

Тихомиров А.В. Основания возникновения обязательств при оказании медицинской помощи // Главный врач: хозяйство и право. 2017. № 4. С.4-11.

Резюме: единого отправного начала для понимания оснований возникновения обязанностей, в том числе обязательств, при оказании медицинской помощи российским законодательством не установлено. Публично-правовой крен в сторону обязанностей ее оказывать в общем законодательстве усугубляется полным отсутствием в специальном законодательстве хотя бы каких упоминаний об основаниях медицинской деятельности, как и возникновения вытекающих из нее ответственности; a unified starting point to understand the grounds of duty occurrence is not established by Russian law. Public law bias in favor of duties deepens by the complete absence of special legislation mention to the foundations of medical activities, and the occurrence of resultant responsibility

Ключевые слова: медицинская помощь, договор о возмездном оказании медицинских услуг, медицинский деликт; medical care, toll rendering medical services contract, medical tort

Aleksey V. Tikhomirov. THE GROUNDS FOR THE MEDICAL CARE PROVISION DUTY

В силу обязательства одно лицо (должник) обязано совершить в пользу другого лица (кредитора) определенное действие, а кредитор имеет право требовать от должника исполнения его обязанности (п.1 ст.307 ГК РФ). Содержание обязательства обычно выражается в праве одного лица на действия другого. При этом права облакаются в форму требований, а обязанности - в форму долга.

Обязательства не могут быть односторонними: в них всегда есть должник и есть кредитор. Даже если обязательство является содержанием односторонней сделки, вторая сторона подразумевается или определяется явным образом (например, доверенность доверителем выдается поименованному представителю).

Собственно, в отношениях охраны здоровья, по общему правилу, складываются обязательства договорные (по сделке) и внедоговорные (деликтные, вследствие причинения вреда).

В первом случае это обязательства так или иначе перед правообладателем - гражданином, обладателем здоровья и права на него. Медицинскими услуги являются потому, что оказываются во благо для здоровья правообладателя. Даже если заключается договор сторонних лиц (страховой медицинской организации и медицинской организации) по поводу оплаты предоставляемых

правообладателю медицинских услуг, это - их обязательства в пользу правообладателя, и без его причастности такой договор заключен быть не может. Любая сделка, которая так или иначе касается здоровья человека, не может быть совершена помимо него. Если медицинская организация по тем или иным причинам не формализует отношения с гражданином, предпринимая какие бы то ни было действия по поводу его здоровья, юридически она состоит с ним в договорных отношениях - именно так в любом случае их расценит суд. Отношения в связи с оказанием услуг не являются никакими иными, кроме как договорными. Пациенту достаточно любым образом подтвердить факт получения медицинской услуги, чтобы факт договорных отношений с медицинской организацией считался установленным. Находясь в неформализованных отношениях с пациентом по поводу его здоровья в связи с оказанием медицинских услуг отказаться от договора с пациентом она не в силах, и сослаться на условия договора не в состоянии. Наличие письменного договора с пациентом - в ее интересах, даже не говоря о том, что это - императивное требование закона (ст.161 ГК РФ).

Во втором случае обязательства - внедоговорные (деликтные) - возникают не из соглашения сторон (сделки), а из факта причинения вреда. Причинение вреда инициирует обязанность причинителя возместить (компенсировать) вред пострадавшему, а у пострадавшего-кредитора появляется право требовать от причинителя исполнения этой его обязанности должника. Нравится то должнику-причинителю или нет, но обязанность возместить (компенсировать) вред возникает объективно постольку, поскольку этот вред причинен им (а в отдельных случаях - и не только им). Отказаться от такой обязанности перед пострадавшим причинитель не может. Как и возложить на кого-то (передать кому-то) эту состоявшуюся обязанность (можно лишь в порядке упреждения - например, посредством страхования). Пострадавший, понимая или не понимая возникновение этой обязанности причинителя, может не выдвигать соответствующие требования, но это не означает отсутствие или прекращение права пострадавшего на возмещение (компенсацию) вреда или обязанности причинителя это сделать. Стороны могут договориться о возмещении (компенсации) вреда и заключить мировое соглашение, даже нотариально удостоверенное, но погашается деликтное обязательство в этом случае лишь определением суда о его утверждении. Единственным легитимным способом является судебное разбирательство с вынесением соответствующего постановления.

В сфере охраны здоровья возникают и договорные, и внедоговорные (деликтные) обязательства. Оказание медицинских услуг, купля-продажа товаров медицинского назначения - это обязательства договорные, и более того - всегда с участием потребителей и никогда - без участия правообладателя. Причинение вреда здоровью при оказании медицинской помощи порождает внедоговорные, деликтные обязательства. Особенностью является то, что внедоговорные обязательства при оказании медицинской помощи всегда вытекают из договорных (квазидоговорных). При купле-продаже других товаров, выполнении работ, оказании услуг деликтные обязательства обусловлены проявившимися вредными свойствами приобретения (объекта), не ориентированного исключительно на благо для здоровья и вне связи с состоянием здоровья потребителя.

Обязательство - это гражданское, частное правоотношение. Оно складывается из прав и обязанностей между юридически равными сторонами. В основанных на публичной обязанности граждан отношениях с государством, органами власти и местного самоуправления, их должностными лицами суть долга иная, чем в обязательстве - это обязанность в отношениях юридического неравенства под угрозой понуждения и/или санкций за ее неисполнение. В рамках институтов власти и местного самоуправления отношения между служащими основаны вообще на приказной, административной субординации, подчинении нижестоящих вышестоящим по иерархической вертикали. Иными словами, в отношениях различающегося характера обязанность (долг) обязанности разнь: в частной (гражданско-правовой) сфере - это обязательства, в публичной (государственно-правовой) - обязанности по службе, а в отношениях власти и подвластных - обязанности по закону.

В отношениях какого характера оказывается медицинская помощь? Совершенно очевидно, что - за особыми изъятиями - это отношения юридического равенства, частные (гражданско-правовые): никто насильно медицинскую помощь не оказывает. А особых изъятий, по существу, два: 1. в условиях искусственных ограничений (в местах лишения свободы, на путях медицинской эвакуации по воинской и приравненной к ней службе и т.п.); 2. в интересах общества (особо опасные заболевания и состояния, и т.п.).

В интересах общества обязано действовать государство, и оно действует всей силой власти. Это уже не вопросы частного усмотрения. И это отношения - не юридического равенства сторон, а понуждения. Граждане понуждаются государством подвергнуться

ограничениям ради блага общества в целом. Это, например, карантинные мероприятия. Или запретительные санкции государственного ведомства (Роспотребнадзора) на импорт, например, определенных продуктов.

Странно, что вакцинация - и подобные профилактические мероприятия - не проводится в понудительном (обязательном) порядке. Еще более странно, что государство до сих пор не обеспечило позитивную альтернативу, если профилактика по тем или иным причинам невозможна. При этом жизнь сформировала негативную альтернативу: ребенок не привит - доступ ему в детское заведение так или иначе перекрывается. Если же ребенок заболевает в связи с вакцинацией, государство самоустраняется от ответственности, хотя возможностей страхования, например, на этот случай (в идеале - обязательного государственного) никто не отменял. Родители - а это граждане государства - остаются один на один и с выбором, и с возможными неблагоприятными последствиями для здоровья детей: они оказываются далеки от обязанности государства.

Аналогично, в стремлении соответствовать мировым достижениям российское государство взяло курс на поощрение выхаживания новорожденных весом от 500 г. Достижения медицины это позволяют. Но что и на какие средства в будущем предпринимать родителям таких детей, заведомо с рождения страдающих полиорганной патологией? Государство и здесь самоустранилось от держания рисков.

Между тем, совершенно очевидно, что именно в интересах общества в целом и каждого его члена в отдельности есть множество ситуаций, в которых государству следует занять ясную, однозначную и обоснованную позицию. В интересах общества государство должно либо создать условия для решения острых для общества вопросов силами самого общества, т.е. в частном порядке, либо разрешать эти вопросы в публичном, властном порядке, даже ценой ограничения прав граждан законом, но не допускать ситуаций формальной неопределенности, неясности, неоднозначности, как в приведенных выше случаях.

Государство обязано действовать в интересах общества. Однако это не означает, что - только путем обязывания и запретов, ограничения прав граждан. Основной инструмент государства в обществе, пространстве частных свобод - это регулирование общественных отношений, т.е. определение рамок возможного поведения, в пределах которых субъекты вправе самостоятельно избрать вариант поведения по своему усмотрению.

Проблема в том, что в сфере охраны здоровья пространства дозволений, обязываний и запретов государством в законе не определены и не разграничены. То есть различия частных обязательств и обязанностей по службе и по закону не установлены, чтобы можно было их дифференцировать для целей правовой квалификации.

Это отражается, прежде всего, на соразмерности, распределении и соотношении ответственности.

Какова ответственность участников медицинской эвакуации или преемственности лечебно-диагностического процесса? Если пациент получал медицинские услуги в одном, потом - в другом, третьем месте, то какова ответственность каждого субъекта медицинской деятельности? Ведь болезнь - это не колбасная нарезка, пациента не спросишь: «Сколько вешать в граммах?».

Какова ответственность коллективных решений и действий (манипуляций)? Как распределены роли оперирующего врача, ассистентов, анестезиологической бригады, операционной сестры, младшего медперсонала и т.д.? Консилиум принял неверное решение, ухудшив прогноз выздоровления пациента. Не так и не то отослали на гистологическое исследование. Кому надлежит оказать пособие оперирующей бригаде в установке дренажа извне операционной раны, и на чьей ответственности, если это делает кто бы то ни было, причиняя телесные повреждения? Возможных вопросов - множество.

Каково соотношение ответственности управленцев (организаторов) и медицинского персонала за нехватку обязательных или использование некачественных либо небезопасных (негодных, неисправных и пр.) средств медицинской деятельности (оборудования, аппаратуры, инструментария, расходного материала и т.д.)?

Существующее распределение ответственности между работником и работодателем бесконечно далеко от совершенства. Как чиновничество органов управления здравоохранением отождествляет себя с собственником учреждений здравоохранения, так и администрация медицинских организаций отождествляет себя с работодателем.

Все это ставит под вопрос, какие возникают основания оказания медицинской помощи, в каких случаях и при каких условиях, у кого и перед кем, под какую и чью ответственность.

Кем оказывается медицинская помощь? Точно - не государством. Не государственными органами. Не органами местного самоуправления. Не должностными лицами или «приравненными к ним», не чиновничеством, не бюрократией. И не обществом в

целом. Не любимы его членами - группами или по отдельности. Только теми, кто этому учился, выучился, познал свое дело, научился работать по специальности, получил соответствующую профессиональную квалификацию.

С 1 января 2017 г. вступил в силу Федеральный закон «О независимой оценке квалификации» от 03.07.2016 N 238-ФЗ, который предусматривает добровольную (по инициативе и за счёт средств работника или работодателя) сдачу профессионального экзамена на соответствие тому или иному профессиональному стандарту. Вопросы - и к профессиональности, и к стандарту.

Прежде всего, «а судьи кто?». Профессионал должен доказывать свой профессионализм, по меньшей мере, профессионалам. Но им неоткуда взяться, кроме как через чью-то - неизвестно от кого или чего независимую - оценку. Чью?

Все относительно: великое и малое, высокое и низкое, крепкое и слабое, далекое и близкое. Абсолютны только стандарты, задающие систему координат относительности. Стандарт, норма, образец, эталон, модель – это однопорядковые понятия, обозначающие *нечто*, что служит для сопоставления с ним других *подобных* объектов. Это нечто – то оригинальное, «настоящее», «истинное», на что надо равняться для достижения подобия, если таковая цель (достижение подобия) поставлена¹.

Но должен ли врач руководствоваться интересами пациента и потребностями его здоровья, или он должен следовать указаниям администрации в трудовых отношениях, либо его действия должны сопоставляться с публичными унификатами (стандартами, порядками и пр.), установленными законом или в соответствии с ним?

Ведь бытует мнение, что если врач осуществлял лечение в соответствии с правилами (стандартами), то он освобождается от ответственности независимо от исхода лечения². То есть в крайних проявлениях вред - есть, а ответственности - нет. Интересно, хотели бы авторы таких утверждений попасть в предлагаемые ими обстоятельства?

Понятно, что применительно к правилам (стандартам, нормативам и пр.) вопрос - не в избавлении от ответственности «крайнего», «стрелочника», а в правильном установлении причинителя, которому и нести весь груз ответственности.

¹ Байгереев М.С. Этика труда: когда профессия становится стандартом. - Восточно-Сибирский филиал ФГБУ «ВНИИ труда» Минтруда России. SelfPub, 2017. - 15 с.

² Лядова М.В., Тучик Е.С., Лядова А.В. Стандартизация оказания медицинской помощи как основной инструмент воздействия на ее качество: за и против // Труд и социальные отношения. 2013. № 5 . С.141-149.

Если врач, следуя правилам, причинил вред, то, очевидно, ни вред никуда не девается, ни ответственность за его причинение не исчезает. Просто причинителем является не врач, а тот, кто установил вредоносные правила, следование которым, собственно, и является вредообразующим посягательством. Вред в таком случае возник вследствие ограничений инициативы врача этими правилами, а не вследствие самостоятельных действий врача.

Следовательно, ответственность в подобной ситуации целиком и полностью ложится на того, кто ввел в действие такие правила.

В российской действительности - это правила административные. Они устанавливаются органами исполнительной власти в соответствующей отрасли, сфере деятельности. Следовательно, в случае возникновения вреда по причине следования врачом этим правилам ответственность ложится на государство в лице органа исполнительной власти (министерства здравоохранения), введшего вредоносные правила. Правда, не известно ни об одном случае оспаривания подобных правил (стандартов, порядков, клинических рекомендаций и пр.) - за все ответственность возлагается на врача.

В западной традиции правила профессии устанавливаются профессиональным сообществом, которое несет ответственность за их валидность. Именно к органам медицинского сообщества там можно предъявить требования из несовершенства таких правил. Правила медицинского профессионального сообщества «пишутся кровью», т.е. основаны на тщательной проработке предшествующего негативного опыта, дабы избежать его повторения, для чего устанавливаются обязательные для исполнения унификаты упреждения вероятного вреда и устранения вреда возникшего. А поскольку профессиональное сообщество олицетворяет всех врачей вместе и каждого в отдельности, его органы, дорожа репутацией, не выпускают даже «сырых» правил, не то что вредоносных. И, если случается тяжба с врачом, соблюдающим унификаты профессионального сообщества, то органы сообщества либо выступают в процессе вместе с ним, либо оказывают ему необходимую помощь.

У нас профессионального медицинского сообщества вне административно-трудовой шкалы нет с советских времен. И основополагающая юридическая формула **«при исполнении профессиональных обязанностей»** была выведена у нас в советское же время в приложении к трудовой позиции в административной иерархии - такой и осталась.

Исполнение профессиональных обязанностей является квалифицирующим обстоятельством, отягощающим уголовную

ответственность за причинение вреда здоровью (ч.2 ст.ст.109, 118 УК РФ).

Является ли исполнение профессиональных обязанностей выполнением обязанностей **по медицинской профессии** или **по трудовому положению медицинского работника**, из закона не вытекает, однако сохраняющиеся с прежних времен традиции правоприменительной практики отождествляют то и другое, подразумевая под этим третье: подчиненность административно-трудовому режиму (переноса его, в том числе, и на частную медицину).

Между тем повсеместно за рубежом (кроме ряда постсоветских государств) оценка профессионализма находится не в административно-трудовой, а в профессиональной системе координат относительности.

Тем самым в России интересам пациента и потребностям его здоровья противостоят административно-трудовые нормативы, довлеющие над профессионализмом врача.

Кроме того, находясь в трудовых отношениях, врач должен исполнять условия договора его работодателя со стороны заказчика, представленной потребителем-пациентом и плательщиком за оказываемые ему медицинские услуги. Однако такой договор с обязательным участием потребителя-пациента в большинстве случаев подменяется договором между работодателем врача (медицинской организацией) и плательщиком за медицинские услуги (ОМС или ДМС). Врач дезориентирован в обязательствах: осуществляя ведение потребителя-пациента, он связан спросом работодателя с него за выполнение требований плательщика-страховщика. Да и помимо этого работодатель в частной медицине озабочен лишь повышением среднего чека, а в государственной - «платными» услугами.

Врач связан и не являющимися неотъемлемыми от его профессии трудовыми обязанностями. Выполнение профессиональных обязанностей занимает рабочее время, а заполнение всевозможной отчетности съедает остальное, в том числе и прежде всего личное, вне рабочее время. Между тем бумажно-написательная деятельность вменяется врачу в первоочередные обязанности.

Более того, врач при исполнении профессиональных обязанностей оказался приравненным к должностному лицу как исполняющий организационно-распорядительные либо административно-хозяйственные функции. По этому пути пошла практика дознания и следствия по «врачебным» делам, не получившая, однако, массового понимания в суде. И это уже - вопрос к уровню сотрудииков правоохранительных органов, ползучая деградация

которого вынудила Верховный Суд РФ дать разъяснения, что нужно дифференцировать полномочия должностного лица и профессиональные обязанности³, в том числе врача. Проще говоря, за исполнение обязанностей по профессии не наступает ответственность из функций должностного лица, и наоборот.

Многочисленные вменения просто опутывают профессиональную деятельность врача. На осуществление этой деятельности у него просто не остается времени. Врачу - не до пациента, если отвечает он, по существу, только за несоблюдение вменений. И его профессионализм меряется мерой первоочередного выполнения вменений, а не совершенства в своем деле. Можно быть отнюдь не профессионалом, но преуспевать в выполнении вменений, чтобы находиться в первых рядах на поощрение. А можно постоянно расти над собой профессионально, работая для людей и презревая вменения, и оставаться изгоем для администрации. Каждый выбирает по себе. Однако, понятно, числиться профессионалом и быть профессионалом по делам своим - это разные вещи.

Тем самым в нынешних российских реалиях профессионализму врача противостоят различные вменения, нередко - незаконные и неправовые. Для врача создаются обязанности, не ограниченные трудовыми отношениями и профессиональной ответственностью. Врачу предъявляются административно-трудовые требования, в то время как его ответственность вытекает из пороков профессиональной деятельности. Врач несет ответственность за здоровье пациента, к состоянию которого приложил руку, а осуществлять деятельность его понуждают по приказной иерархии.

Пациент - вне этой иерархии. Ни для врача, ни для его работодателя. Притом что и врач в трудовом, и его работодатель в гражданско-правовом порядке осуществляют деятельность исключительно в отношениях по поводу здоровья пациента, его участие в них игнорируется.

Но кому оказывается медицинская помощь? Тому, кто обладает здоровьем - ведь медицинскую помощь можно оказать лишь обладателю здоровья. Тому, кто обладает правом на здоровье. Обладание здоровьем и обладание правом на него не может быть разобщено. Понятно, что это не государство - и здоровьем не оно обладает, и не ему принадлежит право на здоровье. Понятно, что это и не общество. Не общество в целом обладает здоровьем, а отдельный его член, гражданин. Гражданин является и

³ п. 7 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 9 июля 2013 г. N 24 "О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях"

правообладателем. Как обладатель здоровья и права на здоровье гражданин является пациентом, т.е. потенциальным или реальным получателем медицинских услуг, потребителем. Какие-либо квалифицирующие признаки пациента-потребителя отсутствуют - ему достаточно просто быть физическим лицом, т.е. обладателем здоровья и права на него.

Ни с того, ни с сего никто не может «вдруг» начать оказывать медицинскую помощь. Общеправовым основанием ее оказания является просьба о помощи.

В странах англо-американского права признается правонарушением оказание медицинской помощи без изъявления воли правообладателя - объективно нуждающегося или не нуждающегося в такой помощи.

В отечественной традиции - все ровно наоборот: вопрос - не в субъективном принятии помощи больным, а в объективной обязанности ее оказании специальным субъектом (по общему правилу - врачом). Правонарушением под угрозой уголовной ответственности является **неоказание помощи больному** лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом⁴. Иными словами, обязанность оказывать помощь вытекает из закона или даже помимо закона (из некоего специального правила - без указания «в порядке, установленном законом»). Законы же (не говоря уже о «специальном правиле») в нашей стране могут содержать самые разнообразные и не соответствующие друг другу установления⁵.

При этом, во-первых, законом не определено, как должен себя проявить больной, чтобы объективная обязанность оказать ему помощь совпала с субъективным ее принятием (единственно облигатным в западной традиции).

По большому счету, это вопрос правомерности суицида - вправе ли кто-либо препятствовать самоубийству? В советском варианте - да, чтобы затем лечить неудачника в психиатрической клинике. Повсеместно за рубежом - нет, поскольку каждый вправе распоряжаться своим здоровьем и жизнью по своему усмотрению. Соответственно, только явным образом выразив свою волю на принятие помощи, больной может ее получить. Без этого, по общему правилу, никакой врач за рубежом не окажет помощь по собственной инициативе.

⁴ <...> без уважительных причин ... если это повлекло по неосторожности причинение ... вреда здоровью больного... (ст.124 УК РФ)

⁵ Сравнить, например, определение услуги (п.1 ст.779 ГК РФ, п.5 ст.38 НК РФ) и медицинской услуги (п/п.4 ст.2 Закона об основах охраны здоровья граждан)

Во-вторых, никак не определено состояние здоровья больного на момент возникновения обязанности оказывать ему помощь. В логической цепочке за неоказание помощи при остром тонзиллите (ангине) в далеком последующем может наступить ответственность за крайние проявления, например, ревмокардита.

В-третьих, оставлено без внимания, как должна соответствовать помощь на момент возникновения обязанности ее оказывать потребностям здоровья больного. В каком объеме должна такая помощь быть оказана на соответствующий момент? Ведь можно ожидать даже не только излечения, но излечения моментального - от тяжелого хронического или вообще неизлечимого заболевания. Более того, указанная норма, в принципе, применима и к рутинной амбулаторной или стационарной помощи. То есть завышенные ожидания излечения могут быть присущи любому и каждому пациенту поликлиники или больницы, а закон никак их не пресекает. Формально недоделанное - не сделано, и ничто не мешает интерпретировать такие ожидания как неоказание помощи.

Тут возникает еще одно обстоятельство: публичная (под угрозой уголовных санкций за неисполнение) обязанность у нас в таком понимании (излечения, вылечивания по смыслу *достижения целевого результата*) может вступить в противоречие с частноправовым обязательством по смыслу *процесса действий в направлении цели, деятельности* - собственно, чем и является услуга⁶, и медицинская услуга - в том числе. В том случае, если субъект медицинской деятельности берет повышенные (заведомо неисполнимые) обязательства излечения пациента, он должен нести ответственность по взятым обязательствам. Однако разумность действий и добросовестность участников гражданских правоотношений предполагаются (п.3 ст.10 ГК РФ) тогда, когда субъект медицинской деятельности принимает на себя исполнимые, реалистичные обязательства.

В целом, если за рубежом действует презумпция запрета оказания помощи без согласия больного, то у нас - презумпция обязанности ее оказывать безотносительно волеизъявления правообладателя на этот счет. Более того, санкции для неоказавшего такую помощь следуют в зависимости от тяжести последствий для здоровья больного. При этом больной мог и быть против такой помощи на момент ее оказания (как и ожидать от нее большего, чем она могла

⁶ действия или деятельность (п.1 ст.779 ГК РФ), результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п.5 ст.38 НК РФ)

принести), а потому - и сам способствовать наступлению неблагоприятных для себя последствий. Но отвечать за них - врачу.

Оставляющее формальную неопределенность триггера врачебной обязанности неоказание помощи больному вопреки закону или специальному правилу вполне согласуется с **заведомым оставлением <нуждающегося⁷> без помощи** в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу. Снова: обязан - на основании чего? Того самого «закона или специального правила»? Нет, в данном случае и такого нет. А ведь, по большому счету, и эту норму можно подтянуть под ответственность врача: снова недоделанное - не сделано, пациент не избавлен от болезни, и ничто не мешает интерпретировать ожидания излечения как заведомое оставление нуждающегося без помощи.

В обоих случаях обязанность - есть, а основания ее возникновения - мутны. Дела по этим статьям - редкость, но не потому, что не случается неоказания помощи больному или заведомое оставление нуждающегося без помощи, а потому, что правоохранительные органы не освоили квалификацию по соответствующим составам и/или не получили отмашку на начало кампании. Вот тогда формальная неопределенность оснований возникновения обязанности действовать станет предметом разьяснения Пленума Верховного Суда РФ и получит необходимую ясность.

На этом фоне Закон об основах охраны здоровья, казалось бы, должен был внести определенность в понимание оснований медицинской деятельности и возникновения вытекающих из нее ответственности, однако даже упоминаний о том, что такая деятельность осуществляется на договорных началах с обязательным участием пациента, как и о том, что она сопряжена со статистически неизбежной возможностью причинения вреда его здоровью, закон не содержит.

Изложенное выше наглядно демонстрирует, что единого отправного начала для понимания оснований возникновения обязанностей, в том числе обязательств, при оказании медицинской помощи российским законодательством не установлено. Публично-правовой крен в сторону обязанностей ее оказывать в общем законодательстве усугубляется полным отсутствием в специальном законодательстве хотя бы каких упоминаний об основаниях

⁷ <...> лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности <...> либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние (ст.125 УК РФ)

медицинской деятельности, как и упоминаний об основаниях возникновения вытекающих из нее ответственности.