельным лицам. Именно на этом в США основана и строится вся налоговая система. Задействован принцип «за несостоятельного платит имущий». Незастрахованные лица в случае необходимости в медпомощи оплачивают начальный взнос

---

деньги»; возможны случаи не долечивания больных, с целью последующих визитов к врачу, а, следовательно, и последующих денежных потоков; случаи назначения различных медикаментов, эквивалентных по действию, но значительно различающихся в цене, с целью изменения суммы счетов, а, следовательно, и увеличения страховых взносов в дальнейшем; в случае ОМС, где пациент не имеет прямой связи со счетами и финансированием предоставленных медуслуг, предъявление счета за не оказанные услуги; случаи замены не инвазивного лечения медикаментами на более дорогостоящее лечение хирургическими способами и т.д.

<sup>221</sup> PUBLIC LAW 111-148 - MAR. 23, 2010 124 STAT. 119

<sup>222</sup> Kahn, Jeffrey H. and Kahn, Douglas A., Free Rider – A Justification for Mandatory Medical Insurance Under Health Care Reform? (March 12, 2011). Michigan Law Review First Impressions, Forthcoming; Washington & Lee Legal Studies Paper No. 2011-3; U of Michigan Law & Econ, Empirical Legal Studies Center Paper No. 11-005; U of Michigan Public Law Working Paper No. 235. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1784495>, p.1

<sup>223</sup> The Emergency Medical Treatment and Labor Act, 42 U.S.C. § 1395dd.

самостоятельно, который составляет  $\frac{1}{3}$  определенных договором затрат на лечение. Проблематичным является то, что практически во всех случаях оставшаяся часть в размере  $\frac{2}{3}$  так и остается непокрытой. Причин тому 2-е: несостоятельность больного и непорядочность состоятельного человека. Последняя причина практически неразрешима с учетом того, что расходы на судебные процессы в ряде случаев превосходят размер невыплаченной медучреждению суммы, в результате чего фактически затраты на судопроизводство становятся невыгодными и лишены смысла, не оправдывают себя<sup>224</sup>. В итоге непокрытые расходы распределяются между оплачивающими медуслуги лицами.

В Нидерландах всеобъемлющая СОМС была запущена с 2005 г. Она преобразовала ранее имевшуюся частную и госсистему. Обязанность по заведению страхового полиса была возложена на любого с 2006 г. Вместе с тем, к тому времени уже было создано количеством 40 страховых компаний. На эти организации возлагалась обязанность по проведению определенных государством страховочных мероприятий в отношении любого, обратившегося к ним. Вклады в страховые компании вносятся двумя взаимосвязанными способами:

– половина их выплачивается из собираемых на основе обязанности каждого по оплате подоходных сборов средств, приобретаемых работодателями и строго контролируемых налоговыми органами.

– 2-ую половину составляют непосредственно выплачиваемые в фонды страховых компаний вклады граждан.

При такой системе наиболее результативное значение приобретают случаи, когда лицами при наступлении страхового события вносятся незначительные платы за административные затраты. Однако даже при невозможности оплаты лицом и этих минимальных затрат из-за несостоятельности своей люди (они составляют где-то 40% от общего числа населения) обладают возможностью на получение их

---

<sup>224</sup> Kahn, Jeffrey H. and Kahn, Douglas A., Free Rider – A Justification for Mandatory Medical Insurance Under Health Care Reform? (March 12, 2011). Michigan Law Review First Impressions, Forthcoming; Washington & Lee Legal Studies Paper No. 2011-3; U of Michigan Law & Econ, Empirical Legal Studies Center Paper No. 11-005; U of Michigan Public Law Working Paper No. 235. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1784495>, pp. 5-6

субсидирования посредством обращения за такой помощью к налоговым органам<sup>225</sup>. Экспертные исследования выявили также огромную заинтересованность в СОМС самих медучреждений и усиленного ее влияния на качество услуг, поскольку по сути финансируются они за каждого больного. Финансирование этого механизма имеет одну особенность: в определенной степени оно формируется из предоставляемых работодателями выплат тогда, как затраты для лечения безработных людей покрываются бюджетными средствами<sup>226</sup>. ОМС – взаимосвязанная с разными сферами общественной жизни и многослойная система, нуждающаяся в четком правовом регулировании, выражающемся в самостоятельном содержательном документе. Последний должен концептуально раскрывать:

- понятие и саму модель ОМС;
- порядок и источники финансирования;
- размеры и доли вкладов;
- перечень и круг входящих в ОМС медуслуг;
- выдвигаемые в отношении медучреждений требования;
- порядок реализации услуг при наступлении страхового события;
- порядок и степень взаимодействия и вовлеченности первичного звена медпомощи и др.

Кроме указанных выше функций, институт страховой медицины также направлен на страхование ответственности за причинённый гигиее пациента вред. В российском ГК ст. 931 за медучреждением закреплено право страховки риска собственной ответственности в случае причинения вреда гигиее пациентов. Этот крайне актуальный объект страховки также наличествует в РА на рынке по медобслуживанию с декабря 2015 г. и имеет относительно малый годовой страховой взнос – от 20 до 120 тыс. драмов. При этом, страхование риска ответственности за причиняемый вред может реализовываться в рамках соответствующего соглашения в двух вариантах: страховка риска ответственности самого страхователя (например,

---

<sup>225</sup> Okma, Kieke, Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance? (January 30, 2009). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1340012> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1340012>, p.20

<sup>226</sup> И.А. Коноплева, О.А. Хохлова // «Формирование системы обязательного медицинского страхования населения» // России, Экология человека, N 2004.4, 2004, стр. 52-53.

медцентра) и какого-либо другого лица (например, специалист-врач, на которого возможно возложение подобной ответственности). В последнем случае в соответствующем договоре оно должно быть конкретизировано, не то – застрахованным признается риск самого страхователя. В случаях застрахованного риска за бенефициаром все равно остается право требования компенсации при наступлении страхового события, но только от страховщика. Если соответствующим договором обязанность выплаты компенсации возложена на страховщика, то она реализуется не медучреждением, в пределах которого возникло страховое событие, а самим страховщиком. Более того, возмещается вред в пределах страховой суммы. Если же материальный вред превосходит сумму страховочных выплат, то можно следовать примеру законодателя РФ, возлагающего в целях выплаты компенсации в полном объеме в ст. 1072 ГК покрытие недостающей части на лицо, застраховавшее свою ответственность в пользу пострадавшего на условиях добровольного страхования.

Таким образом, создание и развитие в Армении эффективной системы страховой медицины представляется важным шагом в направлении выявления назревших проблем сферы, категорического его понимания и конкретных разработок, являющихся решением этих проблем. Данный процесс направлен на повышение качественного и доступного показателей медпомощи, а, следовательно, и повышения эффективности всей здравоохранительной системы РА.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный нами всесторонний анализ теории и практики норм в области правового регулирования предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг РА, позволяет сформировать ряд общих выводов.

Во-первых, на основе анализа и систематизации древнеармянских и иных исторических источников, содержащих нормы правового регулирования медицинской деятельности, сложился вывод о том, данные нормы представляют собой истоки, от которых берёт начало современное медицинское право в Армении, являющееся комплексной отраслью права, регулирующей отношения здравоохранительной сферы.

Во-вторых, основные изменения, вызванные реформами в области здравоохранения в постсоветском периоде, сводятся к следующему:

- 1) децентрализация бывшей структуры, деятельность Министерства Здравоохранения кардинально ограничивается, переходом от функций управления и планирования на регулирование, мониторинг и выдачу лицензий;
- 2) бремя оплаты переходит от государства к пациентам;
- 3) оплата лечащего персонала становится зависимой от объёма и качества их работы.
- 4) больницы становятся самофинансируемыми, автономными субъектами;
- 5) появление перспектив развития частной медицины: страхование, контракты и т.д.

Данные реформы во многом улучшили некоторые аспекты рынка медуслуг Армении, но ещё далеко не усовершенствовали его. Частичное улучшение здравоохранительной системы также, в свою очередь, привело к неожиданным результатам. Изменение статуса медучреждений (от государственных, централизованных к экономически независимым частным или государственным предприятиям, далее к закрытым акционерным обществам) во взаимодействии с административно-территориальным делением республики, привело к значительному и существенному ослаблению механизмов контроля качества со стороны государства и управления системы здравоохранения. Приватизация медучреждений привнесла

недоступность медуслуг для некоторых слоёв населения, ввиду их платного характера. В результате наблюдается значительное снижение спроса на медуслуги из-за низкой покупательной способности и отсутствия государственного медицинского страхования. Был неосознанно создан крупный раскол между различными уровнями помощи медицинского и санитарного характера (республиканских, областных, сельских), что явилось весьма неблагоприятным последствием децентрализации медицинского рынка.

С распадом СССР имел место болезненный, но передовой переход здравоохранительной системы к следующей фазе развития. Изменились финансовые ресурсы и их источники, в сфере медицины стали развиваться системы страховок и товарно-рыночные отношения, появилось понятие «медицинская услуга», вбирающее в себя базирующиеся на воле и соответствующих платах. Понятие «пациент» постепенно сменилось понятием «потребитель медицинских услуг». Отличительны в смысловом и, как следствие, в юридическом контексте понятия «оказание медицинской помощи» с присущими ему признаками безвозмездности, гуманности, общесоциальности и «оказание медицинской услуги» с присущими ему признаками экономического характера.

В-третьих, Конституция и международные договоры являются правовым базисом для дальнейшей надстройки в виде правовых регуляторов здравоохранительной сферы. Обстоятельства предоставления медпомощи и иные вопросы рынка здравоохранительной сферы и сферы медуслуг регулируются рядом нормативно-правовых актов РА, которые являются абстракцией от международных договоров. Наиболее важные из них – это: Европейская социальная хартия от 03.05.1996 г.; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16.12.1966 г.; Конвенция №102 о минимальных нормах социального обеспечения от 28.06.1952 г.; Лиссабонская декларация о правах пациента, от сентября/октября 1981 г.; Международный кодекс медицинской этики от октября 1949 г.

Безусловно, большинство норм в области медицинского права нашли своё фактическое отражение во внутренних нормативно-правовых актах РА, таких как

Гражданский Кодекс РА, Закон РА «О Медицинской помощи, обслуживания населения», Закон РА «О защите прав потребителей», законопроект РА «О здравоохранении», прошедший первое чтение, и т.д. Однако очевидна необходимость разработки единого кодифицированного правового акта, инкорпорирующего и консолидирующего основные понятия и нормы, регулирующие различные отношения, складывающиеся в здравоохранительной сфере – Кодексе РА «О здравоохранении».

В-четвертых, в Конституции и в ряде законов РА отсутствует формулировка «здравоохранение». Однако ст. 34 Конституции РА предоставляет людям право охраны здоровья и получения медпомощи с ссылкой на другие отрасли законодательства РА. В частности, Законом РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» от 04.03.1996 г. в ст. 1 раскрывается понятие «медицинской помощи», из анализа которой следует заключить, что медпомощь, в содержание которой входят и медуслуги, является неременной составляющей здравоохранительной системы<sup>227</sup>.

В-пятых, медицинская помощь – термин, использованный в Конституции РА<sup>228</sup>. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медпомощь определяется как совокупность процессов, преследующих цель сохранности, реабилитации гигиени и содержит в себе и меры по предоставлению медуслуг<sup>229</sup>. Схожую характеристику содержит и ст. 1 Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» от 04.03.1996 г. Изложенная здесь формулировка понятия «медицинская помощь и обслуживание населения» нацелена на установление широкого масштаба возможно разворачиваемых действий. Отличие от российского взгляда состоит в том, что армянский законодатель, давая определение медпомощи и обслуживанию, как равнозначных понятий, установил перечень видов

---

<sup>227</sup> Т. Зограбян // «Медицинская услуга как объект предпринимательских правоотношений» // Ер.: «Вестник РАУ», (22) № 1/2016, , РА, стр. 39-51.

<sup>228</sup> Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995. (с изменениями по 27 ноября 2005 года)// Ст.38.

<sup>229</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017)

мероприятий<sup>230</sup>. Однако, из анализа последнего и с учетом содержащейся в нем формулировки «и другие услуги нелечебного характера» можно заключить, что этот список, совокупляющий различного рода деятельность, не является исчерпывающим. В то же время, законодательно не раскрывается понятие «нелечебных услуг». Это подтверждается и наличествующим в армянской правовой литературе весьма важным исследованием ученого А.Г. Малхасяна. Более того, попытка комплексного изучения этой проблемы и выявления хотя бы приблизительно очерчивающего пределы и границы этой формулировки не дала своих результатов – ни в юридической литературе, ни в правоприменительной практике не изучено это понятие и не установлен его объем. Для толкования исследуемого понятия единственно возможным является выведение его из анализа Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения» посредством применения специально установленных в Законе РА «О правовых актах» методик толкования<sup>231</sup>.

Таким образом, анализом специалиста А.Г. Малхасяна, проведённым на основе вышеназванных правил толкования, критерием выделения особенностей словосочетания «иные нелечебные услуги» выделяется цель и в его содержание вкладывается предоставление уполномоченными на реализацию деятельности здравоохранительной направленности лицами услуг без цели:

- полной ликвидации или улучшения различного рода заболеваний или их проявлений;
- прогрессирования состояния пациента, его реабилитации или поправку его гигиени, его трудоспособности и благосостояния<sup>232</sup>.

Однако, продвигаясь подобным методом исключения, перечень возможных услуг, подпадающих под данное понятие, не сузится. По данному вопросу полностью разделяем мнение А.Г. Малхасяна, что использование подобного термина без ссылок

---

<sup>230</sup> Закон РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 г. Ст. 1: «Медицинская помощь, обслуживание — оказание населению профилактической, лечебной, лекарственной помощи, проведение диагностических исследований, реабилитационного лечения, медицинской экспертизы, оказание услуг парамедицинского и других услуг нелечебного характера».

<sup>231</sup> Малхасян А. Г. // «Некоторые проблемы определения понятий «медицинская деятельность» и «оказание медицинской помощи»: сравнительно-правовой анализ законодательства Российской Федерации и Республики Армения» // Теория и практика общественного развития. 2017 г.

<sup>232</sup> См. там же.

либо иных дефиниций противоречит принципу правовой определенности, являющемуся одним из первенствующих для правового государства<sup>233</sup>, и он должен быть изъят из соответствующей нормы, поскольку его присутствие не имеет никакого смысла, воздействующего на значение нормы, более того, наоборот, создаёт конфуз для простого читателя. По этому поводу признается ценным и в работе приводится мнение ученого И.А. Ильина, который в качестве приоритетной задачи права признал необходимость разработки таких правил поведения, которые любое разумное существо мог бы подразумевать заранее и постоянно<sup>234</sup>.

В-шестых, создание эффективной здравоохранительной системы, в частности рынка медуслуг, является центральной задачей социального государства; учитывая важность регулирования правоотношений на рынке медуслуг и комплексность их механизмов, необходимо выделить наиболее первичные из уже исследованных в данной работе (с целью обеспечения прогресса здравоохранительной системы РА). К числу таких важнейших мер можно отнести аккредитацию и лицензирование, которые являются совершенно новым механизмом для систем здравоохранения постсоветских стран, следовательно, требуют доскональных научных исследований, переоценки и последующих доработок. Более того, являясь передовым шагом на пути совершенствования организации работы и повышения качественных показателей медицинской деятельности в стране, аккредитация и лицензирование представляются фундаментом дальнейших совершенствований, в частности, интеграции института обязательного медицинского страхования

В-седьмых, проведенные нами теоретические и практические исследования позволяют по степени важности в ряде имеющихся и возможных проблем выделить в качестве главенствующей вопрос о необходимости выполнения исполнителем своей обязанности по обеспечению осведомлённости заказчика. Именно поэтому при разработке договора возмездного оказания медуслуг нами был принят во внимание факт наличия явного отличия признаков медицинских от других видов и разработан в нем пункт о вопросах ответственности их поставителя в случае причинения гигиене

---

<sup>233</sup> Решение Конституционного суда Республики Армения от 4 февр. 2014 г. [Электронный ресурс]. С. 12. URL: <http://www.concourt.am/armenian/decisions/common/2014/pdf/sdv-1137.pdf> (дата обращения: 09.04.2017).

<sup>234</sup> Ильин И.А. // «Общее учение о праве и государстве» // М.: «Хранитель Акт», 2006. С. 124.

получателя услуг вреда. Это означает, исполнитель, помимо выполнения всех обязанностей надлежащим образом, должен также предусмотреть возможность возникновения факторов, независящих от него и их неблагоприятных последствий. Таким образом, договор возмездного оказания медуслуг непременно должен включать как критерии корректности оказания услуги, так и меры по превенции возможных сопутствующих неблагоприятных последствий. Однако, даже в случае исполнения всех обязанностей надлежащим образом, существует риск причинения здоровью пациента вреда. И в таком случае, с правовой позиции, встает вопрос об определении соответствия действий исполнителя стандартам оказания подобных услуг и определение ответственности за причиненный гигиене вред в случае несоответствия. Тема ответственности за причинение исполнителем медуслуги здоровью вреда нуждается в тщательном рассмотрении и дальнейшем развитии ввиду наличия множества пробелов и неосвещенных аспектов. Тема становится намного более интересной вследствие наличия особенности: риск причинения вреда связан прямо с ответственностью, возлагаемой на врача по воле пациента и в случаях наличия воздействующих и независящих от действий врача факторов. Тем самым, выявляется критерий уязвимости медработников, что становится преимущественной задачей при определении актуальных проблем рынка медуслуг.

В-восьмых, задействование новых юридических институтов сопровождается в основном с определенными рисками, связанными с решением ряда вопросов:

- разработки эффективного механизма правового регулирования,
- определения и подкрепления необходимых системных связей, стабильного взаимодействия с уже существующими институтами и другими правовыми условиями.

В контексте интеграции в РА СОМС, указанная постановка имеет значимую роль, поскольку здравоохранительная система нашей страны продолжает претерпевать серьезные длящиеся изменения.

В настоящее время в РА действует по большей части добровольная форма медстраховки (ДМС), доступная узкому кругу населения и ОМС – доступная госслужащим в лимитном количестве. Для задействования в РА СОМС правовой

базис, помимо конституционных составляют и иные правовые акты здравоохранительной, страховочной сфер, сферы страховой деятельности, а также некоторые институты смежного права.

Политическая и правовая повестка внедрения медицинского страхования была сформулирована в программе Правительства Армении<sup>235</sup>, в разделе 3.2.2, в котором предусматривается поэтапная интеграция института медстрахования по определенным видам заболеваний и для уязвимых групп в пределах госзаказа. Эта установка не навязывает ОМС всем слоям и членам общества, что в свою очередь означает, что такой подход не является полноценным и окончательным решением имеющихся в сфере проблем.

По сути ст. 6 Закона РА «О страховании и страховой деятельности», являющегося базисом для задействования механизма ОМС, имеется ссылка на необходимость создания отдельного самостоятельного нормативно-правового акта, определяющего порядок, случаи, и условия действия ОМС. Следовательно, необходимо принятие соответствующего закона о введении ОМС.

Важной и однозначной при интеграции ОМС является основанная на недопустимости формирования источников выплат по СОМС за счет средств отдельных лиц (в частности безработных или работающих за минимальную плату) позиция. Эта позиция основана на результатах исследования социальных предпосылок задействования данного механизма. При такой позиции важным является также исключение вероятности обременения работодателей повышенными налогами или другими выплатами. Вследствие этого единственно верным и надежным способом решения рассматриваемых в данной сфере проблем представляется формирование заполняющих разрыв между выплатами организаций и частных лиц и необходимыми для работы СОМС средствами источников бюджетных вложений.

Задействование в здравоохранительной системе РА СОМС способствует, кроме ряда законодательных преобразований, также формированию специфических

---

<sup>235</sup> Принята 18.06.2012, вошла в силу 19.06.2012 г.

экономических ресурсов, среди которых выделяются источники финансирования, составляющие базу и для продолжительных вложений.

Внедрение и результативное функционирование СОМС приведет к продвижению и в ином формате, будет способствовать установлению в стране новой и особой культуры предоставления и получения медпомощи, поскольку ею реализуются различного рода мероприятия, среди которых специфическое значение приобретут меры информационного и просветительского характера. Эта система изменит мышление и сознание общества в вопросах принципов обращения за помощью в медучреждения, содействует формированию воли населения, подготовленности последнего и соответствующих медучреждений к такого рода действиям, что изрядно повысит результативность сферы медобслуживания.

В-девятых, разработан новый типовой договор о возмездном оказании медицинских услуг, ценной точкой которого является предложение о включении в число субъектов и гаранта, у которого также возникают имущественные обязательства. Такой подход вполне обоснован при отсутствии системы обязательного медицинского страхования.

## БИБЛИОГРАФИЯ

### Нормативно-правовые акты

1. Международный кодекс медицинской этики. Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации в Лондоне в октябре 1949 г. В октябре 1949 года, дополнен 22<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35<sup>ой</sup> Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.
2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года
3. Конвенция №102 о минимальных нормах социального обеспечения от 28 июня 1952 года. Женева, Швейцария.
4. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981.
5. Амстердамская декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Принята Европейским совещанием по правам пациента 30.03.1994 г.
6. Устав ВОЗ (Конституция), принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке с 19 июня по 22 июля 1946 г., подписан 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100) и вступил в силу 7 апреля 1948 года.
7. Всемирная Организация Здравоохранения. Основные документы. 48-ое издание. 2014 г.
8. Конституция Республики Армения от 06.12.2015г на электронном источнике: <http://www.parliament.am/parliament.php?id=constitution&lang=rus>

9. Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995. (с изменениями по 27 ноября 2005 года)
10. Конституция Республики Армения. Принята 05.07.1995.
11. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ)
12. Решение Конституционного суда Республики Армения ПКС-1137 от 4 фев. 2014 г. <http://www.concourt.am/armenian/decisions/common/2014/pdf/sdv-1137.pdf>
13. Гражданский Кодекс РА от 05.05.1998 г. // Официальный Вестник РА 1998 г.
14. Уголовный Кодекс РА, принят 18.04.2003 г.
15. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. СЗ РФ.
16. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 30.11.1994 г. СЗ РФ.
17. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.).
18. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (Принят Постановлением МН МОРТ от 15 марта 2017 года, №712).
19. Кодекс общественного здравоохранения Франции (Code de la santé publique, publié en 05.04.2018, Dernière modification: 16/04/2018, 32ème édition).
20. PUBLIC LAW 111-148 - MAR. 23, 2010 124 STAT. 119
21. Гражданский кодекс Армянской Советской Социалистической Республики. Принят на третьей сессии Верховного Совета Армянской ССР шестого созыва 4 июня 1964 года

22. Закона РА «О медицинской помощи, обслуживании населения», принятый 04.03.1996 г.
23. Закон РА «О Лицензировании». Принят 30.05.2001.
24. Закон РА «О предприятиях и предпринимательской деятельности».
25. Закон РА «О стандартизации», принят 08.02.2012.
26. Закон РА «Об аккредитации», принят 08.02.2012.
27. Закон РА «О защите прав потребителей», принят 26.06.2001.
28. The Emergency Medical Treatment and Labor Act, 42 U.S.C. § 1395dd.
29. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017)
30. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017)
31. Закон Республики Казахстан от 4 июня 2003 года N 430-III «О системе здравоохранения» (с изменениями, внесенными Законом РК от 20.12.04 г. N 13-III)
32. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993г.
33. Постановление Правительства РА от 21.12.2006 N 1841-Н «Об утверждении графика разработки стандартов качества и технических стандартов медицинских услуг»
34. Постановление правительства РА от 29.06.2002 N 867-Н «Об утверждении порядка лицензирования деятельности, связанной с производством лекарств, лекарственной деятельностью, осуществлению медицинской помощи и обслуживания организациями и индивидуальными предпринимателями и утверждении образцов лицензий данных видов деятельности».

35. ՀՀ կառավարության 29 հունիսի 2002 թվականի «Հայաստանի Հանրապետությունում դեղերի արտադրության, դեղատնային գործունեության, կազմակերպությունների կամ անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման, իրականացման լիցենզավորման կարգերը եվ նշված գործունեությունների իրականացման լիցենզիայի ձեվերը հաստատելու մասին» N 867 որոշում
36. «Բժշկական ծառայությունների վճարովի մատուցման օրինակելի պայմանագիրը հաստատելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրաման N104 – Ա: 01 փետրվար 2011թ.
37. Законопроект РА «О здравоохранении». Первое чтение. Ч-501-08.02.2005-ԱԱ-010/1. Авторский перевод.

### **Научная литература**

38. Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?". JAMA. 260 (12): 1743–8. PMID 3045356. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
39. Harutyunyan H. Financing of the Health Care System in the Republic of Armenia in the Period of 1999-2001: Perspectives for Improvement. Yerevan, 2003 P. 18-19
40. Kahn, Jeffrey H. and Kahn, Douglas A., Free Rider – A Justification for Mandatory Medical Insurance Under Health Care Reform? (March 12, 2011). Michigan Law Review First Impressions, Forthcoming; Washington & Lee Legal Studies Paper No. 2011-3; U of Michigan Law & Econ, Empirical Legal Studies Center Paper No. 11-005; U of Michigan Public Law Working Paper No. 235. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1784495>., p.1
41. Kazarian I., Developing National Drug Policy in Armenia, 2002.
42. Minyaev, V. A., Vishnyakov, N. I., et al. (1998). Social Medicine and Health Care Organization, Vol. 2, S. Petersburg, стр. 418-425.

43. Mushkin, S., "Towards a Definition of Health Economics, "Public Health Report. Arrow K.J., "Uncertainty and the welfare economics of medical care".
44. Okma, Kieke, Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance? (January 30, 2009). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1340012> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1340012>.
45. Regional: Financial Sector Development in Central and West Asia. Making Insurance Work for Central and West Asian Countries.
46. World Health Organization (1993). The Process and Management of Change-Transition to a Health Insurance System in the Countries of Central and Eastern Europe. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, стр. 15. World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization.
47. World Health Organization (1994). Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Normand, Ch., Weber A. Geneva: World Health Organization.
48. Zeitaml V.A. Problems and Strategies in Services Marketing / Zeitaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L. // Journal of Marketing. 1985. Vol.49.
49. Авакян Р.О. // «Памятники армянского права» // Ер.: «ЕФ МНЮИ-XXI ВЕК», 2000. – 1019 с., с ил.
50. Акопов В.И., Маслов Е.Н. // «Право в медицине» // М.: «Книга-Сервис», 2002. – 352 с.
51. Андреев Ю.Н. // «Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика» // М.: «Ось-89» (Серия "De jure"), 2007 - 400 с.
52. Александров А.А. // «Биомедицинская этика в системе последипломного образования врачей: учеб.-метод. Пособие» // А.А. Александров, Т.В. Мишаткина., Т.В. Силич / под ред. Г.Я. Хулупа / Мн.: БелМАПО, 2008. – 320 с.
53. Бабич А.М., Павлова Л.Н. // «Финансы. Денежное обращение. Кредит: Учебник» // М.: «ЮНИТИ – ДАНА», 2000. – 470 с.

54. Баранов А.В. // «Теория государства и права: учебное пособие» // – Томск: «Эль Контент», 2012. – 104 с.
55. Бахрах Д. Н. // «Структура аппарата управления» // Свердловск, Свердл. юридический институт, 1983. – 80 с.
56. Брагинский М. И., Витрянский В. В. // «Договорное право. Книга первая. Общие положения». 3-е изд., стер. // М.: «Статут», 2011. – 850 с. ISBN 978-5-8354-0755-2
57. Варданян С. А., Асланян А.С. // «История медицины: Учебное пособие для преподавания на всех факультетах I курса бакалавриата ЕрГМУ им. Мхитара Гераци» // С. А. Варданян, А.С. Асланян.- Ер.: ЕрГМУ им. Мхитара Гераци, 2017. – 239 с.
58. Вялкова А.И., Воробьева П.А. // «Основы стандартизации в медицине» // Москва, Ньюдиамед, 2002. – 432 с.
59. Герасимов П. А. // «Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг» // Дисс. ....кандидат эконом. наук. М.: 2015 г.
60. Гиппократ. Избранные книги. Перевод с греческого В.И. Руднева. / Редакция, вступительные статьи и примечания В.П. Карпова / Редактор С. Сапожников. (Москва - Ленинград: Биомедгиз, 1936. - Серия «Классики биологии и медицины»). «О врачебном кабинете».
61. Долецкий С.Я. // «Ятрогения: клинические и социальные аспекты» // Архив патологии. 1998. № 5.
62. Дроздова А.В. // «Понятие медицинской услуги как гражданско-правовой категории» // Сибирский юридический вестник, 2004. - №3.
63. Дьяконов И. М. // «Предыстория армянского народа. История Армянского нагорья с 1500 по 500 г. до н. э. Хурриты, лувийцы, протоармяне» – Ер.: «АН Армянской ССР», 1968. – 180 с.

64. Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко // «Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Приложение 1. Медицинские кодексы в этике» // М.: ММСИ, 1995. – 239 с.
65. Жилинский С. Э. // «Предпринимательское право (правовая основа предпринимательской деятельности)» // М.: «Норма-Инфра», 2001. – 672 с.
66. Зайцева Н. В. // «Договор возмездного оказания медицинских услуг в гражданском праве РФ» // Дисс. ...кандидат юрид. Наук. М., 2005.
67. Закирова С.А. // «Модель цены медицинских услуг» // Здравоохранение Российской Федерации. – 1996. - №5. с.25.
68. Занковский С. С. // «Предпринимательские договоры» / Отв. ред. В. В. Лаптев. - М.: «Волтерс Клувер», 2004. – 304 с.
69. Ильин И.А. // «Общее учение о праве и государстве» // М.: «Хранитель АСТ», 2006. – 510 с.
70. Имам Аль Шафии // «Аль-Ом».
71. Кабатов М.В. // «Возмездное оказание услуг» / Комментарий к Гражданскому кодексу РФ. ч 2. / Под ред. О.М. Козырь, А.Л. Маковского, С.А. Хохлова // М.: Международный центр финансово-экономического развития, 1996. – Алфавитно-предметный указатель – с. 392.
72. Комаров Ю.М. // «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?» // [Электронный ресурс] 05.03.2009. – Режим доступа: URL:[www.viperson.ru](http://www.viperson.ru) (дата обращения 05.08.11).
73. Коноплева И.А., Хохлова О.А. // «Формирование системы обязательного медицинского страхования населения России» // Научный журнал «Экология человека» № 2004.4, 2004.
74. Крашенинникова Н.А. // «История государства и права зарубежных стран: Учеб. пособие: В 2 ч. Ч. 2. Кн. 1» // М.: «Норма-Инфра», 1995. – 480 с.

75. Кузьминых Е. «Бесплатные медицинские услуги как форма возмездных отношений» // «Рос. Юстиция», 2002. № 12. С. 29.
76. Левин Д. А. // «Медицинское право, как отрасль права» // Журнал: «Кластеры. Исследования и разработки». Издатель: Московский кластер бизнес-инициатив (Москкластер), ОГРН 1157746107606, ИНН 7719402939. 2017 г.
77. Ломакина И. Г. // «Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации» // Дисс. .... кандидат юрид. наук. - М., 2006. С. 113-114.
78. Малеина М. Н. // «Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие» // М.: «Бек», 1995. – 260 с.
79. Малхасян А. Г. // «Имущественная ответственность медицинских организаций в Республике Армения» // Дисс. ...кандидат юрид. Наук. – Ереван, 2017.
80. Малхасян А. Г. // «Некоторые проблемы определения понятий «медицинская деятельность» и «оказание медицинской помощи»: сравнительно-правовой анализ законодательства Российской Федерации и Республики Армения». – Научный журнал «Теория и практика общественного развития», 2017 г.
81. Малхасян А. Г. // «Объем ответственности лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, в армянском праве» // Научный журнал «Общество: политика, экономика, право» Выпуск № 4. 2017 г.
82. Меловатской Н.Ю. // «Статистический анализ и прогнозирование развития рынка платных медицинских услуг в России» // Автореф. Дисс. ....кандидат эконом. наук. – М., 2011.
83. Мирзоян Н., Габриелян Э. // «Актуальность внедрения оптимальных схем лечения в клиническую практику» // «Армянский медицинский реферативный журнал» N4. – Раздел II. Ер.: 2005.

84. Мохов А.А. // «Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности» // М.: «Юридический Центр», 2003. – 208 с.
85. Мохов А.А. // «Медицинское право. Правовое регулирование медицинской деятельности» // Волгоград: ВолГУ, 2003. – 186 с.
86. Набиджанова З. К. // «Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг» // Дисс. ....канд. юрид. наук, Душанбе, 2015.
87. Нагорная С. В. // «Договор об оказании медицинских услуг» // Дисс. ...канд. юрид. наук: Белгород, 2004.
88. Новоселов В.П. // «Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах Федерации» // Дисс. ....доктора ю.н. – Екатеринбург, 1999.
89. Ованесян Р.А. // «Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении» // «Армянский медицинский реферативный журнал». №4. – 2005.
90. Оганова Р.Г. «Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей» – М.: Силицея-Полиграф, 2010. – 136 с.
91. Павлов А. В. // «Гражданско-правовые аспекты оказания медицинских услуг» // Сыктывкар: Изд-во Сыктывкарского ун-та, 2004. – 120 с.
92. Паповян А. А. // «Армянский Судебник Мхитара Гоша (пер. с древнеарм. яз.)» // Ер.: Изд-во Ереванского ун-та, 1954. – 270 с.
93. Пищита А. Н. // «Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты» // М.: ЦКБ РАН, 2008. – 115 с.

94. Рожкова Е. В. // «Медицинские услуги: понятие и особенности» // Ульяновск: Изд-во Ульяновского госун-та / Научный журнал «Современные исследования социальных проблем» №3 / 2011 г.
95. Саакян Ж.А. // «Основные аспекты применения медико-экономических стандартов в системе здравоохранения» // Научно-медицинский журнал, №1. 2004.
96. Санникова Л.В. // «Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве» // Автореф. дис. ... докт. юрид. наук – М.: 2007.
97. Сергеев В.В., Захаров С.О., Ардашкин А.П., Тарасов А.А. // «Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников» // Самара: «Сокол-Т», 2000. – 144 с.
98. Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. // «Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. Гражданско-правовые аспекты» // М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 312 с.
99. Сирик Н.В. // «Договор оказания медицинских услуг» // Смоленск: Библиотека Смоленского Гуманитарного Университета, 2005. – 160 с.
100. Степанов Д. // «Услуги как объект гражданских прав» // М.: «Российская юстиция» №2, 2000 г.
101. Столяров С.А. // «Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления». Издание третье. // Барнаул: «Аз Бука», 2005. – 269 с.
102. Тихомиров А.В. // «Экономия средств государственной казны в здравоохранении» // «Главный врач: хозяйство и право», № 1. – 2016.
103. Т. Tonoyan // “Health care system in Armenia: Past, present and prospects” // Berlin: Technische Universität Berlin, 2004.

104. Хачатрян Т.С., Лепьян М.К., Тоноян Т.З., Андреасян Л.В. // «Управление, экономика и финансирование здравоохранения в условиях рыночных отношений» // Ер.: ЕрМУ, 2002. – 250 с.
105. Хачатрян Т.С., Айрапетян М.Г. // «Аккредитация и лицензирование – основа повышения качества медицинской помощи населению» // Национальный институт здравоохранения МЗ РА. Научно-Практический Медицинский Журнал «Медицинский вестник Эребуни», №2.2004 (18). УДК 614.2. С. 71-74.
106. Черниловский З.М. // «Всеобщая история государства и права» // М.: «Юридическая литература», 1996. – 570 с.
107. Шевчук С. С. Монография // «Договор оказания медицинских услуг» // - Москва: Изд. «АЭФП»; Ставрополь: «Сервисшкола», 2005. – 299 с. - ISBN 5-98017-008-1.
108. Միլիթար Շոշ. Դառնալուծական գիրք. Երևան, 2001 թ.

### **Иная литература**

109. Юридическая энциклопедия // Руководитель авторского коллектива – д. ю. н., проф. Хачатуров Р.Л.; Под общей редакцией д. ю. н., засл. проф. РАУ Цагикяна С. Ш., - Ер: Российско – Армянский Университет, 2017.
110. Краткая медицинская энциклопедия: в 3-х т. АМН СССР // Гл. ред. Петровский Б. В. 2-е изд. - М., 1986.
111. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период Армения. 2001 г.
112. Гражданское право. Учебник // Под ред. А.Г.Калпина, А.И.Масляева. Часть I: 2-е изд., перераб, и доп. - М.: Юристъ, 2002.
113. Հայաստանի Հանրապետության մարզերը և Երևան քաղաքը թվերով, 2016:
114. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2016:

115. Программа «Предоставление социального пакета работникам государственных учреждений и организаций»
116. Словарь терминов (гlossарий) по истории государства и права зарубежных стран. 2006.
117. Голос Армении. Общественно-политическая газета. Минздрав внедряет кредитную систему. 20.05.2016.
118. Электронное правительство Республики Армения: <https://www.e-gov.am/>
119. Онлайн-база данных законодательной информации Конгресса Соединенных Штатов - <https://www.congress.gov/>
120. Электронный источник международного медицинского туризма: <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification>
121. Статья с новостного портала “Հայաստանի բնակչությանը պատրաստ չէ վճարել բժշկական ապահովագրության համար”  
<https://med.news.am/arm/news/1196/hayastani-bnakchutyuny-patrast-chevtcharel-bzhshkakan-apahovagrutyan-hamar---newsam-medicine-i-harcum.html>
122. Исследования с интернет-источника: <http://www.who.int/features/qa/28/ru/>

# ПРИЛОЖЕНИЕ

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

## О ВОЗМЕЗДНОМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Ереван

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

С одной стороны, Исполнитель \_\_\_\_\_, в лице уполномоченного лица \_\_\_\_\_,

С другой стороны, Заказчик, пациент, получающий услуги медицинской помощи и обслуживания \_\_\_\_\_, (имя, отчество, фамилия)

И (или) Заказчик<sup>236</sup>, являющийся заказчиком и гарантом медицинских услуг для пациента \_\_\_\_\_, (имя, отчество, фамилия)

Заклучили настоящий договор о следующем:

### 1. Предмет договора и характеристика услуг

а) Согласно настоящему договору, по поручению Заказчика Исполнитель в лице уполномоченного им по трудовым отношениям врача, непосредственно оказывающего медицинские услуги и посредством медперсонала, действующего по указаниям врача, обязуется:

- ❖ Оказывать услуги медицинской помощи и обслуживания (далее Услуги), согласно медицинским указаниям пациента;
- ❖ Оказывать Услуги за счет собственных средств;
- ❖ Оказывать Услуги надлежащего качества, в необходимом объеме, на основании медицинских указаний и (или) практических медицинских методов, разработанных на определенной научной базе.

б) Исполнитель оказывает Пациенту следующие услуги медицинской помощи и обслуживания:

---

<sup>236</sup>Заполняется, если присутствует лицо, желающее быть заказчиком и гарантом медицинских услуг для пациента

N	Виды услуг медицинской помощи и обслуживания	Цена
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
	Всего	
	Из которых, товароматериальная ценность, являющаяся стоимостью стентов, микроспиралей, а также иных медицинских принадлежностей	

в) Услуги, указанные в настоящем пункте, исчерпывающие. Об услугах непредусмотренных настоящим подпунктом и фактически оказанных должны быть внесены записи в историю болезни. Стоимости этих услуг устанавливаются Исполнителем по ценам принятого прейскуранта.

г) Исполнитель оказывает пациенту Услуги, предусмотренные настоящим пунктом:

- ❖ В больничной форме, если необходимо комплексное применение медицинских мероприятий- диагностика, лечение, длительное наблюдение и особый уход, в том числе предоставление больничной палаты, необходимое лекарственное обеспечение, осуществление смежных медицинских и не медицинского характера прочих услуг или
- ❖ Внебольничной форме, когда для ее осуществления не требуются больничные условия.

## 2. Осведомления

- а) Подписав настоящий Договор Заказчик удостоверяет, что пациент извещен о возможных осложнениях в результате оказания Услуг, в случае отказа от Услуг, в ходе оказания Услуг, в последующий период Услуг.
- б) Подписав настоящий Договор Заказчик удостоверяет, что пациент согласен с оказанием Услуг на условиях, указанных в настоящем Договоре.

в) Подписав настоящий Договор Заказчик удостоверяет, что ознакомлен с преЙскурантом оказания Услуг.

### **3. Правовые основы Договора**

а) Правовыми основами настоящего Договора являются Гражданский кодекс Республики Армения, закон РА «О медицинской помощи и обслуживании», иные законы и правовые акты.

б) Стороны принимают, что по настоящему договору ссылки, сделанные из истории болезни пациента, составляют неотъемлемую часть настоящего договора.

в) Стороны принимают, что настоящий договор считается также гарантийным договором, когда одновременно с пациентом или без пациента стороной настоящего договора является заказчик, являющийся гарантом. В случае невыполнения или недолжного выполнения заказчиком, являющимся пациентом обязательства, предусмотренного настоящим договором, Заказчик, являющийся гарантом и заказчик, являющийся пациентом, перед Исполнителем несут солидарную ответственность. Настоящая гарантия распространяется также для обеспечения обязательств, возникающих в будущем в рамках настоящего договора.

### **4. Срок действия Договора**

Срок действия оказания Услуг, предусмотренных настоящим Договором, устанавливается с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г., если не установлены иные сроки начала и окончания оказания фактических Услуг по истории болезни пациента. В данном случае действуют сроки, указанные в истории болезни пациента.

### **5. Цена Договора**

а) Взамен Услуг, оказываемых Исполнителем, предусмотренных настоящим Договором, Заказчик обязуется оплатить по ценам, установленным подпунктом «б» настоящего Договора, в соответствии с преЙскурантом, утвержденным Исполнителем.

б) в том случае, когда в ходе оказания Услуг возникнет необходимость оказать также прочие дополнительные услуги, Исполнитель обязан Заказчика ознакомить с установленными преЙскурантом ценами, об оплате которого заключается

дополнительное соглашение, составляющее неотъемлемую часть настоящего Договора.

в) В случае отказа Заказчиком подписания дополнительного соглашения Исполнитель может пациенту предложить отложить оказание дополнительных услуг, а в случаях неотложного оказания услуг- угрозы жизни и (или) здоровью пациента, Исполнитель все равно осуществляет оказание медицинских услуг, независимо от оснований и прочих обстоятельств, гарантирующих вознаграждение, в дальнейшем с правом получения Исполнителем установленной законодательством РА, в том числе судебными мерами, цены дополнительной услуги. В случае предложения и отказа от заключения дополнительного соглашения, предусмотренного настоящим подпунктом, должны быть записаны в истории болезни.

г) Расходы, связанные с превышением Исполнителем объема и цены, установленных Услуг, без дополнительного соглашения с Заказчиком, несет Исполнитель, за исключением случая, предусмотренного подпунктом «в» настоящего пункта.

## **6.Права и обязанности Заказчика**

а) Заказчик, являющийся пациентом вправе:

- ❖ От Исполнителя получать информацию относительно состояния здоровья пациента, результатов обследования, методов лечения, связанных с ними рисков, возможных форм медицинского вмешательства, их последовательности и эффективности;
- ❖ Дать согласие на осуществление медицинского вмешательства. В тех случаях, когда пациент не в состоянии выразить свою волю, в связи с медицинским вмешательством, согласие выдается его законным представителем, в письменной форме. В случае отсутствия законного представителя, если медицинское вмешательство неотложно, решение относительно медицинского вмешательства, исходя из интересов больного, принимается врачебным консилиумом, а при его невозможности врачом, о чем производится обязательная запись в истории болезни Заказчика;
- ❖ От имени Исполнителя выбрать врача, непосредственно оказывающего ему услуги;

- ❖ Получать информацию о квалификации медработников, непосредственно оказывающих ему услуги;
- ❖ Потребовать соблюдения конфиденциальности факта обращения к медицинской помощи, состояния его здоровья, сведений, установленных в процессе обследования, диагностики и лечения, кроме случаев, установленных законодательством РА;
- ❖ Непосредственно от Исполнителя уточнить процесс оказания услуг;
- ❖ Осуществлять иные права, предусмотренные законодательством РА.

б) Пациент и заказчики, являющиеся гарантами, вправе:

- ❖ Отказаться от исполнения своих обязательств, установленных настоящим Договором, если Исполнителем не оказаны Услуги, указанные в настоящем Договоре или оказаны в недолжном качестве и потребовать возмещения их убытков;
- ❖ В случае отказа от устранения недостатков, выявленных в услугах, оказанных Исполнителем и устранения этих недостатков ненадлежащим образом, своими силами их устранить и соразмерно своим понесенным расходам снизить цену, выплачиваемую Исполнителю, если еще полностью не оплачена, а если оплачена полностью, то потребовать возместить расходы и прочие понесенные убытки, выполненные им для устранения выявленных недостатков;
- ❖ Получать информацию относительно цен на услуги, оказываемые Исполнителем, на любом этапе их оказания;
- ❖ Осуществлять иные права, предусмотренные законодательством РА.

## **7. Обязанности Заказчика**

а) Заказчик, являющийся пациентом, обязан:

- ❖ Следить указаниям врача;
- ❖ Не препятствовать исполнению Исполнителем своих обязанностей;
- ❖ Исполнителю в точности предоставить относительно своего здоровья известные ему сведения;
- ❖ Немедленно известить Исполнителя о любом изменении своего состояния здоровья;

- ❖ В ходе оказания Услуг, а также после них выполнить указания Исполнителя, связанные с сохранением результата Услуг, включительно предоставление Исполнителю необходимых сведений;
- ❖ Соблюдать принятые Исполнителем внутренние дисциплинарные правила больницы;

б) Пациент и заказчики, являющиеся гарантами, обязаны:

- ❖ Оплатить взамен услуг, оказанных в должном качестве и качестве в соответствии с Договором, в сроки и в размерах, установленных Договором;
- ❖ Возместить ущерб, нанесенный им имуществу Исполнителя.

## **8. Права и обязанности Исполнителя**

а) Исполнитель вправе:

- ❖ Потребовать от заказчика оплатить за должное оказание им услуг, предусмотренных Договором, в установленной форме, размере и сроках;
- ❖ В случае необоснованного отказа Заказчиком от исполнения своих обязательств, потребовать возмещения своих понесенных убытков;
- ❖ Отказаться от оказания Заказчику услуг, предусмотренных настоящим Договором, если Заказчик не исполняет или недолжным образом исполняет предусмотренные настоящим договором обязанности, за исключением случаев, угрожающих жизни и здоровью Заказчика;
- ❖ При оказании услуг вовлечь медперсонал, необходимый для осуществления Услуг;
- ❖ Осуществлять иные права, установленные законодательством РА и Договором.

б) Исполнитель обязан:

- ❖ Оказывать Услуги надлежащего качества и в сроки;
- ❖ При заключении настоящего Договора на понятном для Заказчика языке предоставить необходимую достоверную информацию относительно оказываемых им Услуг, обеспечив возможность их правильного выбора Заказчиком;
- ❖ По требованию Заказчика и в срок, установленный последним, безвозмездно устранить недостатки, выявленные в процессе лечения;

- ❖ Все Услуги, предусмотренные настоящим Договором, оказывать своими средствами и за свой счет;
- ❖ Заказчика ознакомить с правами человека при получении медицинской помощи и обслуживания;
- ❖ Соблюдать конфиденциальность факта обращения Заказчика к медицинской помощи, состояния его здоровья, сведений, установленных в процессе обследования, диагностики и лечения и исключений, установленных законодательством РА;
- ❖ Относительно соблюдения результата оказанных Услуг Заказчику в доступной форме предоставить необходимую информацию;
- ❖ Относительно процесса оказания Услуг, предусмотренных настоящим Договором, вести соответствующие медицинские документы;
- ❖ Заказчика ознакомить с утвержденными им внутренними дисциплинарными правилами;
- ❖ До заключения Договора Заказчика ознакомить с прейскурантом Услуг;
- ❖ Осуществлять иные обязанности, установленные законодательством РА и Договором.

## **9. Заключительные положения**

а) Исполнитель несет ответственность в порядке, установленном законодательством РА, за неоказание или недолжное оказание Услуг, а также за вред, причиненный Заказчику в процессе оказания Услуг. Исполнитель освобождается от ответственности, если ухудшение состояния здоровья Заказчика имело место в связи с невыполнением последним назначений врача или несвоевременного извещения Исполнителя о возникших осложнениях или намеренного не предоставления Исполнителю удовлетворительной информации о собственном здоровье, а также когда Заказчик по собственной воле прекратил лечение и получение иных услуг, связанных с лечением.

б) В случае невозможности исполнения договора после его заключения вследствие влияния непреодолимой силы Исполнитель предпринимает необходимые меры для перевода Заказчика в иное соответствующее медицинское учреждение.

в) Настоящий договор составлен на армянском языке, в 2 экземплярах, а в случае подписания заказчиком, являющимся гарантом, в 3 экземплярах, имеющих равноправную юридическую силу. Каждой стороне выдается по одному экземпляру.

## 6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_  
Местонахождение \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_  
Директор \_\_\_\_\_

### ЗАКАЗЧИК<sup>237</sup>

\_\_\_\_\_  
паспорт N \_\_\_\_\_  
выдан «\_\_» \_\_\_\_ г. от \_\_\_\_\_  
Местожительство \_\_\_\_\_  
Социальная карта N \_\_\_\_\_  
тел. \_\_\_\_\_

---

<sup>237</sup> Подписывает лицо, являющееся для пациента заказчиком и гарантом медицинских услуг