

УДК 349

Бейшекеева Ж.Э.,
преподаватель
кафедры гражданского
и семейного права КГЮА

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ИСТОЧНИК ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ

Аннотация: Бул макалада медицина ишмердүүлүгүн өтө кооптуу булак катары кароо маселеси каралат. Изилдөө объектиси катары Кыргыз Республикасынын Жарандык кодексинин 1007-беренеси келтирилет.

Аннотация: В данной статье рассматривается проблема признания медицинской деятельности источником повышенной опасности. Как объект исследования приводится статья 1007 Гражданского кодекса Кыргызской Республики.

Annotation: In this article the problem of recognition of medical activity is considered by a source of the increased danger. As the object research is given article 1007 of the Civil code of the Kyrgyz Republic.

Негизги сөздөр: Медицина ишмердүүлүгү, өтө кооптуу булак.

Ключевые слова: Медицинская деятельность, источник повышенной опасности.

Keywords: Medical activity, a source of the increased danger.

Положения п. 1 ст. 1007 ГК, определяющие ответственность за вред, причиненный источником повышенной опасностью, подлежит возмещению независимо от вины. Такая конструкция по существу устанавливая принцип генерального деликта, имеет крайне важное значение при решении вопроса об основаниях и пределах защиты нарушенных интересов лиц, потерпевших от риска, достижение которого наиболее вероятно с точки зрения условий его наступления. Собственно, в таком аспекте и представляется необходимым понимать деятельность, создающую повышенную опасность для окружающих.

Однако прочтение ст. 1007 ГК несколько разнится с ее же наименованием, поскольку во внимание законодателя попала лишь та часть деятельности, которая осуществляется с использованием

объектов, само существо которых несет потенциальную опасность как таковую (машины, механизмы, энергия, яды). Получается, что узкое содержание ст. 1007 ГК оставляет открытым вопрос об ответственности без вины при причинении вреда без использования несущих опасность объектов.

Пример. Врач-хирург, при производстве операции, допускает некие отступления от процедуры, что влечет за собой смерть пациента. Вопрос о компенсации вреда при наличии обвинительного приговора суда разрешается сам собой и не вызывает затруднений. Но представим, что в деятельности врача состава уголовного преступления усмотрено не было. При том причиной смерти само заболевание не являлось, а явились хотя и правомерные, необходимые, но все же действия врача.

Образует ли деятельность врача при такой ситуации повышенную опасность для целей применения ст. 1007 ГК?

Использование хирургом специальных орудий медицинской деятельности (скальпеля, например) несет потенциальную опасность, хотя сами такие орудия не относятся законом к категории оружия. Показательно в этом отношении прямое упоминание в ст. 1007 ГК на строительную деятельность.

В литературе высказываются суждения об отнесении к источникам повышенной опасности и отдельных видов медицинской деятельности: «Вакцинация против клещевого энцефалита полностью соответствует признакам «источника повышенной опасности» как деятельность, осуществление которой создает повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны медицинских работников, а также как деятельность по использованию веществ (вакцин), обладающих такими же свойствами». В Японии врачебные ошибки относятся к особому деликту наравне с ответственностью владельцев автотранспортных средств и рассматриваются как гражданское правонарушение [1].

Таким образом сформулировано определение понятия источника повышенной опасности: источник повышенной опасности - это определенный вид правомерной человеческой деятельности, как правило, застрахованной, связанной с владением и использованием вредоносными объектами, количественные параметры которых на соответствующих уровнях исключают возможность

полного контроля со стороны человека, вследствие чего создается повышенная опасность для окружающих. Формирование повышенной опасности происходит в сфере деятельности, а критериями вредоносности этой деятельности являются объекты материального мира, не поддающиеся полному контролю со стороны человека [2].

Цели повышенной опасной деятельности имеют, как правило, экономический характер, так как эта деятельность чаще всего осуществляется в сфере производства и оказания услуг, которыми пользуются окружающие. Медицинская деятельность весьма многообразна по своим направлениям. С позиции юриспруденции сейчас все чаще медицинская деятельность стала проявлять себя в виде медицинской услуги с заключением договора о возмездном оказании медицинских услуг.

Кроме того, в основном все виды деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, должны осуществляться с выдачи разрешения на данную деятельность. (ст.5 Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» от 9 января 2005 года № 6 (в редакции от 17 апреля 2009 года № 129)).

Задачами повышенной опасной деятельности должны быть достижение только правомерных результатов и действиями только в рамках закона. Под правомерностью повышенной опасной деятельности понимается не столько общественная полезность либо законность, сколько ненаправленность этой деятельности на причинение вреда источником повышенной опасности.

В случае, когда конкретный человек использует источник повышенной опасности в незаконном применении (инъекция, чтобы убить человека, незаконное завладение трансплантатом с целью продажи), это не противоречит общей правомерной цели повышенной опасной деятельности (производство инъекций, трансплантация органов и тканей).

Содержание деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, составляет совокупность единичных действий владельца источника повышенной опасности или его работников. При этом деятельность всегда более длительна по времени, чем обычное действие, направлена на неопределенно большое количество действий. Медицинская деятельность выражается в том, что деятельность по оказанию медицинской помощи намного длительнее по сравнению с действиями,

так как, для того чтобы ее оказать, необходимо совершить ряд определенных действий: изучить амбулаторную карту, провести лабораторные и диагностические исследования, назначить определенные лечебные процедуры и т.д.

Предыдущий признак напрямую связан с субъектным составом, так как при увеличении количества лиц, осуществляющих повышенно опасную деятельность и контактирующих с источниками повышенной опасности, увеличивается вероятность причинения вреда этими источниками. Применяя этот признак для медицинской деятельности, можно утверждать, что высокая вероятность причинения вреда обусловлена большим количеством врачей, лечащего одного пациента. Порой каждый год меняются врачи на участке. Часты случаи, когда у пациента несколько заболеваний, а диагностируют и назначают лечение профильные врачи без системного подхода к общей картине анамнеза. Чтобы этого избежать, действуют клинично-экспертные комиссии на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Российская Федерация, для снижения опасности от субъектного состава, установило: каждый медицинский работник обязан иметь сертификат специалиста (ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1). Это дополнительная безопасность, обеспечиваемая государством Российской Федерации, помимо лицензирования медицинской деятельности всего учреждения. К сожалению нашим законодательством охватывается лишь сертифицирование медицинских работников в сфере фармацевтики (ст.81 Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» от 9 января 2005 года № 6 (в редакции от 17 апреля 2009 года № 129)).

Методы осуществления повышенной опасной деятельности многообразны, однако имеют общее свойство: они разрабатываются и используются с расчетом на предотвращение причинения вреда, ориентируют владельцев источников повышенной опасности на высокую осмотрительность и бдительность. Медицинская деятельность по своей природе направлена на предотвращение опасности для организма пациента, и при этом медицинским работникам необходимо проявлять осмотрительность и бдительность, так как от медицинских манипуляций зависят жизнь и здоровье человека, в связи с чем решающее значение

имеют методы (технологии) осуществления деятельности (например, методов лечения).

Для предотвращения вреда разработаны различные методики обращения с источниками повышенной опасности, регламентированные обычно в правилах техники безопасности и т.п. В медицинской деятельности при работе с рентгеном, лазером, источниками тока, в физиопроцедурных кабинетах разработаны свои инструкции и правила обращения. При осуществлении диагностики и назначении лечения специально разрабатываются стандарты оказания медицинской помощи при той или иной болезни, что имеет такой же смысл, как и правила техники безопасности. В судебном процессе при решении вопроса о надлежащем оказании медицинской помощи невыполненный пункт стандартов оказания медицинской помощи является доказательством ненадлежащего исполнения обязанностей, так же, как и несоблюдение пункта правил техники безопасности становится решающим для суда (например, в строительной деятельности). Для рассмотрения всего инструментария, используемого в медицине, воспользуемся классификацией, наиболее полно разработанной О.С.Красавчиковым. Он подразделяет все источники повышенной опасности на следующие виды:

- физические, к которым относятся механические (приборы ультразвука, ядерные водители ритма и сердца, томографы); электрические (медицинская аппаратура с использованием электрических токов) и тепловые источники повышенной опасности;

- химические источники повышенной опасности подразделяются на отравляющие (дихлорэтан, метиловый спирт, которые судебной практикой признаются источниками повышенной опасности), лекарственные препараты с наркотическим действием и т.п., взрывчатые (лекарственные препараты с взрывоопасными свойствами) и огнеопасные вещества (лекарственные препараты с огнеопасным свойством);

- физико-химические источники повышенной опасности - рентгеновские лучи, лазер, радонные ванны, кобальтовые пушки и т.д.;

- биологические источники повышенной опасности - болезнетворные микробы, микробиологические препараты [3].

Как видно, в медицинской деятельности присутствуют все виды средств осуществления

повышенно опасной деятельности. Но нельзя всю медицинскую деятельность признавать источником повышенной опасности и вносить ее в ст. 1007 ГК КР со словом «осуществление». При этом, как верно заметил А.П.Сергеев, «не может быть повышенно опасной для окружающих деятельности вне связи с особым материальным объектом, равно как не может быть таких материальных объектов, которые бы признавались источниками повышенной опасности вне связанной с ними деятельности человека» [4].

А как же строительная деятельность? Она всегда признается источником повышенной опасности и даже без инструментария? В научной литературе случаи осуществления строительной деятельности без каких-либо инструментов рассматриваются противоречиво. Так, одни (Л.А.Майданик, Н.Ю.Сергеева, О.С.Июффе) выделяют из всех видов строительной деятельности те, которые не подходят под действие ст. 1007 ГК КР, другие (Н.Д.Егоров, С.Е.Донцов, В.В.Глянцев) строительную деятельность признают источником повышенной опасности, потому что в деятельности используются объекты, которые на высоте приобретают другие свойства, третьи (А.А.Собчак, В.М.Болдинов) сами здания и строительные леса признают объектом, служащим средством осуществления деятельности (т.е. инструментарием) как источника повышенной опасности.

При отнесении строительной деятельности к источнику повышенной опасности, как и отмечал А.П.Сергеев, на первый план выходит характер деятельности, однако, несмотря на это, и в такой повышенно опасной деятельности должны присутствовать вредоносные объекты - источники повышенной опасности. Если строительная деятельность оправданно отнесена к источнику повышенной опасности с особым характером деятельности, то медицинскую деятельность тоже можно признать деятельностью с особым повышенно опасным характером. Здесь очень высока общественная важность охраняемого интереса (здоровье, жизнь), а также неизбежен определенный риск при оказании медицинской помощи, который признается и медицинской наукой, и органами здравоохранения, и самим пациентом.

Но, несмотря на существование такого особого характера деятельности, мы никак не можем согласиться с тем, что те виды медицинской деятельности (осмотры, освидетельствования), где

не используются вредоносные объекты, можно признать осуществлением повышенной опасной деятельности.

Отдельные услуги и работы в медицинской деятельности необходимо признавать источником повышенной опасности, но всю совокупность медицинской деятельности, в которую входят действия, никогда не признаваемые и в будущем повышенной опасными, нельзя признать источником повышенной опасности при ее «осуществлении». Представляется, что необходимо проводить четкое разграничение между медицинской деятельностью в целом и отдельными ее видами и конкретными действиями субъектов медицинской деятельности, которые могут быть отнесены к источнику повышенной опасности.

Пример. Во время проведения вакцинации против клещевого энцефалита в момент введения вакцины 12-летнему ребенку у него возникла тяжелейшая реакция, проявившаяся полным параличом нижней половины туловища. Впоследствии был установлен диагноз «вакцинальный миелит на грудно-поясничном уровне», который указывает на прямую причинную связь с проведенной вакцинацией [5]. По данным специальной медицинской литературы, проведение вакцинации всегда содержит повышенную опасность непредсказуемых, неконтролируемых осложнений, связанных с особыми свойствами вакцин, которые проявляются повреждением здоровья вплоть до летальных исходов. Официальная инструкция по применению вакцины против клещевого энцефалита, являющаяся нормативным материалом по вакцинации, содержит большой перечень противопоказаний к ее использованию. Следовательно, в ней также изначально предполагается вероятность неконтролируемых побочных эффектов. Исходя из изложенного, вакцинация против клещевого энцефалита полностью соответствует признакам «источника повышенной опасности» как деятельность, осуществление которой создает повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны медицинских работников, а также как деятельность по использованию веществ (вакцин), обладающих такими же свойствами. Следовательно, вред, причиненный здоровью при проведении такой вакцинации, подлежит компенсации независимо от вины медицинского учреждения как вред, причиненный деятельностью,

имеющей все признаки источника повышенной опасности. Действительно, согласно *ст. 18 Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 26 июня 2001 года № 56 (в редакции от 19 июля 2011 года № 112)*: «При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право, согласно заключению экспертной комиссии, на получение государственных пособий по временной нетрудоспособности и других пособий, установленных законодательством Кыргызской Республики».

Выплаты пособий по временной нетрудоспособности производятся из средств государственного социального страхования.

Однако иная, обычная медицинская деятельность не признается в правоприменительной практике источником повышенной опасности, что фактически приводит к необходимости устанавливать наличие вины исполнителя медицинских услуг. В то же время еще одним случаем ответственности за причинение вреда без учета вины служит ст. 1023 ГК КР, согласно которой: «Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет. Настоящее правило применяется лишь в случаях приобретения товара (выполнения работы, оказания услуги) в потребительских целях, а не для использования в предпринимательской деятельности».

Данная правовая норма напрямую относится и к правилам возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков (дефектов) медицинских услуг. Эта статья ГК КР распространяется на отношения по возмещению вреда, наступившего при оказании медицинских услуг, кроме исков о компенсации морального вреда, в частности, и исков, предъявленных из причинения морального вреда в связи со смертью близкого человека, наступившей вследствие дефекта медицинской помощи.

Необходимо отметить, что требования о компенсации морального вреда почти всегда

сопровождать иски в сфере медицинских услуг, поскольку вред здоровью всегда сопровождается нравственными и физическими страданиями. В случаях смерти гражданина его родственники и близкие, как правило, также требуют возмещения морального вреда. Часто это является единственным основанием иска, за исключением компенсации расходов на погребение.

С появлением и развитием рынка медицинских услуг пациенты все чаще заявляют свои претензии по поводу некачественного оказания услуг, причинения вреда здоровью или жизни в связи с проведением тех или иных манипуляций, неадекватной, на их взгляд, медикаментозной терапии.

Большинство споров между медицинскими организациями и гражданами (пациентами) находят свое окончательное разрешение в суде. Рассмотрение дел о возмещении вреда здоровью или жизни гражданина, причиненного применением лекарственных средств в медицинской практике, - явление для судебной практики новое. В связи с этим появляются многочисленные вопросы о нормах права, подлежащих применению по делу, о составе правонарушения и соответственно о предмете доказывания по делу.

Таким образом, неблагоприятные исходы в медицинской практике - это не только серьезная медицинская, но и правовая проблема.

Ключевым моментом, влияющим на исход дела, является состав гражданского правонарушения, который зависит от ряда факторов, в том числе и от признания (или непризнания) медицинской деятельности в каждом конкретном случае деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих.

В литературе встречаются отдельные высказывания на этот счет. Так, профессор М.Н. Малеина пишет, что лечебная деятельность неоднородна и не может быть признана в целом источником повышенной опасности, но отдельные методы (способы) лечения соответствуют определению источника повышенной опасности, выработанному юридической наукой и воспринятому судебной практикой. В число источников повышенной опасности в сфере врачебной деятельности М.Н. Малеина предлагает включить рентгеновские установки, лазерные аппараты, ядовитые, наркотические, сильнодействующие лекарственные препараты, взрыво- и огнеопасные лекарственные средства [6].

А.В. Тихомиров, не выделяя отдельных объектов - источников повышенной опасности, пишет о том, что технология производства медицинских услуг «являет собой источник повышенной опасности, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью» [7].

Что же это за технология такая? В настоящее время основным «инструментом» большинства врачей стали лекарственные средства, которых насчитывается десятки тысяч (не случайно в литературе стало встречаться выражение «лекарственные джунгли»). К этому следует добавить широкое использование сложной техники и оборудования, вовлеченность в лечебно-диагностический процесс значительного числа медицинских работников (лечащие врачи, медицинские сестры, врачи-лаборанты, врачи-консультанты). Все это обуславливает высокие риски сбоев в работе техники, ошибки медицинского корпуса на тех или иных этапах лечебно-диагностического процесса.

Именно лекарственные средства в силу их широкой распространенности и «привычности» для врачей практически всех специальностей и пациентов представляют реальную угрозу. Проблема осложнений лекарственной терапии уже осознана, она становится все более актуальной для нашей страны. Это связано с внедрением в медицинскую практику большого числа фармакологических препаратов, обладающих высокой биологической активностью, с сенсibilизацией (повышенной чувствительностью) пациентов к биологическим и химическим веществам, нерациональным применением лекарственных средств (по немедицинским показаниям; не по рекомендации врача), врачебными (медицинскими) ошибками, а также с использованием некачественных и фальсифицированных препаратов.

В основе лечебного действия большинства лекарств лежат физико-химические или химические взаимодействия с биорецепторами организма. Например, может снизиться артериальное давление, утихнуть боль, уменьшиться отек, но при этом появится понос или запор, т.е. побочные реакции, которые не предусматривались при приеме лекарства. Объясняется это тем, что принятое лекарство не только взаимодействует с «узнающими» рецепторами, но и разносится кровью по всему организму и влияет на иные рецепторы, определяя направления развития тех или иных

процессов в органах и системах. Все это приводит к изменению функций организма, возникновению эффектов, которые не были предусмотрены или не проявлялись при испытании лекарства. Кроме того, отдельные лекарства, подвергаясь биотрансформации, теряют свою активность, но при этом «рождаются» новые вещества (метаболиты), которые могут обладать иными свойствами и вызывать побочные эффекты, включая те, которые сложно или невозможно предвидеть (дефекты ферментных систем, нарушение обмена веществ, влияние факторов возраста, пола, национальности, толерантности, идиосинкразии ((от греч. «своеобразный» + «смешивание»)) - повышенная чувствительность к определенным веществам или воздействиям; проявляется сыпь на коже, общим недомоганием, болью) и др.) [8].

Специально проведенные зарубежные исследования выявили, что тяжелые, подчас необратимые осложнения лекарственной терапии развиваются у миллионов людей. В разных странах побочные реакции отмечаются в 5 - 10% клинических наблюдений. Осложнения лекарственной терапии вышли на 4 - 6-е места среди причин смертности после сердечно-сосудистых, онкологических, бронхолегочных заболеваний и травм. Для сравнения: смертность от осложнений лекарственной терапии в 10 раз выше, чем от хирургических вмешательств [9].

Поэтому решение поставленной проблемы - это в первую очередь решение проблемы гражданско-правовой ответственности за вред, нанесенный здоровью или гражданину применением лекарственных средств.

Итак, что же из себя представляют лекарственные средства. Согласно *ст. 4 Закона КР «О лекарственных средствах» от 30 апреля 2003 года № 91 (в ред. от 11 октября 2012 года №171)* под ними понимают вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезней, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов, методами синтеза или с применением биологических технологий. В этом определении акцент сделан на целевом назначении данных объектов материального мира: профилактика, диагностика, лечение болезней, а также предотвращение беременности.

Общественные отношения, возникающие в

сфере обращения лекарственных средств, подлежат согласно *главе 2 Закона КР о лекарствах* государственному регулированию. Это регулирование осуществляется путем государственной регистрации лекарственных средств; лицензирования отдельных видов деятельности в сфере обращения лекарственных средств; аттестации и сертификации специалистов, занятых в сфере обращения лекарственных средств; государственного контроля производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств; государственного регулирования цен на лекарственные средства. Так, государство осуществляет контроль качества, эффективности, безопасности лекарственных средств, надзор за фармацевтической деятельностью (оптовой и розничной торговлей лекарственными средствами, изготовлением лекарственных средств).

Следовательно, законодатель учитывает социальную составляющую лекарственных средств как объектов материального мира (значимость лекарственного обеспечения, вредоносность отдельных лекарственных средств при их неумелом использовании, хранении и т.п., общественную опасность бесконтрольного оборота некоторых лекарств). Например, Уголовный кодекс КР предусматривает уголовную ответственность за незаконный оборот наркотических, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, незаконную выдачу рецепта на получение наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконное занятие фармацевтической деятельностью.

Таким образом, действующее законодательство позволяет говорить о трех составляющих, о трех критериях, характеризующих лекарственные средства: целевом (использование в медицине с целью диагностики, профилактики, лечения болезней, а также для предотвращения нежелательной беременности); социальном (общественная значимость лекарственных средств при одновременном наличии потенциальной угрозы для здоровья граждан или населения); правовом (система мер, средств, органов, с помощью которых обеспечивается надлежащий контроль качества, безопасность лекарственных средств).

С позиций гражданского законодательства и исходя из изложенного представляется возможным говорить о лекарственных средствах как о движимых и ограниченно оборотоспособных

вещах. Сложнее обстоит дело с признанием лекарственных средств (или их части) как источников повышенной опасности.

Понятию источника повышенной опасности в отечественной цивилистике посвящен целый ряд исследований. Условно можно выделить несколько теорий, имеющих отношение к исследуемому вопросу. Сторонники первой утверждают, что источник повышенной опасности - это деятельность, создающая повышенную опасность для окружающих [10]. Однако не любая деятельность может быть признана в качестве таковой. Приверженцы второй теории исходят из того, что источник повышенной опасности - это предметы материального мира, опасные вещи [11]. Для отнесения тех или иных объектов к источникам повышенной опасности обычно учитывают два признака: 1) наличие вредоносных свойств, 2) невозможность полного контроля за ними со стороны человека [12].

Следует также учитывать, что лекарственные средства - легальный товар, реклама которого для широкой публики (потребителей) ограничена законом в силу опасности непрофессионального подхода при решении вопроса о применении. Даже при полном соблюдении всех требований науки и практики встречаются осложнения, которые трудно или невозможно предвидеть (обычно они обусловлены индивидуальными особенностями организма). Так, согласно *ст. 49 Закона КР О лекарствах* в средствах массовой информации допускается реклама лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача (речь идет о так называемых безрецептурных лекарственных средствах, составляющих значительную часть от общего объема лекарственных средств).

Изложенное, на мой взгляд, со всей очевидностью свидетельствует о возможности признания за лекарственными средствами статуса источников повышенной опасности в силу наличия необходимых признаков.

В то же время вторая теория источников повышенной опасности критикуется за то, что наличие у объекта вредоносных свойств, проявившихся в причинении вреда здоровью или жизни человека, само по себе не может являться безусловным основанием для возложения на кого-либо обязанности по возмещению вреда [13].

Источник повышенной опасности и повышенно опасная деятельность должны быть

неразрывно взаимосвязаны. Не случайно В.М. Болдинов предлагает соотносить данные понятия как процесс и предмет [14]. Повышенно опасная деятельность может осуществляться только с помощью объекта, обладающего вредоносными свойствами (свойствами источника повышенной опасности), причем такая деятельность является правомерной.

Наличие вредоносных свойств у подавляющего большинства лекарственных средств, а не только отдельных их групп (наркотики, психотропные, сильнодействующие, ядовитые вещества) закономерно обуславливает постановку вопроса о признании (или непризнании) медицинской деятельности по применению лекарственных средств в качестве повышенно опасной для окружающих (ст. 1007 ГК КР), так как именно от этого зависит установление гражданско-правовой ответственности обязанных субъектов в случае причинения вреда здоровью или жизни гражданина применением лекарственных средств (источников повышенной опасности).

Вопросу квалификации деятельности как повышенно опасной для окружающих значительное внимание уделил в своей работе В.М. Болдинов. Он предлагает следующие критерии (индикаторы): цели и задачи (объекты) деятельности; содержание деятельности; субъектный состав (лица, осуществляющие деятельность, и их число); методы осуществления деятельности; средства осуществления (инструментарий) деятельности.

Рассмотрим эти критерии применительно к медицинской деятельности в части интересующего нас вопроса в предложенной автором последовательности.

Цели повышенно опасной деятельности имеют, как правило, экономический характер, так как эта деятельность чаще всего осуществляется в сфере производства и оказания услуг. Медицинские услуги с принятием части второй ГК КР стали прямо считаться разновидностью оказываемых услуг со всеми присущими им атрибутами. Услугодатель получает от оказания услуг населению доход (прибыль) путем непосредственной оплаты услуг, обязательного или добровольного медицинского страхования. Медицинский работник получает вознаграждение в виде заработной платы.

Источники повышенной опасности в основном используются в качестве средств производства, выполнения работ и оказания услуг.

Лекарственные средства, как отмечалось, используются в повседневной медицинской практике для решения задач, стоящих перед врачом и пациентом (диагностика патологического процесса, излечение, устранение боли и т.п.).

Такого рода деятельность подлежит лицензированию: *Закон КР «О лицензировании» от 3 марта 1997 года № 12 (в ред. от 14 ноября 2012 года № 182)* в ст. 9 среди прочих видов деятельности называет медицинскую.

Содержание деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, составляет совокупность единичных действий владельца источника повышенной опасности или его работников [15]. Как можно убедиться, медицинская деятельность отвечает этому критерию. Договор на оказание медицинских услуг заключается между гражданином (пациентом) и услугодателем (медицинской клиникой), и непосредственно осуществляется медицинским персоналом, состоящим с услугодателем (работодателем) в трудовых отношениях.

Субъектный состав деятельности, представляющей повышенную опасность для окружающих, характеризуется рядом особенностей. К таковым относятся требования к образованию, квалификации, состоянию здоровья и т.п.

Медицинскую помощь непосредственно оказывают только медицинские работники (лица с высшим или средним специальным образованием). По общему правилу назначение лекарственных средств - прерогатива врача, т.е. лица с высшим медицинским образованием. Согласно инструкции о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них назначение лекарственных средств при амбулаторном и стационарном лечении в лечебно-профилактическом учреждении (медицинской организации), независимо от организационно-правовой формы, производится врачом, непосредственно осуществляющим наблюдение больного (лечащим врачом), в том числе частнопрактикующим, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, выданную в установленном порядке. В отдельных случаях (например, когда необходимо одномоментное назначение пяти и более лекарственных средств одному больному) требуется согласование с заведующим отделением, а также с клиническим фармакологом. Данное правило обусловлено повышенной вероятностью причинения

вреда здоровью или жизни пациента при взаимодействии лекарственных средств.

Методы осуществления повышенной опасной деятельности имеют одно общее свойство: они разрабатываются и используются с расчетом на предотвращение причинения вреда, ориентируют владельцев источников повышенной опасности на особую осмотрительность и бдительность. Об этом свидетельствует даже беглый анализ правовых актов, имеющих прямое отношение к применению лекарственных средств в медицине. Поэтому закономерно предложение о том, что технический регламент должен содержать исчерпывающие требования не только к лекарственным средствам, но и к деятельности, связанной с их обращением на всех этапах.

Средствами осуществления повышенной опасной деятельности являются объекты, обладающие вредоносными свойствами, или источники повышенной опасности. Как уже выше отмечено, лекарственные средства обладают необходимыми признаками для признания их таковыми (вредоносность, невозможность полного контроля со стороны человека). Следовательно, налицо критерии, позволяющие квалифицировать медицинскую деятельность, в основе которой лежит применение лекарственных средств, как деятельность, создающую повышенную опасность для окружающих. Поэтому в случае причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) применением лекарственных средств гражданско-правовая ответственность должна наступать по правилам ст. 1007 ГК КР, т.е. при наличии усеченного состава гражданского правонарушения.

Лечебная деятельность включает различные по степени риска для человека методы лечения, среди которых есть и источники повышенной опасности. Причинение вреда здоровью пациента в процессе лечения таким источником влечет ответственность лечебного учреждения независимо от наличия его вины, если оно не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла самого потерпевшего.

Подытоживая вышеизложенное, необходимо отнести медицинскую деятельность к деятельности, создающей повышенную опасность, в той части, где данная деятельность сопровождается опасными, неподконтрольными и непредсказуемыми объектами (физиотерапия, химиотерапия, проведение хирургических, пластических

операций, назначение как сильнодействующих, так и простых лекарственных препаратов и т.п.). Следовательно, в дальнейшем необходимо обратить внимание на непосредственную роль медицинского страхования в Республике и разработать четкий механизм возмещения вреда, причиненного медицинской деятельностью, рассматриваемой как источник повышенной опасности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.В. Долинская источник повышенной опасности // Гражданско-правовая норма. Под авторством servitutis.- М., 2012.
2. Шишкин С.К. Возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности. Автореф.диссертация.- М.: РНБ Русский фонд. 2005. С.24
3. Красавчиков О.А. Возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности. - М., 1966. С. 65.
4. Гражданское право: Учебник / Под ред. А.П.Сергеева, Ю.К.Толстого. - М., П. 2. С. 733-734
5. Козьминых Е. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг// Российская юстиция.2001. №2 С.34
6. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. - М., 1995. С. 146.
7. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. - М., 1998. С. 126.
8. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей. - М., 1997. С. 20 - 74.
9. Лепахин В.К., Астахова А.В., Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии // Качественная клиническая практика. 2002. №1.
10. Агарков М. Обязательства из причинения вреда // Проблемы социалистического права. 1939. №1. С. 68.
11. Белякова А.М. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда. М., 1986. С. 111; Гражданское право: Учебник: В 2 т.: Т. 2 / Отв. ред. Е.А. Суханов. - М., 2000. С. 416.
12. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации / Отв. ред. О.Н. Садиков. -М., 1996. С. 678.
13. Ярошенко К.Б. Жизнь и здоровье под охраной закона. - М., 1990. С. 67 - 68.

14. Болдинов В.М. Ответственность за причинение вреда источником повышенной опасности. - СПб. 2002. С. 18.

15. Болдинов В.М. Ответственность за причинение вреда источником повышенной опасности. - СПб. 2002. С.25

УДК 347.132.12

Алишева А.Б.,

*к.ю.н, и.о. доцента кафедры гражданского и семейного права КГЮА,
Тешебаева А.Н.,
преподаватель кафедры гражданского и семейного права КГЮА*

ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ПРАВ НА НЕДВИЖИМОЕ ИМУЩЕСТВО И СДЕЛОК С НИМ

Аннотация: Бул макала Кыргыз Республикасынын жана башка мамлекеттеги болгон кыймылсыз мүлк укуктарына жана аны менен болгон бүтүм электрондук каттоосуна арналган.

Аннотация: Настоящая статья посвящена вопросам правового регулирования электронной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним в Кыргызской Республики и законодательстве других стран.

Annotation: This article is devoted to legal regulation of electronic registration of the rights on real estate and other transactions related to it according to legislation of the Kyrgyz Republic and other countries.

Негизги сөздөр: Кыймылсыз мүлк, электрондук каттоо, интернет, электрондук санариптик кол коюу.

Ключевые слова: Недвижимое имущество, электронная регистрация, интернет, электронная цифровая подпись.

Keywords: Real estate, electronic registration, Internet, electronic digital signature.

Человечество вступило в новое тысячелетие, в эпоху развития информационных технологий. Ярким примером этому служит появление