

614.25
0803

Высшее профессиональное образование

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Учебное пособие



Медицина

ACADEMA

ВЫСШЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

*Рекомендовано
Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве
учебного пособия для студентов медицинских вузов и системы послевузовского
профессионального образования врачей*



Москва
Издательский центр «Академия»
2006

Авторы: *О.Ю. Александрова, Н. Ф. Герасименко, Ю. И. Григорьев,
И. К. Григорьев*

Рецензенты:
д-р юрид. наук, профессор *Т. В. Толстухина*;
д-р мед. наук, профессор *А. Л. Хадарцев*

Ответственность за правонарушения в медицине: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [О.Ю. Александрова и др.]. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 240 с.

ISBN 5-7695-2901-6

Проанализированы вопросы правового регулирования деятельности различных субъектов в сфере здравоохранения. Изложена информация об основных законах и иных правовых актах. Рассмотрены основные проблемы, связанные с охраной здоровья населения в медицинской практике, с учетом изменений, происходящих в обществе, в том числе здравоохранении. Представлены различные варианты правовых конфликтов, возникающих между пациентами, врачами и медицинскими организациями, даны соответствующие комментарии.

Для студентов высших медицинских учебных заведений.

УДК 343(075. 8) ББК 67. 408я73

© Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.К., 2006
© Образовательно-издательский центр «Академия», 2006
© Оформление. Издательский центр «Академия», 2006

ISBN 5-7695-2901-6

ВВЕДЕНИЕ

Конституция Российской Федерации, принятая в 1993 г., провозглашает право граждан на охрану здоровья и гарантирует его реализацию с помощью закрепления системы конкретных мер, принимаемых государством (ст. 41). В ст. 1 Закона РФ от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» указано, что охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Компетенция этого права распространяется на охрану окружающей природной среды, создание благоприятных условий для труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, на производство и реализацию доброкачественных продуктов питания, а также на предоставление населению гарантируемого государством объема доступной медицинской помощи (разд. 4, ст. 17 Основ). Определение охраны здоровья в законе дает возможность сформулировать представление о его правовой основе как системе мер правового характера, направленных на охрану здоровья каждого человека и обеспечение оказания медицинской помощи при его ухудшении или утрате.

Анализ действующих в Российской Федерации законодательных актов, в которых изложены нормы, так или иначе способствующие охране здоровья, позволяет сделать вывод о необходимости и возможности их объединения в единый блок в виде специального кодекса. Это означает, что меры правового характера, направленные на охрану жизни и здоровья человека, должны быть указаны в охранительных нормах всех отраслей отечественного права: гражданском, трудовом, семейном, административном, уголовном и т. д. Лишь в этом случае нормы, содержащиеся в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, могут быть реализованы с максимальной полнотой.

Основным предназначением медико-социального законодательства является дальнейшее развитие единого правового механизма реализации конституционных прав и свобод граждан и его распространение на одну из наиболее значимых для общества сфер деятельности — охрану здоровья граждан, в том числе на обеспечение их медицинской помощью. В тексте Конституции Российской Федерации содержатся правовые нормы, важные для создания механизмов реализации прав граждан в области охраны здоровья. Для обоснования логического положения рассмотрим некоторые из них. Так, в ст. 7 указано:

«1. Российская Федерация — социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

2. В Российской Федерации охраняются жизнь и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты».

Как видно, в основу конституционных норм, касающихся охраны здоровья населения РФ, положена концепция социального государства. В числе охраняемых государством социальных благ названо здоровье как вечная, непреходящая ценность личности и общества.

Все основные социальные риски, с целью покрытия которых создавалась система соци-

ального обеспечения, закреплённая в международных конвенциях, в той или иной степени связаны со здоровьем. В случае возникновения производственной травмы, заболевания, инвалидности, нетрудоспособности и материнства эта связь является прямой. В случаях назначения пенсий по старости и в связи с потерей кормильца, семейных пособий и пособий по безработице существует косвенная связь, так как эти выплаты направлены на обеспечение надлежащего питания и поддержание состояния здоровья получателей. Медицинская помощь стоит на первом месте в списке выплат и услуг социального обеспечения, приведенном в Международной конвенции по социальному обеспечению (Минимальные стандарты) от 1952 г. № 102.

Социальное обеспечение в организованном обществе — это область сплетения жизненно важных интересов граждан, отношений собственности и распределения, правовых приемов и способов их регулирования, социальной политики государства и социально-экономических прав человека. Это также и сфера преломления таких общечеловеческих ценностей, как равенство, социальная справедливость, гуманизм, моральные устои общества. Целевое предназначение социального обеспечения заключается прежде всего в том, что оно является особой формой удовлетворения потребностей в получении средств к существованию престарелых и нетрудоспособных людей, дает возможность каждому гражданину требовать предоставления ему помощи от государства и общества в достижении фактического равенства с другими членами общества даже при наличии объективных условий для неравенства (состояния здоровья, имущественного положения и т. д.), а также право пользоваться общественной солидарностью перед лицом возникающих бедствий и жизненных невзгод — так называемых социальных рисков.

Отметим, что по сравнению с бытовыми рисками, защита от которых осуществляется гражданами преимущественно самостоятельно, для социальных рисков характерна большая общественная значимость и достаточно высокая вероятность их наступления. Последнее делает экономически малопривлекательными такие обычные индивидуальные способы защиты граждан от риска, как сбережение своего здоровья, денежных средств и имущества или их добровольное страхование. В то же время большая социальная значимость общественного здоровья и жизнедеятельности населения, особенно трудоспособного возраста, является веским основанием для введения государством тех или иных способов обеспечения защиты (в том числе финансовой) от социального риска каждого гражданина и/или определенного для него лица (его работодателя, органа местного самоуправления, иных органов власти и частного предпринимательства). Таким способом осуществляется социальное медицинское страхование, подразумевающее взимание дополнительных сумм налогов и предоставление дополнительных финансовых источников для покрытия потребностей населения в медицинской помощи. Оно представляет собой совокупность механизмов, которые позволяют распределить бремя прямых затрат пациентов на медицинскую помощь.

Одним из ключевых понятий в системе социального медицинского страхования является «социальная солидарность». Она основана на обязательстве одних людей осуществлять финансовые траты больше, чем требуется для покрытия их собственных рисков, соглашаясь в то же время с тем, что всегда есть другие люди, которые платят меньше, чем необходимо, для покрытия их рисков. Вместе с тем, для того чтобы подобные меры не стали непосильным грузом для некоторых членов общества, необходимо установить и определенные границы обязательных обременений, возлагаемых на население в целях обеспечения такой солидарности.

Основанием для установления подобных границ в социальном правовом государстве является следующий принцип: за счет общественной солидарности обеспечивается удовлетворение только такого уровня потребностей гражданина, который признается общест-

вом минимально необходимым для достойной жизни. Именно такой уровень потребностей в сфере охраны здоровья удовлетворяется путем предоставления медицинской помощи, гарантированной государством. В соответствии с п. 1 ст. 7 Конституции Российской Федерации основополагающим признаком социального государства является также предоставление гражданам права на свободное развитие, т. е. на доступ к дополнительному образованию, культуре, отдыху, досугу для самоусовершенствования и ряду других необходимых благ. В результате гражданин имеет возможность уже за счет собственных ресурсов, а не за счет общества удовлетворять свои потребности в той части, которая превышает то, что общество признает минимально необходимым.

В сфере охраны здоровья предоставление подобных возможностей позволяет гражданину:

- 1) проводить дополнительные профилактические мероприятия;
- 2) получать сверх гарантированных государством видов бесплатной медицинской помощи ее дополнительный объем на платной основе, который позволит удовлетворить его потребности в сохранении и укреплении индивидуального здоровья;
- 3) осуществлять иные меры по удовлетворению своих потребностей, которые превышают минимальный уровень, признающийся обществом как уровень достойной жизни.

В сфере здравоохранения и оказания гражданам медицинской помощи реализуются конституционные положения об охране семьи, материнства, отцовства и детства (п. 2 ст. 7 Конституции Российской Федерации). Кроме того, в п. 1 ст. 38 указано, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

Основой правового регулирования социальных отношений в области охраны здоровья является ст. 41 Конституции Российской Федерации, в которой написано:

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом».

Охрана здоровья имеет комплексный характер и включает в себя ряд требований и прав, которые закреплены в международных правовых документах о правах и свободах человека, законах и иных нормативных актах. К ним, в частности, можно отнести права граждан на медико-социальную помощь, получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье, заботу государства об охране здоровья членов семьи, особую охрану здоровья беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и живущих в экологически неблагоприятных районах, и др.

Право граждан на медицинскую помощь хотя и входит в состав права на охрану здоровья, обладает относительной самостоятельностью и занимает особое место в системе прав человека и гражданина. Гарантiami названного права выступают развитая сеть медицинских учреждений, доступность медицинской помощи, современная система лекарственно-го обеспечения.

Согласно п. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации медицинская помощь в госу-

дарственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Таким образом, в сфере охраны здоровья Конституция РФ возлагает публичную обязанность по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи определенного объема, уровня и качества только на государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. В то же время участие частных учреждений здравоохранения в оказании бесплатной медицинской помощи предусмотрено нормами текущего законодательства.

Упоминание в норме п. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации лишь государственных и муниципальных учреждений здравоохранения не является запретительной мерой для частных учреждений здравоохранения предоставлять гражданам бесплатную медицинскую помощь как из своих ресурсов, так и за счет средств бюджета, страховых взносов и иных поступлений. Смысл этой нормы заключается в том, что существование именно государственных и муниципальных, а не частных учреждений здравоохранения гарантирует в соответствии с Конституцией РФ предоставление бесплатной медицинской помощи населению России. Иными словами, именно государственные и муниципальные учреждения здравоохранения являются основными институциональными гарантиями реализации права на достойную жизнь в сфере охраны здоровья — права на бесплатную медицинскую помощь.

Из этого положения Конституции Российской Федерации можно сделать два весьма важных вывода, касающихся предмета рассматриваемого вопроса.

1. Не вся медицинская помощь в РФ в настоящее время оказывается бесплатно.
2. Конституция Российской Федерации закрепила право граждан России на различные виды социального страхования жизни, здоровья и деятельности, включая обязательное медицинское страхование.

С этим фактом следует считаться, оценивая необходимость и целесообразность обязательного, добровольного и в перспективе дополнительного медицинского страхования в РФ.

В ст. 42 Конституции РФ указано, что каждый имеет право на благоприятную окружающую внешнюю среду, достоверную информацию об ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением. Такое размещение указанных норм является несомненным достоинством действующей Конституции не только с формально-логических позиций, но также общесоциологических и прежде всего юридических. Право на благоприятную окружающую среду является как бы продолжением и одной из гарантий права на охрану здоровья. Не случайно в ст. 9 Конституции РФ предусмотрено, что земля и другие природные ресурсы составляют основу жизни и деятельности народов, проживающих на данной территории. Вполне закономерно и то, что в ст. 33 Конституции РФ свободное распоряжение этими благами их собственников признается постольку, поскольку это не создает опасности для окружающей среды.

Помимо права на благоприятную окружающую среду и достоверную информацию о ее состоянии граждане имеют право на возмещение ущерба, причиненного экологическими правонарушениями (ст. 42 Конституции РФ).

В соответствии с п. 1 ст. 74 Конституции Российской Федерации на территории РФ не допускается устанавливать таможенные границы, пошлины, сборы и какие-либо иные препятствия для свободного перемещения товаров, услуг и финансовых средств между ее регионами. Используя систему медико-санитарного обслуживания и вакцинации, а также средства лекарственной терапии для охраны и укрепления своего здоровья, пациент выступает как потребитель медицинских услуг и товаров медицинской и фармацевтической промышленности. В связи с этим такое положение, по которому гражданин не может получить медицинскую помощь на территории соседнего субъекта РФ в связи с отсутствием договоров по межрегиональным расчетам в системе обязательного медицинского страхо-

вания (ОМС) или недостаточным их финансированием, является неконституционным.

Государственная власть осуществляется на основании Конституции РФ, Федеративного и иных договоров о разграничении предметов ведения и полномочий. Вопросы обеспечения прав граждан в здравоохранении относятся к вопросам совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов и реализуются на основании как федеральных, так и региональных законов. Государственным органом, ответственным за проведение единой государственной политики в области здравоохранения, согласно ст. 114 Конституции РФ является Правительство Российской Федерации.

Таким образом, Конституция Российской Федерации закладывает правовые основы построения и деятельности системы охраны здоровья населения РФ, которые находят дальнейшее воплощение и развитие в федеральном и региональном законодательстве, правовых актах органов исполнительной власти РФ и ее субъектов и органов местного самоуправления.

Конституционные нормы, закрепляющие права граждан, в том числе медицинских работников, на страхование здоровья и профессиональной деятельности, изложены в Законе РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Законе РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Законе РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Законе РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 (в ред. Федерального закона от 20 июня 2000 г. № 91-ФЗ «О трансплантации органов и/или тканей человека»), Федеральном законе от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ (в ред. от 30 июня 2003 г. № 86-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов») и ряде других медико-социальных нормативных правовых актах. В настоящее время они получили дальнейшее развитие в Федеральном законе от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

ГЛАВА 1

ОСНОВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ПОНЯТИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТАХ

Самим своим появлением право обязано государству. Оно неразрывно связано с ним. На современном этапе развития международного сообщества любое развитое и цивилизованное государство не может существовать без права. Поэтому право, являясь инструментом государства, должно служить интересам всего общества, народа, нации и каждого отдельного человека, гражданина как личности. Для более точного и конкретного понимания материалов, отражающих данную проблему, разберем понятие «право» и его признаки.

По мнению ряда авторов, право — это система общеобразовательных, формально определенных норм, установленных или санкционированных государством, охраняемых ею силой, выражающих интересы общества и регулирующих общественные отношения путем закрепления установленных действий и обязанностей за их участниками. Сущность права считается самым важным, значимым, так называемым «главенствующим» его признаком. При этом социальное назначение права вытекает из его сущности и определяется целями и задачами служения обществу (А. Ю. Соловьев, 1998; Сун Юнь Тао, 1999). Основными из них являются: 1) регулирование общественных отношений, в том числе охраны здоровья населения; 2) выражение и закрепление правил поведения в обществе, например прав и обязанностей медицинских работников, а также пациентов как потребителей медицинских услуг.

В то же время руководящие идеи (первооснова, отправное начало) права, характеризующие в концентрированных видах его содержание, называются принципами права. Они могут быть общими, отраслевыми и межотраслевыми. К общим относят принципы справедливости, законности, демократизма, гуманизма и др. Среди отраслевых следует отметить такие, как индивидуализация наказания, равенство супругов в браке, определенность трудовой функции. Межотраслевыми являются принципы состязательности, неотвратимости наказания, материальной ответственности.

Согласно Конституции Российской Федерации к направлениям деятельности государства наряду с экономическими, социальными, воспитательными, экологическими и правозащитными отнесена охрана окружающей среды и здоровья людей. К системе управления, посредством которой осуществляется хозяйственная деятельность в России, относятся органы исполнительной власти субъектов РФ, выполняющие функции государства в сфере здравоохранения на региональном уровне.

Рассмотрим положение права в системе норм. Так, под нормой следует понимать общее правило поведения людей, представляющее собой образец, эталон, вид, объем, которым необходимо руководствоваться. Известно, что нормы могут быть техническими (например, санитарно-гигиеническими) и социальными (мораль, обычаи и т. д.). При этом технические нормы — это правила обращения людей с орудиями и предметами труда, предметами материального мира и силами природы. В то же время социальными нормами являются правила поведения людей в общественной жизни. К ним наряду с нормами общественных организаций (корпоративными), традициями, обычаями, нормами морали также относят и нормы права. В отличие от других видов социальных норм нормы права устанавливает и охраняет государство. В связи с этим следует отметить, что право возникает и

отмирает вместе с государством, состоит из норм, характеризуется определенностью, обеспечивается государственным принуждением.

Формы, при помощи которых государственная воля закрепляется в юридической норме, называются источниками права. Таким образом, источник права — это государственный официальный способ выражения и закрепления норм права. Среди видов источников права различают нормативный акт, юридический прецедент, правовой обычай и нормативный договор. Разберем два первых понятия.

Документ, в котором излагаются общеобязательные правила поведения, называется нормативным актом. В то же время юридическим прецедентом является ставшее общим правилом судебное или административное решение по конкретному делу, которому государство придает общеобязательное значение и гарантирует своей силой.

В отличие от нормативного акта несколько иным является понятие «нормативный правовой акт» (НПА), которое довольно часто употребляется в юридической практике, процессе законотворчества и нормотворчества, применения и исполнения законов, норм и правил, в том числе в сфере охраны здоровья населения, включая здравоохранительную отрасль. Предписание субъектов нормотворчества, содержащее юридические нормы, как раз и является НПА. Нормативный правовой акт имеет государственный характер, специальную процедуру обсуждения и утверждения, время, пространство, механизм и направления действия, принимается строго определенными субъектами и должен содержать юридические нормы.

К видам НПА в сфере охраны здоровья населения страны относят законы и подзаконные документы медико-социального назначения. Нормативный правовой акт, который принимается в особом порядке, регулирует наиболее важные общественные отношения и обладает высшей юридической силой, называется законом. Его признаками являются: особый порядок принятия; регулирование наиболее важных общественных отношений; высшая юридическая сила. Существующая классификация законов приведена на рис. 1.1.

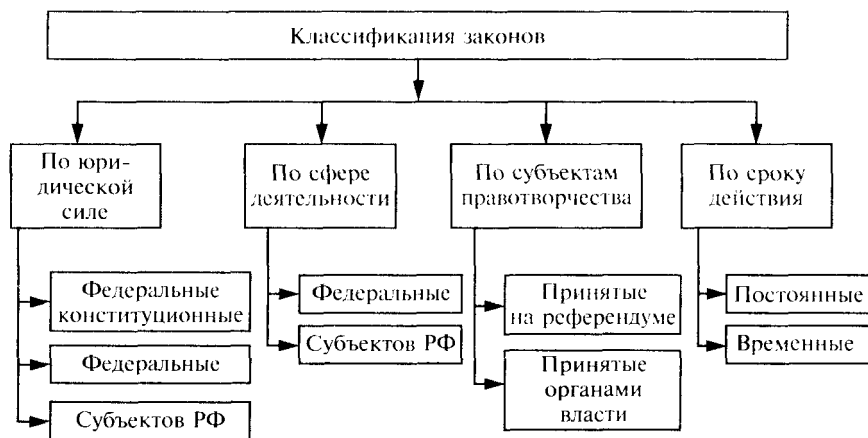


Рис. 1.1. Классификация законов в Российской Федерации

К подзаконным правовым актам федеральных органов исполнительной власти относят указы и распоряжения Президента РФ, постановления и распоряжения Правительства РФ, постановления, распоряжения и приказы различных федеральных министерств и ведомств.

В юридической практике различают действие НПА в пространстве (водное пространство, суша в рамках границ и т.п.), во времени и по кругу лиц (например, в зависимости от пола и профессии, социального положения). Так, действие НПА во времени начинается с

момента его вступления в законную силу.

Возведение в закон государственной воли путем разработки НПА компетентными органами государства, уполномоченными общественными организациями либо непосредственно народом, называется правотворчеством. Назначением правотворчества в сфере охраны здоровья, в том числе в области здравоохранения, являются разработка и утверждение новых НПА медико-социального назначения. Среди принципов правотворчества следует отметить законность, гуманизм, профессионализм, плановость, научный характер, техническое совершенство НПА и демократизм.

В последнее время возникла необходимость выделить новое направление права, реализуемое в сфере охраны здоровья населения, — так называемое медицинское право, являющееся самостоятельной отраслью права. Оно может представлять комплекс объединенных в единое целое структурных элементов и положений различных НПА, касающихся сохранения жизни и здоровья человека или имеющих непосредственное отношение к охране здоровья населения, а также системно применяемых в совокупности правовых норм в сфере деятельности и хозяйствования органов управления, лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и иных организаций здравоохранения.

Вид общественных отношений, на который направлено воздействие норм данной отрасли права, называется предметом правового регулирования. Так, предметом правового регулирования семейного права является сфера семейных отношений, медицинского права — сфера охраны здоровья населения и взаимоотношений между здравоохранением и пациентами. Следовательно, объектами этого права являются общественные отношения в сфере охраны здоровья граждан РФ, в том числе в системе отечественного здравоохранения, обеспечивающего защиту жизни и здоровья человека. В то же время субъектами этого права могут быть пациенты и медицинские работники, служащие системы здравоохранения, фондов ОМС и страховых медицинских организаций (СМО).

Совокупность приемов и средств, при помощи которых осуществляется воздействие права на общественные отношения и поведение людей, характеризуется как метод правового регулирования. Например, методом административного права в области здравоохранения являются приказы, распоряжения, постановления.

В сфере охраны здоровья граждан и оказания им медицинской помощи, особенно бесплатной, существуют определенные правовые отношения между пациентами и здравоохранением, между медицинскими работниками и руководителями (администрацией) органов управления здравоохранением и ЛПУ, между государственным, муниципальным и частным секторами данной системы. Эти правоотношения обычно возникают на основе норм права общественных отношений, участники которых имеют субъективные права и юридические обязанности, гарантируемые государством. Отсюда следует, что среди элементов правоотношений могут быть такие субъекты, как физические и юридические лица, а также социальные общности (рис. 1.2). Явления окружающего мира, по поводу которых возникают субъективные права и юридические обязанности, считаются объектом правоотношения.

Как известно, содержанием правоотношения являются права и обязанности его участников. Так, физические и юридические лица имеют право на возможность действия и требования защиты в пределах меры (вида, объема) дозволенного (возможного) поведения субъекта, т. е. на субъектное (субъективное) право. В то же время субъектная юридическая обязанность заключается в необходимости совершать активные действия, воздерживаться от них и нести по ним ответственность.

Для реализации какого-либо вида права на практике следует обязательно применять установленные нормы в сферах деятельности его субъектов, в частности соблюдать запреты и использовать меры (виды, объемы) дозволенного им поведения.

Особой формой реализации норм права считается его применение, которое является государственной деятельностью компетентных органов властных структур по реализации правовых норм относительно конкретных жизненных обстоятельств путем вынесения индивидуально-конкретных правовых предписаний.

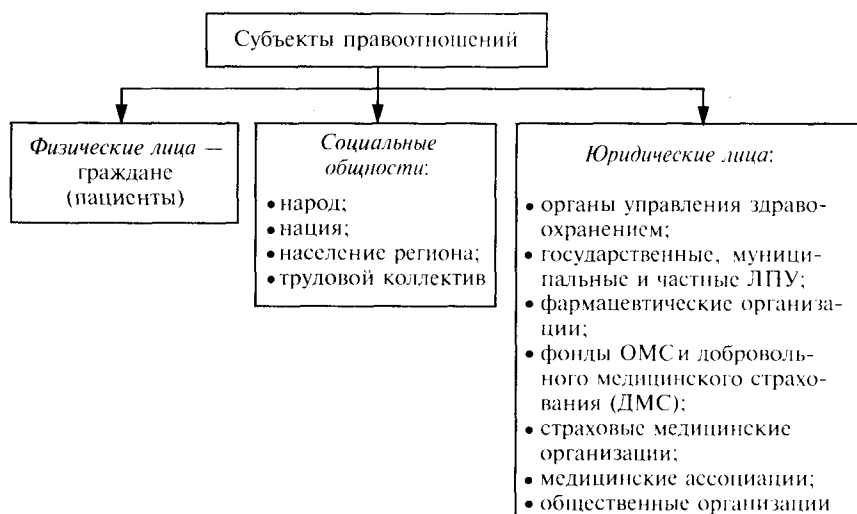


Рис. 1.2. Субъекты правоотношений в сфере охраны здоровья населения

Правоприменение имеет определенные стадии, к которым относятся:

- анализ фактических обстоятельств дела;
- выбор правовой нормы;
- толкование (анализ) нормы права;
- принятие решения;
- доведение НПА до заинтересованных лиц.

Среди требований, которые предъявляют к актам применения права, относят законность, обоснованность, целесообразность и справедливость.

В последнее время в литературе упоминается о пробелах в праве или правовом вакууме в различных сферах деятельности в Российской Федерации, в том числе в сфере охраны здоровья граждан, особенно в системе отечественного здравоохранения. В связи с этим необходимо отметить, что пробелом (правовым вакуумом) в медицинском праве является отсутствие конкретного НПА в отношении фактических обстоятельств в сфере охраны здоровья населения, которые следует урегулировать. К способам устранения пробелов в праве относят принятие новой нормы, использование аналогий законов и НПА, т. е. применение к конкретным общественным отношениям норм, регулирующих сходные отношения, а также принятие решений по конкретным делам, исходя из общих начал и смысла законодательства.

Одним из важных факторов в развитии законодательства и нормотворчества в сфере охраны здоровья населения России, особенно в субъектах РФ, является осознание необходимости идей, чувств, эмоций, выражающих отношение граждан к правовым явлениям жизни общества, в том числе в области здравоохранения и социальной политики. К функциям правосознания следует отнести, во-первых, познавательную как результат мыслительной деятельности, для которой нужна специальная правовая подготовка граждан по вопросам оказания им медицинской и лекарственной помощи; во-вторых, оценочную как эмоциональное отношение личности к правовым явлениям и, в-третьих, регулятивную как

результат выявления (установления) фактов правомерного и неправомерного поведения медицинских работников и пациентов.

Для наличия такого правосознания необходимо создать правовую идеологию по формированию здорового образа жизни среди различных групп населения страны. Однако для этого необходимо, чтобы у граждан (как медицинских работников и руководителей ЛПУ, так и пациентов) были определенные медицинские и правовые знания, овладеть которыми можно при организации специальной системы медико-правовой подготовки населения, для чего нужны не только концептуальные решения, но и реальное финансовое обеспечение. Все это должно базироваться на глубоком знании и понимании медицинского права, осознанном исполнении его предписаний и требований этого от других, т. е. на основе социально-правовой культуры всех слоев и профессиональных групп населения. Особенно важно осознание руководящим персоналом администраций и служащими различных властных органов и структур приоритетного значения охраны здоровья и необходимости его поддержания среди граждан России на должном уровне по медико-демографическим показателям.

Несоблюдение законов и иных НПА в сфере охраны здоровья граждан страны в целом и населения на уровне субъектов РФ следует рассматривать как правонарушение, т. е. как общественно опасное, противоправное, виновное деяние, за которое должна предусматриваться юридическая ответственность, в том числе уголовная, административная и дисциплинарная, а также иные меры принуждения. Фактическим основанием юридической ответственности является правонарушение, связанное с причинением субъектом отрицательных последствий для объекта управления.

При возникновении правонарушений в сфере оказания медицинских услуг применяют разные виды юридических санкций. Так, по отношению к руководителям ЛПУ и медицинским работникам при установлении их вины в виде умысла или неосторожности (самонадеянности, небрежности) применяют следующие санкции: правовосстановительные — возмещение ущерба (морального, материального), отмена незаконного акта; штрафные (карательные) — в виде выговора, денежного штрафа, лишения свободы, исправительных работ и др.

На основании Конституции Российской Федерации, федеральных и региональных законов и иных НПА в сфере охраны здоровья населения государство и субъекты РФ могут давать определенные государственные и дополнительные региональные гарантии в области оказания бесплатной медицинской помощи в виде специально разрабатываемых программ с помощью совокупности способов (условий), обеспечивающих реализацию правовых норм. Однако для этого необходимо разработать на научной основе механизмы правового регулирования — систему правовых средств, при помощи которой можно осуществлять результативное урегулирование общественных отношений в сфере здравоохранения, т. е. создать в отрасли режим законности и правопорядка, а также обеспечить стабильную жизнь и здоровье членов общества.

Человек является неотъемлемой частью природы, проявляющейся в биологических, физиологических, физических, психических, социальных и духовных процессах, поэтому здоровье относится к наивысшим ценностям его жизнедеятельности. Для достижения (установления) приоритетности здоровья граждан РФ необходимо создать целый свод законов и иных видов НПА, отражающих правовые вопросы в сфере охраны здоровья как в области профилактики социально значимых болезней, наиболее распространенных и экономически ущербных заболеваний среди населения, так и по перспективным направлениям развития отечественного здравоохранения.

Указанные в данной главе правовые понятия могут способствовать совершенствованию законодательного развития правового статуса, проведению анализа и определению

характеристик здоровья населения субъектов РФ, его охраны в современных условиях с комплексным отражением состояния отечественного здравоохранения, его приоритетов, законодательного и иного нормативно-правового обеспечения в гражданском обществе и Российском государстве.

Контрольные вопросы:

1. Что такое право и какие компоненты оно включает?
2. Что следует понимать под нормой права?
3. Какие существуют формы закрепления государственной воли в юридической норме?
4. Перечислите виды нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья населения, дайте их характеристику и классификацию.
5. Что называется правотворчеством?
6. Когда и почему возникло медицинское право и в чем заключается его значение?
7. Какие субъекты правоотношений существуют в сфере охраны здоровья и кто к ним относится?

ГЛАВА 2

МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ВИДЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Понятие «ответственность» в медицинской практике.

Ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения является достаточно острой медико-юридической проблемой, для решения которой необходимо не только проводить научные исследования, но и прилагать оп-ределенные усилия по внедрению их результатов на практике.

Исторически сложилось, что практически любая ошибка медицинского работника, приведшая к причинению вреда человеку, осуждается обществом. Например, законы Хам-мурапи (Вавилон, 1792— 1750 гг. до н. э.) сурово карали врача за причиненный вред или смерть пациента.

Первые законы уголовного права на Руси появились во времена правления князя Ярослава Мудрого (1019—1054 гг.) и были названы законами Ярославовыми или «Прав-дой русской». За вред, причиненный лечением, врач нес ответственность как за умышлен-ное преступление. Так, лекарь Леон, лечивший сына великого князя Иоанна III, после смерти отпрыска был умерщвлен по указанию великого князя.

В настоящее время высокая степень ответственности, возлагаемая на медицинского работника, в основном связана с мнением о том, что он как бы получает в свои руки самую значимую общественную ценность — жизнь и здоровье человека, причем человека в боль-шинстве случаев уже больного, т. е. находящегося в опасности. Последнее часто связано с несоблюдением индивидуумом здорового образа жизни и безответственным поведением в отношении своего здоровья. В то же время, оказывая доверие медицинским работникам, общество стремится установить жесткий контроль за их деятельностью, в том числе путем использования механизмов юридической ответственности. Однако, учитывая сказанное, следует отметить, что в большинстве случаев не берутся во внимание элементы риска, свойственного медицинской деятельности во взаимоотношениях с пациентами, особенно имеющими расстройства физического и психического здоровья тяжелой и средней степени тяжести.

В существующей юридической практике под ответственностью понимаются нега-тивные последствия для человека в виде определенных лишений физического, материаль-ного или морального характера за действия или бездействие, осуждаемые обществом. Кроме того, рассматривая проблему ответственности, необходимо помнить, что наряду с юридической существует и моральная ответственность, которая является более мощным регулятором общественных отношений. Если история юридической ответственности на-считывает около 5 тыс. лет (с момента возникновения государства), то формирование от-ветственности перед общественной моралью началось в момент зарождения первобытного общества, т. е. более 50 тыс. лет назад. Существенное отличие юридической и моральной ответственности заключается в характере правил общественного поведения или норм, ле-жащих в их основе.

Первые правила поведения, возникшие в обществе, не отличались сложностью и разнообразием. Позже они обогатились нормами религии, семейных отношений, военных традиций, которые оказали значительное влияние на развитие народов и государств. В це-лом данные нормы основаны на обычаях — правилах поведения, устойчиво сформиро-

вавшихся в обществе путем неоднократного применения, поэтому они входят в понятие обычного права, или неписаного права.

После возникновения государства потребовался формальный подход к регулированию общественных отношений, в связи с чем ряд устойчиво сложившихся и широко применяемых моральных норм был закреплён в государственных правовых актах. При этом нормы морали не прекратили существование, став одновременно и нормами права. Поскольку данные нормы были закреплены на папирусе, глиняных табличках, а затем на бумаге, они составляют основу так называемого писаного права.

Развитие права происходило не только за счёт ассимиляции моральных норм, актуальных в ту или иную историческую эпоху, но и путем создания новых правил поведения самим государством. Последние далеко не всегда отражали общественные интересы, нередко вступая с ними в серьёзные противоречия.

В настоящее время процессы демократизации государств и гуманизации власти ведут к сближению морали и права, сращивая их в единое целое. Правовые нормы все больше отражают мнение общества, превращаясь в эталон справедливости и нравственности.

Правила общественного поведения, или нормы, лежат в основе всех видов ответственности. Нарушение одних норм приводит к возникновению ответственности, в то время как другие нормы регулируют её действие. В зависимости от участия государства существующие нормы могут быть разделены на моральные (государством не регулируются), юридические (регулируются только государством) и смешанные (регулируются как государством, так и общественным мнением). Следовательно, за нарушение моральных норм наступает только моральная ответственность, за нарушение юридических — юридическая, а за нарушение смешанных норм — как юридическая, так и моральная.

Моральная, или этическая, ответственность имеет важнейшее значение в профессии врача. Так как государственное регулирование не может охватить значительные сферы медицинской деятельности, роль кодексов профессиональной этики становится высокой. Некоторые из них (Международный кодекс медицинской этики, врачебная клятва) формально закреплены, другие содержат неписанные правила, например, взаимоотношений о коллегами в профессиональной и научной среде.

Нарушение норм медицинской этики приводит, как правило, к возникновению моральной ответственности, которая выражается в личных переживаниях медицинского работника, связанных с совершением им неподобающего поступка, а также в осуждении его коллегами и обществом. В некоторых случаях моральный проступок служит основанием для возникновения юридической ответственности, например дисциплинарного взыскания.

Грань между моральной и юридической ответственностью очень тонка. Одно и то же действие может повлечь или не повлечь юридическую ответственность, исходя лишь из формального критерия — принятия или отмены соответствующей правовой нормы. Так, например, осуществление эвтаназии на территории России влечёт наступление уголовной ответственности. Однако если в будущем пассивная эвтаназия будет разрешена и отечественная законодательная база претерпит соответствующие изменения, медицинский работник, осуществляющий её, может нести лишь груз моральной ответственности.

Под юридической ответственностью понимают обязанность лица претерпевать неблагоприятные последствия, предусмотренные нормами права, за совершенное правонарушение. Юридическая ответственность выражается в наложении на человека конкретной меры государственного принуждения.

Для анализа существующих видов юридической ответственности обратимся к истории. Например, законы городов Древней Греции жестко карали предателей. Если удавалось схватить изменника, население города требовало его немедленной казни. Народ собирався на центральной площади, и под одобрительные возгласы толпы свершалось право-

судие. В данном случае от наказания виновного никто конкретно выгоды не получал. Выигрывало общество в целом, защищая свои устои. Поэтому такую ответственность можно охарактеризовать как публично-правовую.

С другой стороны, в римском праве известны нормы, по которым если гражданин убивал раба другого гражданина, то он обязан был выплатить потерпевшему два таланта серебра, или если один гражданин выколол глаз другому, то второй может выколоть глаз первому. Данный вид ответственности целиком построен на частном интересе пострадавшего, что позволяет отнести его к разряду частной правовой ответственности.

Разделение ответственности на публичную и частную перешло из римского права в современные правовые системы романо-германской группы, в том числе и правовую систему России.

Выделяют два вида ответственности (рис. 2. 1).



Рис. 2.1. Общая схема и характеристика видов ответственности

2.2. Уголовная ответственность.

Уголовная ответственность является самым серьезным видом юридической ответственности. Она предусмотрена за совершение правонарушений, представляющих наибольшую угрозу для общества, — преступлений. В принципе любое правонарушение несет обществу угрозу. Но некоторые из них имеют крайне высокую степень общественной опасности, поэтому для их предотвращения принимают особые меры. Перечень наиболее опасных правонарушений, отнесенных к преступлениям, с указанием санкций за их со-

вершение приведен в Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ), каждая статья которой (ст. 105 — 360) посвящена отдельному правонарушению и его разновидностям.

Для отнесения того или иного правонарушения к преступлениям используется формальный критерий — его включение или невключение в УК РФ. Одно и то же правонарушение может получить статус преступления после включения его в УК РФ и лишиться такого статуса после исключения. Количество правонарушений, отнесенных УК РФ к преступлениям, является полным и исчерпывающим и не может быть изменено указами Президента РФ, постановлениями Правительства РФ или правовыми актами субъектов Российской Федерации. Федеральные законы способны дополнять или сокращать перечень преступлений только путем внесения изменений в УК РФ.

Согласно ч. 1 ст. 14 УК РФ под преступлением понимают виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ под угрозой наказания. Данная формулировка обосновывает наступление установленных кодексом санкций запретом на совершение противоправного деяния. Однако при нарушении норм УК РФ ответственность наступает далеко не во всех случаях. Так, наряду с фактом противоправности поведения необходимо наличие ряда признаков, определяющих общественно опасное деяние как преступление и именуемых составом преступления (ст. 8 УК РФ).

Специалисты юридического профиля, как теоретики, так и практики, считают, что перечень составов преступлений является исчерпывающим, поэтому они должны использоваться правоохранительными органами дословно и расширительному толкованию не подлежат. Кроме того, не допускается применять нормы УК РФ к аналогичным правонарушениям, не указанным напрямую в уголовном законе (ч. 2 ст. 3 УК РФ).

При наличии основания уголовной ответственности, которым является деяние, содержащее все признаки состава преступления, лицо (лица), его совершившее, подлежит уголовному наказанию. Наказание в уголовном праве выражается в виде установленных УК РФ санкций, которые представляют собой практическую реализацию уголовной ответственности. Виды уголовных наказаний установлены ст. 44 УК РФ и включают:

- штраф;
- лишение права занимать определенные должности;
- лишение права заниматься определенной деятельностью;
- исправительные работы;
- ограничение свободы или арест;
- лишение свободы на определенный срок;
- пожизненное лишение свободы;
- смертную казнь (в настоящее время в РФ на применение смертной казни наложен мораторий).

Санкции могут включать один или несколько видов уголовного наказания, назначаемых одновременно или альтернативно по выбору судьи. Например, такое правонарушение, как неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), имеет два состава преступлений, отличающихся объективной стороной. Первый состав в качестве общественно опасных последствий подразумевает причинение средней тяжести вреда здоровью больного, второй — смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью. Неоказание помощи больному в первом случае может наказываться штрафом в размере до 40 000 р. или удержанием из заработной платы, или иного дохода осужденного за период до 3 мес, либо исправительными работами на срок до 1 года, либо арестом на срок от 2 до 4 мес. То же деяние во втором случае наказывается лишением свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или бессрочно. Неоказание помощи больному с причинением легкого вреда

его здоровью состав преступления не образует.

В то же время за занятие частной медицинской практикой лицо, не имеющее лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека (ч. 1 ст. 235 УК РФ), наказывается штрафом в размере до 120 000 р. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года, либо ограничением или лишением свободы на срок до 3 лет.

Как было сказано, для наступления уголовной ответственности необходимо наличие совокупности установленных законом признаков, именуемых составом преступления (ст. 8 УК РФ). Отсутствие хотя бы одного из признаков (элементов) не дает основания говорить о преступлении. Элементами состава преступления являются: объект и объективная сторона, субъект и субъективная сторона. Рассмотрим указанные элементы применительно к преступлениям, связанным с деятельностью медицинских работников.

Объектом преступлений являются общественные отношения, связанные с реализацией абсолютных прав граждан, прежде всего на сохранение их жизни и здоровья. Уголовный кодекс Российской Федерации конкретно не указывает ни объекты преступлений, ни права граждан в сфере охраны здоровья, подлежащие уголовной защите. Для раскрытия понятия «объект преступления» обратимся к Конституции Российской Федерации, согласно которой каждый имеет право на жизнь (ст. 20), личную неприкосновенность (ст. 22), личную и семейную тайну (ст. 23), социальное обеспечение (ст. 39), охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41), благоприятную окружающую среду (ст. 42). В процессе реализации указанных конституционных прав складываются определенные общественные отношения, которые и представляют собой объект посягающего на них преступления.

К объективной стороне относится взаимодействие лиц в процессе оказания медицинской помощи: противоправные действия или бездействия медицинских работников, их общественно опасные последствия в виде нарушения прав и причинения вреда пациентам, а также причинно-следственная связь, которая объективно обуславливает наступление негативных последствий в результате совершения конкретного противоправного деяния.

Уголовный кодекс Российской Федерации приводит несколько случаев отсутствия состава преступления, связанных с его объективной стороной.

Совершение противоправного деяния, не предусматривающего наказания в соответствии с УК РФ (ст. 3).

Совершение деяния, не являющегося противоправным по причине:

- необходимой обороны (ст. 37);
- крайней необходимости (ст. 39);
- физического или психического принуждения (ст. 40);
- обоснованного риска (ст. 41);
- исполнения приказа или распоряжения (ст. 42).

Совершение деяния, хотя формально и содержащего признаки какого-либо преступления, но в силу малозначительности не имеющего общественно опасных последствий (ч. 2 ст. 14 УК РФ).

Если наступление негативных последствий, например смерти пациента, связано не с действиями медицинских работников, а явилось причиной объективных факторов (тяжесть состояния больного, травмы, несовместимые с жизнью), состав преступления также отсутствует, поскольку причинно-следственная связь между действиями (бездействием) медицинских работников и наступившими негативными последствиями не прослеживается.

Субъектом преступлений, связанных с особенностями медицинской деятельности, является врачебный, средний, а в некоторых случаях младший медицинский и иной вспомогательный персонал. К уголовной ответственности привлекаются лица, которые в мо-

мент совершения преступления достигли установленного УК РФ возраста и находились во вменяемом состоянии (ст. 19 УК РФ). В случае, если медицинский работник во время совершения общественно опасного деяния находился в состоянии невменяемости, уголовная ответственность не наступает.

Субъективная сторона преступления — это отражение в сознании субъекта объективных признаков содеянного, выражающееся в основном в форме его вины (ст. 5 УК РФ). Под виной понимают внутреннее отношение лица к правонарушению, которое совершено им либо сознательно, либо при должной степени внимания и предусмотрительности могло быть предотвращено.

Уголовный кодекс Российской Федерации предусматривает две формы вины при совершении преступления: в форме умысла (ст. 25 УК РФ) и по неосторожности (ст. 26 УК РФ). Умышленное преступление может быть совершено с прямым или косвенным умыслом. Если виновное лицо сознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий, а также желало их наступления, это считается прямым умыслом. Классическим примером медицинского преступления, совершенного с прямым умыслом (с точки зрения действующего законодательства), является эвтаназия (особенно активная).

Если виновное лицо сознавало общественную опасность последствий своих действий (бездействия), предвидело возможность их наступления, не желало, но сознательно допускало их наступление или относилось к ним безразлично, речь идет об умышленном преступлении, совершенном с косвенным умыслом.

Случай 1. В областном онкологическом диспансере у гражданки К. диагностировали рак пищевода, она была признана неоперабельной. Родственники обратились за помощью к хирургу Х. — заведующему отделением районной больницы, который согласился прооперировать больную за определенное денежное вознаграждение. Больную госпитализировали и провели операцию: одномоментную резекцию средней и частично нижней трети пищевода со сшиванием «конец в конец» центральной и периферической культи резецированного пищевода. На 2-й день после операции швы разошлись, на 3-й день развился гнойный медиастинит, смерть наступила на 6-е сутки.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) пришла к включению, что рак был операбелен и что при двухмоментной двухэтапной операции допускались шансы на благоприятный исход. После получения такого заключения следователь в ходе допроса задал ряд вопросов обвиняемому врачу, на которые тот дал следующие ответы:

- а) «Как Вы расценивали прогноз?» — «Пессимистично»;
- б) «Была ли по вашему мнению больная операбельной?» — «Нет»;
- в) «Сократила ли операция жизнь больной?» — «В какой-то мере да, хотя она и была обречена»;
- г) «Почему Вы не использовали другие, более щадящие способы операции?» — «Больная все равно была обречена»;
- д) «Почему же Вы все-таки взялись ее оперировать?» — «Родственники настаивали, да и были предложены деньги».

Как следует из существа дела, выводов экспертизы и ответов, врач вполне сознательно допускал сокращение жизни больной в результате проведенной операции, хотя и не желал ее смерти. В данной ситуации суд признал действия хирурга как убийство, совершенное с косвенным умыслом (В. Л. Попов, 2000).

Неосторожные преступления могут быть совершены по легкомыслию или небрежности. В случае преступного легкомыслия виновное лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но легкомысленно, без достаточных на то оснований, рассчитывало на их предотвращение.

Случай 2. Больной С. с группой крови IV(-) поступил на плановую операцию. Врач, проведя надлежащее предоперационное обследование, установил, что уровень гемоглобина составляет 100. На станции переливания крови заказали необходимую группу крови, но получили ответ, что кровь данной группы в настоящее время отсутствует и ее необходимо ждать несколько дней. Тем не менее, врач, понадеявшись, что операция пройдет без осложнений, назначил ее на следующий день. Во время операции у больного повысилось давление, что привело к профузному кровотечению из артерии, на которую была наложена лигатура. Уровень гемоглобина понизился до 40. В результате отсутствия адекватной кровезаместительной терапии больной скончался.

Следует отметить, что встречаются случаи преступлений, которые возникают в результате небрежности, когда виновное лицо хотя и не предвидело возможность наступления таких последствий, однако при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть.

Случай 3. При проведении операции ликвидации варикоцеле слева (по Ванисевичу) вместо левой яичковой вены ошибочно перевязали и пересекли наружную подвздошную артерию. В результате в послеоперационном периоде была отмечена ишемия левой нижней конечности, что в конечном итоге привело к ее некрозу и ампутации.

Применяя критерий должной предусмотрительности, судебная практика исходит из усредненного понимания ее степени без учета индивидуальных особенностей конкретных лиц. Поэтому при определении того, могло ли лицо предвидеть наступление общественно опасных последствий, учитываются в основном индивидуальные особенности субъекта, его возраст, жизненный опыт, образование, квалификация, эмоциональное состояние, а также конкретная ситуация, в которой он действовал.

Не считается преступлением случай (невиновное причинение вреда, или казус). В соответствии со ст. 28 УК РФ деяние признается совершенным невиновно (случайно), если совершившее его лицо не осознавало общественной опасности своего деяния, не предвидело его общественно опасных последствий, не должно было или не могло их предвидеть (последнее положение устанавливается по конкретным обстоятельствам дела).

В качестве примера невиновного деяния можно привести случай, когда врач, тщательно собрав анамнез у больного, назначает ему необходимую лекарственную терапию, однако у больного неожиданно возникает сильная аллергическая реакция и он умирает. В данной ситуации врач проявил должную степень внимания и предусмотрительности и не мог предвидеть неожиданную реакцию организма.

Чтобы установить, было ли лицо виновно или нет, используют критерий благоразумности. Суд задается вопросом, как поступил бы благоразумный человек, окажись он в тех же обстоятельствах, в которых находился обвиняемый. Благоразумным признается лицо среднего интеллекта, познаний и умудренности. Для установления вины врача привлекается специалист по оценке сравнимых знаний, навыков и умений. Деяние также признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических показателей экстремальным условиям или нервно-психическим перегрузкам.

Наказание за уголовное преступление назначается по приговору суда, применяется к лицу, признанному виновным в совершении преступления, и заключается в предусмотренном УК РФ лишении или ограничении прав и свобод этого лица (ст. 43 УК РФ). Отсутствие вины лица означает отсутствие состава преступления, а значит, основания для уголовной ответственности.

Случаи привлечения к уголовной ответственности медицинских работников встречаются не очень часто. В то же время существует ряд факторов, обуславливающих повы-

шенный интерес к данной проблеме как со стороны большого числа научных работников и иных исследователей, так и со стороны медицинского персонала. Во-первых, медицинская деятельность тесно связана с обеспечением прав граждан на жизнь и здоровье, имеющих самую высокую степень уголовной защиты. Во-вторых, каждый случай правонарушений медицинских работников, отраженный в средствах массовой информации, вызывает большой общественный резонанс, включающий требования о немедленном привлечении виновных к уголовной ответственности. В-третьих, налицо тенденции роста правосознания населения, которые неминуемо приведут к усилению уголовного преследования медицинских работников за неправомерные действия.

Практически ни одно крупное исследование, посвященное правовому обеспечению медицинской деятельности, не проходит мимо вопросов уголовной ответственности. В этой связи необходимо заметить, что единые критерии, позволяющие связать тот или иной состав преступления с медицинской деятельностью, до сих пор отсутствуют. Одни авторы приводят расширенные перечни «медицинских преступлений», включающие убийство, умышленное причинение вреда здоровью, заражение венерической болезнью, злоупотребление должностными полномочиями, получение взятки и халатность, другие сужают такие перечни до тех составов преступлений, в которых употребляются специальные медицинские термины, например неоказание помощи больному, незаконное помещение в психиатрический стационар или нарушение санитарно-эпидемиологических правил. Однако в публикациях последнего времени все чаще встречаются перечни профессиональных медицинских преступлений, которые исходят из принципа раскрытия их юридической сущности и обоснования возможной связи с медицинской деятельностью.

Используя данный подход, приведем перечень основных преступлений, составы которых связаны с профессиональными обязанностями медицинских работников или вытекают из особенностей медицинской деятельности.

1. Причинение вреда жизни и здоровью человека по неосторожности в результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

1.1. Причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

1.2. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ, в ред. Федерального закона от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ).

1.3. Неосторожное заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ).

1.4. Причинение вреда здоровью или смерти женщине в результате незаконного производства аборта (ч. 2 ст. 123 УК РФ (в ред. Федерального закона от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ)).

1.5. Причинение вреда здоровью или смерти больному в результате неоказания ему помощи без уважительных причин (ст. 124 УК РФ).

1.6. Причинение смерти потерпевшему в результате его незаконного помещения в психиатрический стационар (ч. 2 ст. 128 УК РФ).

1.7. Причинение вреда здоровью или смерти человеку в результате незаконного занятия частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235 УК РФ).

1.8. Массовое заболевание или отравление людей либо смерть человека в результате нарушения санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ).

2. Нарушение прав пациента.

2.1. Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ч. 2 ст. 120 УК РФ).

2.2. Незаконное помещение в психиатрический стационар (ч. 1 и 2 ст. 128 УК РФ).

2.3. Разглашение врачебной тайны (ч. 2 ст. 137 УК РФ).

2.4. Разглашение тайны усыновления (удочерения) (ст. 155 УК РФ).

2.5. Мошенничество (ст. 159 УК РФ).

3. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

3.1. Нарушение правил хранения, учета, распределения, использования либо уничтожения наркотических средств или психотропных веществ (ч. 5 ст. 228 УК РФ).

3.2. Незаконная выдача рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ).

3.3. Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ч. I ст. 237 УК РФ).

3.4. Заведомо ложные показания или заключение эксперта (ст. 307 УК РФ).

Противоправные действия медицинских работников в отношении граждан, не связанные с их профессиональными обязанностями (например, нанесение врачом телесных повреждений пациенту по причине личной неприязни), не относятся к числу рассматриваемых правонарушений. В то же время необходимо отметить, что в случае судебного разбирательства подобного дела будут приняты во внимание факторы физического и психического состояния потерпевшего (слабость в результате болезни, состояние после наркоза), а также факт совершения медицинским работником противоправных действий во время исполнения им служебных обязанностей.

Преступления в отношении пациентов, совершенные на территории медицинского учреждения лицами, не имеющими отношения к лечебному процессу, также не связаны с особенностями осуществления профессиональной медицинской деятельности. В качестве примера подобных преступлений можно привести драку между пациентами, повлекшую смерть одного из них, или причинение вреда больному в результате взрыва газового баллона во дворе больницы.

Рассмотрим основные группы преступлений, связанных с профессиональными обязанностями медицинских работников или вытекающих из особенностей медицинской деятельности.

Причинение вреда жизни и здоровью человека по неосторожности в результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Приступая к анализу данной группы преступлений, следует указать, что убийство (ст. 105 УК РФ), умышленное причинение тяжкого (ст. 111 УК РФ), средней тяжести (ст. 112 УК РФ) и легкого вреда здоровью (ст. 115 УК РФ), совершенные с прямым умыслом или из хулиганских побуждений, не могут быть рассмотрены в контексте ответственности медицинских работников, поскольку не связаны с профессиональной принадлежностью преступника, а являются следствием его психического состояния. Однако необходимо помнить о том, что при судебном разбирательстве подобных преступлений особенности взаимоотношений между медицинским работником и пациентом могут быть учтены как обстоятельство, отягощающее наказание, например если потерпевший заведомо для виновного находился в беспомощном состоянии (п. «в», ч. 2 ст. 105 УК РФ).

Исключением для данной группы преступлений является эвтаназия — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Эвтаназия напрямую запрещена Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, причем сделано это дважды: в ст. 45, которая так и называется «Запрещение эвтаназии», и в ст. 60, которая ограничивает эвтаназию посредством клятвы врача. В соответствии с УК РФ эвтаназия имеет состав преступления, трактуемого как умышленное причинение смерти другому человеку или убийство. При этом указывается, что соверше-

ние преступления по мотиву сострадания является обстоятельством, смягчающим наказание (ст. 61 УК РФ). Медицинский работник, который сам не осуществил эвтаназию, но проделал необходимые подготовительные мероприятия и объяснил, как осуществить эвтаназию другим лицам (например, родственникам больного), может быть привлечен к ответственности по ст. 105 УК РФ как пособник в совершении преступления (ч. 5 ст. 33 УК РФ).

В литературе встречаются и другие примеры подобных преступлений. Например, заведомо ложная констатация смерти донора, который является жизнеспособным, и неоказание ему медицинской помощи с целью использования органов для другого человека является убийством, совершенным с прямым умыслом. Необходимо иметь в виду, что в связи с принятием изменений и дополнений в УК РФ 2003 г. (от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ) введена ст. 127, в п. «ж» ч. 2 которой говорится, что торговля людьми, совершенная в целях изъятия у потерпевшего органов или тканей, наказывается лишением свободы на срок от 3 до 10 лет. Далее в ч. 3 указано, что «Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи: а) повлекшие по неосторожности смерть, причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшего или иные тяжкие последствия; б) совершенные способом, опасным для жизни и здоровья многих людей; в) совершенные организованной группой, — наказываются лишением свободы на срок от 8 до 15 лет».

Стоит отметить, что укрывательство особо тяжких преступлений, к которым относится убийство, также влечет уголовную ответственность по ст. 316 УК РФ.

Некоторые случаи причинения вреда пациентам медицинскими работниками находятся на грани косвенного умысла и неосторожности: например, несанкционированные медицинские эксперименты и отработка хирургических методик на безнадежных больных, которые привели к их смерти или другим негативным последствиям.

Подобные последствия могут также возникнуть при чрезмерно смелой деятельности врачей, получившей название «хирургической агрессии», к которой относятся случаи, когда медицинский работник идет на осознанный риск по спасению жизни пациента, но переоценивает его степень, используя несоизмеримое медицинское вмешательство, например слишком опасную операцию. Уголовно наказуемые последствия могут наступить, если выяснится, что реальной угрозы для жизни больного не было, а единственной причиной его смерти явилось «агрессивное» оперативное вмешательство. При возникновении подобных ситуаций требуется тщательно исследовать обоснованность риска, а также учесть изначальное состояние потерпевшего. Необходимо также помнить, что медицинская деятельность по своей природе связана с определенным риском нанесения вреда здоровью пациента. Конечно, риск должен быть максимально ограничен, однако его чрезмерное ограничение может привести к излишней осторожности врачебного персонала, что нанесет вред всей системе медицинской помощи населению.

Согласно ст. 41 УК РФ риск признается обоснованным, если общественно полезная цель не могла быть достигнута не связанными с ним действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам. Причинение вреда пациенту в ситуации обоснованного риска не является преступлением.

Случай 4. Больному Л., у которого диагностировали опухоль почки с прорастанием и нижнюю полую вену (стадия Т3 — Т4 без метастазов) и наличием постоянной макрогематурии, по жизненным показаниям была предложена операция нефрэктомии. Имелась высокая степень риска, связанная с возможной тромбоэмболией легочной артерии и большой кровопотерей (по данным литературы летальность при этом составляет 50 %). Поэтому в случае летального исхода действия врача не могут быть признаны преступлением по ст. 41 УК РФ.

Не является преступлением также причинение вреда в состоянии крайней необхо-

димости. Согласно ст. 39 УК РФ под крайней необходимостью понимают устранение опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения ее пределов.

Случай 5. Пожилая женщина была сбита автомобилем. В машине скорой медицинской помощи у нее остановилось сердце, что привело к необходимости осуществить реанимационные мероприятия в виде наружного массажа сердца и искусственного дыхания. Из-за неровностей дороги врач во время указанных мероприятий сломал ребра потерпевшей, в результате чего были повреждены плевра и ткань легкого. Реанимационные мероприятия прошли успешно, однако впоследствии больная долго лечилась в связи с возникшими плевритом и посттравматической пневмонией. На требования родственников возбудить уголовное дело прокурор ответил отказом, поскольку действия врача были признаны крайней необходимостью.

Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности, т.е. когда причиненный вред равен или более значителен, чем предотвращенный. Превышением пределов крайней необходимости, являющимся основанием для уголовной ответственности, может быть признан случай, когда для устранения желудочного кровотечения была назначена экстренная операция, которая прошла неудачно и закончилась смертью больного, если впоследствии устанавливается высокая степень вероятности остановки такого кровотечения терапевтическими средствами.

В любом случае, когда идет речь о превышении медицинским работником допустимой степени риска или пределов крайней необходимости, требуется провести детальный анализ ситуации с привлечением высококвалифицированных экспертов.

Значительно чаще в процессе оказания медицинской помощи встречаются случаи причинения медицинским работником смерти (ч. 2 ст. 109 УК РФ) и тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности (ст. 118 УК РФ). Причинение вреда средней тяжести и легкого вреда здоровью по неосторожности не предусматривает уголовной ответственности.

Остановимся на основных признаках, устанавливающих степень тяжести умышленного вреда здоровью.

Признаком тяжкого вреда здоровью является причинение вреда, сопровождающееся опасностью для жизни человека, а при отсутствии этого признака — повлекшее за собой следующие последствия:

- потеря зрения, речи, слуха;
- потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций;
- неизгладимое обезображивание лица;
- расстройство здоровья вместе со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на треть;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;
- прерывание беременности;
- психическое расстройство;
- заболевание наркоманией или токсикоманией.

Признаком вреда здоровью средней тяжести является причинение вреда, не опасное для жизни человека и не повлекшее указанные выше последствия, но вызвавшее:

- длительное расстройство здоровья;
- значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть.

Признаками причинения легкого вреда здоровью являются:

- кратковременное расстройство здоровья;

- незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Под длительным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью свыше 3 недель (более 21 дня). Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на треть следует понимать стойкую утрату трудоспособности от К) до 30% включительно. Под кратковременным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью не свыше 3 недель (до 21 дня). Под незначительной стойкой утратой трудоспособности следует понимать стойкую утрату общей трудоспособности, равную 5 %.

Особенностью ответственности медицинских работников по рассматриваемым статьям УК РФ является наличие квалифицирующего признака — ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, что предусматривает более суровое наказание.

Причинение вреда по неосторожности, как отмечено ранее, является результатом легкомыслия или небрежности в действиях медицинского работника, которые могут быть установлены, исходя из необходимости соблюдения им требований должностных инструкций и правил оказания медицинской помощи. Такое деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, также может подвергаться уголовному наказанию. Однако учитывая, что все аспекты медицинской деятельности не могут быть предусмотрены инструкциями и правилами, каждый случай причинения медицинским работником смерти или вреда пациенту по неосторожности тщательно анализируют специалисты.

Одним из частных случаев причинения тяжкого вреда здоровью является заражение пациентов ВИЧ-инфекцией. Опасность ВИЧ-инфекции объясняется двумя обстоятельствами: 1) лицо, заразившееся этой болезнью, длительное время может не значь об этом и представлять при несоблюдении правил предосторожности опасность для окружающих; 2) в случае развития болезни она фактически неизлечима, что приводит к развитию для больного смертельных последствий.

Если вследствие ненадлежащего выполнения медицинским работником профессиональных обязанностей пациент заразился ВИЧ-инфекцией, уголовное дело возбуждают по ч. 4 ст. 122 УК РФ. По общему правилу субъектами рассматриваемого преступления являются медицинские работники, работники станций переливания крови и аптек (фармацевты), нарушившие в данном случае свои профессиональные обязанности.

К этой группе преступлений относится также незаконное осуществление аборта, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью. Согласно ст. 123 УК РФ незаконным признается проведение аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Некоторые авторы более широко трактуют понятие «незаконное производство аборта», нежели УК РФ, включая в него искусственное прерывание беременности вне стационарного лечебного учреждения любым лицом независимо от наличия соответствующего образования. Данный подход представляется неоправданным, поскольку уголовное законодательство (ст. 3, 8 УК РФ) исключает расширительное толкование оснований уголовной ответственности и требует применения норм УК РФ в точном соответствии с текстом.

Таким образом, врачи могут быть привлечены к уголовной ответственности за незаконное проведение аборта только в случае отсутствия у них необходимой квалификации, подтвержденной сертификатом специалиста, а также лицензии. Если такие лица проводят аборт в условиях крайней необходимости, уголовная ответственность исключается.

Статья 124 УК РФ предусматривает ответственность за неоказание помощи больному, если это повлекло по неосторожности средний или тяжкий вред его здоровью либо

смерть. В данном случае речь идет о помощи, не оказанной на улице, в транспорте, поскольку неоказание помощи больному в лечебном учреждении, приведшее к смерти или причинению вреда его здоровью, расценивается как бездействие, подлежащее наказанию по ст. 109 и 118 УК РФ.

В некоторых случаях суды ошибочно применяют ст. 124 УК РФ. В качестве примера приведем два случая из судебной практики, когда за один и тот же состав преступления — ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, приведшее к причинению смерти по неосторожности, медицинские работники были привлечены к ответственности по разным статьям УК РФ — 124 и 109.

Случай 6. По ст. 124 УК РФ за неоказание помощи больному был привлечен к уголовной ответственности заведующий урологическим отделением медсанчасти, врач высшей категории Ж. (стаж работы 32 года). При рассмотрении уголовного дела было установлено, что больной В. 62 лет был доставлен скорой помощью в приемное отделение медсанчасти 1 января 1995 г. в 8.40 в связи с острой задержкой мочи и болями в животе с предположительным диагнозом «кишечная непроходимость». После обследования дежурный хирург отверг предварительный диагноз и назначил консультацию уролога. При осмотре больного уролог З. (1 врачебная категория, стаж 18 лет) заподозрил правостороннюю почечную колику. Для подтверждения этого диагноза он поручил дежурной медицинской сестре приемного отделения взять анализ мочи и вернулся в урологическое отделение. Так как больной самостоятельно помочиться не смог, анализ не был выполнен. Медицинская сестра самовольно сделала инъекцию раствора анальгина с димедролом и папаверином, после чего В. почувствовал себя лучше и ушел в сопровождении жены домой.

Повторно больной был доставлен в медицинскую сани гарную часть и капитализирован в урологическое отделение только на следующий день в 12.45. В 13.00 его осмотрел заведующий отделением Ж., который поставил диагноз «аденома предстательной железы; острая задержка мочи». При катетеризации получено 400 мл мочи с обильной примесью крови.

В обвинительном заключении следователь прокуратуры указал: «Уролог Ж. не предпринял каких-либо конкретных мер для выяснения причины наличия крови в моче, проявил недобросовестное отношение к своим служебным обязанностям и не оказал без уважительной причины помощи больному В., оставив его без лечения. Только 3 января во время операции был установлен правильный диагноз — разрыв мочевого пузыря, а спустя 2 дня больной умер». Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) причиной смерти гражданина В. явился травматический разрыв мочевого пузыря с мочевыми затеками, гнойным воспалением пузыря, мочевой флегмоной таза, мошонки и бедер, осложнившимися уросепсисом и острой почечной недостаточностью. В связи с этим отмечено, что при своевременно установленном правильном диагнозе и технически правильно проведенной операции жизнь больного могла бы быть спасена.

Случай 7. Пост. 109 УК РФ, предусматривающей наказание за причинение смерти по неосторожности, к уголовной ответственности был привлечен врач урологического отделения городской клинической больницы, канд. мед. наук Т. (стаж работы 40 лет). Являясь лечащим врачом больного Г. 60 лет, он с преступной небрежностью отнесся к своим профессиональным и служебным обязанностям, не предпринял реально осуществимых в условиях данного ЛПУ мер для установления правильного диагноза.

На судебном заседании было установлено, что больной Г. обратился с жалобами на макрогематурию, сопровождающуюся анемией. Однако ему не проводились в необходимом объеме лабораторные исследования крови и мочи, отсутствовали динамическое наблюдение и консультативная помощь, необоснованно не было предпринято оперативное вмешательство. Отсутствие надлежащего своевременного лабораторного контроля за со-

стоянием крови не позволило выявить усиление анемии и провести правильное (адекватное) лечение. Борьба с кровотечением практически не велась, и больной Г., находившийся в стационаре урологического отделения городской клинической больницы более 5 сут, умер. Только при патолого-анатомическом исследовании трупа был установлен истинный диагноз «гемангиома шейки мочевого пузыря с изъязвлением; кровотечение; тампонада мочевого пузыря (1 300 мг темно-красных свертков крови и 100 мл жидкой крови); острая постгеморрагическая анемия». Таким образом, на исход заболевания повлияли недостатки, допущенные урологом Т. при оказании лечебной помощи. Своевременно и правильно установленный диагноз и хирургическая операция могли спасти жизнь больного Г.

Ответственность за неоказание помощи больному предусмотрена в отношении лиц, обязанных ее оказывать в соответствии с законом или специальным правилом. Статья 124 УК РФ предусматривает ответственность не только врачей, но и других медицинских работников, например среднего медицинского персонала.

Уголовный кодекс Российской Федерации также предусматривает ответственность за осуществление частной медицинской деятельности без наличия лицензии. Если такая деятельность привела к причинению по неосторожности вреда здоровью человека или смерти, уголовная ответственность наступает в соответствии со ст. 235 УК РФ. Уголовная ответственность по данной статье может наступить и в случае оказания врачом, работающим в ЛПУ или иной организации здравоохранения, медицинских услуг пациентам в частном порядке, поскольку в этот момент он не выполнял свои должностные обязанности и не может ссылаться на наличие лицензии у своего работодателя.

В соответствии со ст. 236 УК РФ уголовной ответственности подлежит нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей либо смерть человека. Подобные нормы и правила устанавливаются федеральным законодательством, НПА федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, органов системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, других министерств и ведомств.

Санитарные правила регулируют разные сферы человеческой деятельности. Они определяют порядок поведения граждан и должностных лиц по обеспечению благоприятного для жизни и здоровья людей состояния окружающей среды, предупреждению распространения, а также по ликвидации инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний и отравлений. Контроль за соблюдением таких общеобязательных правил возложен на федеральные и территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Нарушение указанных правил может быть совершено как путем непрофессиональных действий, например, в результате некачественной стерилизации медицинского инвентаря или плохого мытья посуды в пищевых блоках медицинских организаций, так и путем различных бездействий. Примером последних может быть уклонение от карантинных мероприятий или плановых дезинфекций и т. п.

Для привлечения к ответственности по ст. 236 УК РФ в каждом случае необходимо устанавливать, какие именно санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы были нарушены.

Нарушение прав пациентов. Осуществление профессиональной медицинской деятельности имеет непосредственную связь с соблюдением ряда прав граждан в сфере охраны здоровья. В соответствии с Конституцией РФ и законами к таким правам относятся:

- защита от принудительной госпитализации в психиатрический стационар (ст. 22 Конституции РФ, ст. 11 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»);
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоя-

нии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении больного (ст. 23 Конституции РФ, ст. 30 Основ);

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него (ст. 30 Основ);

- право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в соответствии с программами государственных гарантий (ст. 41 Конституции РФ, ст. 20 Основ) и др.

Рассмотрим возможные случаи уголовных правонарушений, связанных с несоблюдением медицинскими работниками указанных прав. Ответственность медицинских работников за принудительное помещение в психиатрический стационар заведомо не нуждающегося в госпитализации человека либо без его согласия предусмотрена ст. 128 УК РФ. Кроме того, ответственности по данной статье также подлежит незаконное продление срока пребывания в психиатрическом стационаре лица, подлежащего выписке.

Основания и порядок помещения в психиатрический стационар лиц, страдающих психическим расстройством, предусмотрены Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Согласно этому закону поместить в психиатрический стационар лицо, страдающее психическим расстройством, можно только при наличии соответствующего заключения комиссии врачей-психиатров и по постановлению судьи (ст. 29 и 33).

Представляется, что уголовно наказуемым является не просто нарушение установленного законом порядка помещения лица в психиатрический стационар, а такое нарушение, которое привело к помещению туда человека, не нуждающегося в стационарном лечении либо имеющего законное право отказаться от него.

Нарушение порядка помещения в психиатрический стационар лица, которое нуждается в таком лечении, не содержит состава преступления и может быть отнесено только к категории дисциплинарных проступков.

Субъектом рассматриваемого преступления могут быть лица, которые принимают решение о незаконном помещении лица в психиатрический стационар либо о незаконном продлении срока пребывания в нем лица, подлежащего выписке. К ним необходимо отнести таких лиц, как врач-психиатр, являющийся членом комиссии, принимающей медицинское решение, лечащий врач или иной врач-психиатр, подготовивший медицинское заключение, явно несоответствующее действительности, либо сфальсифицировавший в этих целях историю болезни.

Субъектом преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 128, в которой речь идет об использовании служебного положения, может быть, например, заведующий отделением или один из руководителей этого стационара, вышестоящее лицо в органах здравоохранения либо любое другое лицо, которое в силу своего служебного положения может влиять на принятие решения о незаконной изоляции потерпевшего.

Право граждан на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья и диагнозе является конституционным. В соответствии со ст. 23 и 24 Конституции РФ установлено общее право каждого гражданина на неприкосновенность частной жизни, что гарантировано уголовно-правовой защитой, которая предусмотрена ст. 137 УК РФ.

Согласно данной статье незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия подлежит уголовной ответственности. Так, нарушение неприкосновенности частной жизни может наказываться штрафом в размере до 200 000 р. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 9 мес, либо рядом других мер. Если то же деяние совершено лицом с использованием своего служебного положения, то наказание назнача-

ется более строгое, в том числе предусматривает штраф уже в размере до 30 000 р. К таким сведениям законом отнесена и информация, составляющая врачебную тайну.

Согласно ст. 61 Основ врачебная тайна представляет собой информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания, а также иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Ущерб правам и законным интересам пациента в результате распространения о нем сведений, составляющих врачебную тайну, может быть моральным или имущественным и выразиться в недоверии к нему со стороны других лиц, отказе в приеме на работу или увольнении с нее, в срыве выгодной сделки, разладе в семье и т.д.

Действия медицинского работника по распространению сведений, составляющих врачебную тайну, могут расцениваться как преступления только в том случае, если они были совершены с прямым или косвенным умыслом, при условии его корыстной или иной личной заинтересованности.

Уголовная ответственность за разглашение тайны усыновления (удочерения) вопреки воле усыновителя, совершенное лицом, обязанным хранить факт усыновления (удочерения) как служебную или профессиональную тайну, из корыстных или иных низменных побуждений, предусмотрена ст. 155 УК РФ.

Особо защищены в Российской Федерации права граждан на согласие и отказ от любых медицинских вмешательств. В соответствии со ст. 32 Основ медицинское вмешательство может быть осуществлено только после получения информированного добровольного согласия гражданина. В УК РФ предусмотрен особый состав преступления, имеющего место в случае принуждения человека к получению согласия на изъятие органов или тканей для трансплантации (ст. 120). Одной из форм такого принуждения является обман под предлогом необходимости проведения медицинской операции.

Действия по принуждению может осуществить любое лицо. Однако провести необходимое хирургическое вмешательство под силу лишь специалисту, имеющему соответствующую квалификацию. Если врач не участвовал в принуждении, но изъяс орган или ткань, зная, что принуждение имело место (например, со стороны родственников реципиента), его действия могут быть квалифицированы как соучастие по ст. 120 УК РФ.

В соответствии с Законом РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 9 января 1996 г. № 2-ФЗ) медицинский работник обязан информировать пациента об основных потребительских и других свойствах медицинской услуги. В случае введения пациента в заблуждение, т.е. передачи ему заведомо искаженной информации в целях получения денег или каких-либо материальных ценностей за бесплатную медицинскую услугу, медицинский работник может понести уголовную ответственность по ст. 159 УК РФ «Мошенничество» (новая редакция от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ). В ней говорится, что в зависимости от вида и тяжести такого деяния, а также величины ущерба оно может наказываться штрафом в размере до 120 000 р. (ч. 1), 300 000 р. (ч. 2), от 100 000 до 500 000 р. (ч. 3), лишением свободы на срок от 5 до 10 лет со штрафом в размере до 1 млн. р. (ч. 4) и/или рядом других мер.

В качестве критерия хит вынесения наказания пост. 159 указан ущерб, причиненный потребителям. При этом согласно дополнительному примечанию к ст. 158, отнесенному ко всем статьям гл. 21 УК РФ, ущерб потребителю услуг может быть оценен как значительный (не менее 2 500 р.), крупный, когда стоимость имущества признается превышающей 250 000 р., и особо крупный — 1 млн. р.

Уголовная ответственность в случае нарушения медицинскими работниками других прав граждан в сфере охраны здоровья не предусмотрена.

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Медицинский персонал, использующий в работе наркотические средства и психотропные вещества, обязан со-

блюдают специальные правила их хранения, учета либо использования, нарушение которых может привести к наступлению уголовной ответственности по ст. 2282, которая в редакции от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ введена в УК РФ как дополнение под названием «Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ».

В УК РФ указаны лица, имеющие доступ к наркотическим веществам в силу использования своего служебного положения и/или обязанностей (п. «б» ч. 3 ст. 228; ч. 1 и 2 ст. 2282), к которым с полным основанием следует отнести медицинских и фармацевтических работников, включая средний медицинский персонал. Незаконные действия с наркотическими веществами, совершенные из корыстных побуждений либо по неосторожности, представляют высокую степень общественной опасности, так как способны повлечь причинение вреда здоровью человека или иные тяжкие последствия, нередкое непоправимым ущербом для него. Следовательно, установление уголовной ответственности практически за любые нарушения, связанные с оборотом наркотических средств, обусловлены необходимостью защиты общества от общественной опасности подобных деяний.

Согласно Федеральному закону от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» к наркотическим средствам в Российской Федерации относятся вещества синтетического или природного происхождения, в том числе и препараты, а также растения, классифицированные в качестве таковых Единой конвенцией о наркотических веществах 1961 г. и включенные в Список наркотических средств, издаваемый Постоянным комитетом по контролю наркотиков при федеральном органе исполнительной власти в области здравоохранения. К психотропным веществам относятся вещества синтетического или природного происхождения, классифицированные в качестве таковых Конвенцией о психотропных веществах 1971 г. и включенные либо в Список наркотических веществ, либо в Список № 1 сильнодействующих веществ, также издаваемый Постоянным комитетом по контролю наркотиков.

Необходимо заметить, что юридические и фармакологические понятия наркотических средств и психотропных веществ не всегда соответствуют друг другу. С научной точки зрения, под наркотическими понимают вещества, которые оказывают либо одурманивающее действие, либо вызывают эйфорию и способны в ряде случаев вызвать пристрастие к этим веществам (наркоманию), либо тяжелые душевные или иные заболевания. Психотропными являются вещества, оказывающие действие на центральную нервную систему и нарушающие психическую функцию при их применении в течение длительного времени в повышенных дозировках. Однако при рассмотрении уголовного дела информация, содержащаяся в научных изданиях или фармакологических справочниках, довольно часто не принимается во внимание. Единственным критерием в данном случае является включение или невключение вещества в соответствующий список.

Уголовная ответственность за незаконную выдачу либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, предусмотрена ст. 233 УК РФ. Предметом преступления поданной статье считаются рецепты, дающие право на получение наркотических средств или психотропных веществ и являющиеся единственным документом подобного содержания для граждан.

Под незаконной выдачей рецепта следует понимать выдачу рецепта с нарушением установленных правил оформления, содержащего назначение наркотических средств или психотропных веществ без соответствующих медицинских показаний либо с явным превышением необходимого количества вещества (Постановление Пленума Верховного суда РФ от 27 мая 1998 г. № 9 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами»). Для установления незаконности выдачи рецептов следует обращаться к действующим правовым актам.

Например, согласно соответствующим приказам Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) все наркотические средства должны выписываться на специальных рецептурных бланках, имеющих защиту и серийные номера и подлежащих специальному учету и регистрации. Лечебно-профилактические учреждения получают бланки рецептов через соответствующие органы управления здравоохранением. Врач получает бланки под отчет и обязан вести их специальную регистрацию, учитывая корешки выписанных рецептов. Выданные рецептурные бланки числятся как за ЛПУ и за конкретным врачом.

Рецепты имеют право выписывать только врачи (средний медицинский персонал, в частности фельдшер, имеет право выписывать рецепты только в особых условиях, например на Крайнем Севере, где он зачастую является единственным медицинским работником на большой территории) и только при наличии соответствующих медицинских показаний. Рецепт должен быть написан рукой врача, подписавшего его, и снабжен его личной печатью, а также иметь штамп и круглую печать лечебного учреждения. Количество наркотических средств, выписанных в одном рецепте, строго ограничено.

Для квалификации действий медицинского работника как оконченную преступление по ст. 233 УК РФ не имеет значения, было ли фактически получено указанное в рецепте средство или вещество. При этом незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются в частности штрафом в размере до 80 000 р. или иными мерами.

В настоящее время не всем лечебным учреждениям и медицинским организациям, а также врачам предоставляется право выдачи рецептов на наркотические средства или психотропные вещества. Так, на основании Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Постановления Правительства РФ от 21 июня 2002 г. № 454 «О лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» издан Приказ Государственной Комитета РФ по кооперации за оборотом наркотических средств и психотропных веществ от 18 декабря 2003 г. № 276. В этом приказе изложена организация работ по выдаче заключений органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также говорится о необходимости обязательного отсутствия у работников, которые в силу своих служебных обязанностей получают доступ непосредственно к наркотическим и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в том числе совершенное вне пределов РФ, а равно в том, что указанным работникам не предъявлено обвинение в совершении преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. У приказа есть приложение с Инструкцией об организации такой работы. В соответствии с ее положениями лицензии на деятельность ЛПУ, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, выдают органы вышеуказанного контроля. Для получения такой лицензии необходимо предварительно оформить заявление от организации, предоставить на соответствующих медицинских и фармацевтических работников специальные анкеты, состоящие из 13 пунктов с подробными ответами на них и фотографии. Только после этого заявления будут рассматриваться органом по контролю.

Статья 237 УК РФ предусматривает ответственность за сокрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды, совершенные лицом, обязанным обеспечивать население и органы, уполномоченные на принятие мер по устранению такой опасности, указанной информацией. Исходя из указанной статьи, медицинский работник может понести уголовную ответственность, например, за непредоставление коллегам информации о

наличии у больного опасного инфекционного заболевания, особенно ВИЧ-инфекции. При этом предусматриваются штрафные санкции в размере до 300 000 р. (ч. 1 ст. 237) и от 100 000 до 500 000 р. (ч. 2 ст. 237). К рассматриваемой группе преступлений относится также заведомо ложное заключение медицинского или судебно-медицинского эксперта, ответственность за которое предусмотрена ст. 307 УК РФ.

Уголовная ответственность может возникать не только из-за действий медицинских работников, нарушающих профессиональные обязанности, но и в связи с преступлениями против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления. Однако преступления данной группы вопреки укрепившемуся мнению имеют во многих случаях довольно косвенное отношение к врачебной деятельности. В частности, к уголовной ответственности за превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ), получение взятки (ст. 290 УК РФ), служебный подлог (ст. 292 УК РФ) и халатность (ст. 293 УК РФ) могут быть привлечены только должностные лица, к которым с точки зрения уголовного законодательства относятся лица, осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных представительных и исполнительных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах России (Примечания к гл. 30 УК РФ). При этом не являются должностными лицами те государственные и муниципальные служащие (заведующие отделениями, врачи, фармацевты, средний, младший медицинский и вспомогательный персонал), которые выполняют сугубо профессиональные или технические обязанности.

Исходя из ст. 293, следует указать, что под халатностью подразумевают:

- согласно ч. 1 неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба (наказывается штрафом в размере до 120 000 р., в размере дохода за период до 1 года либо иными мерами);
- ч. 2 — деяние, повлекшее по неосторожности причинение **1АЖКОГО** вреда здоровью или смерть человека (наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового);
- ч. 3 — деяние, предусмотренное ч. 1 настоящей статьи: повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц (наказывается лишением свободы на срок до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового).

Крупным ущербом в ст. 293 признается ущерб, сумма которого превышает 100 000 р.

В заключение необходимо отметить, что несмотря на принцип неизбежности наказания за совершенное преступление, в ряде случаев возможно освобождение от уголовной ответственности. Такие случаи устанавливаются ст. 75 и 76 УК РФ.

Статья 75 УК РФ, в частности, предусматривает освобождение от уголовной ответственности в связи с деятельным раскаянием. Лицо, впервые совершившее преступление небольшой или средней тяжести, может быть освобождено от уголовной ответственности, если после совершения преступления добровольно явилось с повинной, способствовало раскрытию преступления, возместило причиненный ущерб или иным образом загладило вред, причиненный в результате преступления, и вследствие деятельного раскаяния перестало быть общественно опасным.

Согласно ст. 76 УК РФ освобождение от уголовной ответственности может произойти в связи с примирением виновного лица с потерпевшим. Например, в случае, когда лицо, впервые совершившее преступление небольшой или средней тяжести.

В настоящее время УК РФ дополнен ст. 80 «Освобождение от наказания в связи с изменением обстановки» (ред. от 8 декабря 2003 г. № 122-ФЗ), в которой указано, что лицо, впервые совершившее преступление небольшой или средней тяжести, освобождается судом от наказания, если будет установлено, что вследствие изменения обстановки это лицо или совершенное им преступление перестали быть общественно опасными.

2.3. Административная ответственность.

Так же как и уголовная, административная ответственность связана с совершением лицом противоправных деяний, однако оцениваемых с меньшей степенью общественной опасности по сравнению с преступлениями.

Рассматриваемые виды ответственности имеют много общего, что позволяет объединить их в единую группу ответственности административного характера. За правонарушения, направленные против интересов общества и государства и имеющие самую высокую степень общественной опасности, предусмотрена уголовная ответственность; за подобные правонарушения, степень общественной опасности которых ниже, — административная. В данном смысле административная ответственность как бы предшествует уголовной, т.е. находится за ее границами в пределах менее значимых деяний, что означает невозможность привлечения лица за одно и то же правонарушение к уголовной и административной ответственности одновременно (табл. 2.1).

Окончание табл. 2.1

Уголовный кодекс Российской Федерации	Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
<i>Нарушение санитарно-эпидемиологических правил</i>	
Статья 236 1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, наказывается штрафом в размере до 80 000 р. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет, либо исправительными работами на срок до 1 года и т. п. 2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 6 мес до 2 лет, либо лишением свободы	Статья 6.3 Нарушение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от 1 до 5 МРОТ; на должностных лиц — от 5 до 10 МРОТ; на юридических лиц — от 100 до 200 МРОТ

В то же время рассматриваемые виды ответственности имеют три существенных различия.

Первое из них заключается в том, что административное законодательство в отличие от уголовного является предметом совместного ведения РФ и ее субъектов (ст. 72 Конституции РФ). Это означает, что установить административную ответственность мож-

но не только согласно Кодексу Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ), но и на основании принимаемых и соответствии с ним законов субъектов РФ об административных правонарушениях (ст. 1.1 КоАП РФ).

Второе принципиальное отличие состоит в том, что КоАП РФ предусматривает ответственность не только физических, но и юридических лиц (ст. 2,10).

Третье отличие связано с тем, что установление виновности в совершении преступления и меры уголовной ответственности является исключительной прерогативой суда, а привлечение лица к административной ответственности, в том числе наложение на него административных санкций, может осуществляться не только судом, но и органами власти или должностными лицами (разд. III КоАП РФ).

Как сказано ранее, административная ответственность устанавливается как КоАП РФ, так и законами об административных правонарушениях субъектов РФ. В то же время виды административных наказаний и правила их применения, а также объем административной ответственности (кроме предупреждения и административного штрафа) могут быть установлены только одним законодательным актом — КоАП РФ. Подобно уголовному наказанию ответственность за административное правонарушение наступает при наличии вины (умысла или неосторожности). Понятия «умышленная вина» и «неосторожная вина» совпадают с аналогичными понятиями в уголовном праве.

Административная ответственность имеет для медицинской деятельности менее существенное значение, чем уголовная. В числе административных правонарушений, которые связаны с профессиональными обязанностями медицинских работников или вытекают из особенностей медицинской деятельности, согласно КоАП РФ можно указать следующие:

- неправомерный отказ в предоставлении гражданину необходимой ему информации, в том числе о его здоровье (ст. 5.39);
- незаконное занятие частной медицинской практикой (ст. 6.2);
- нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических норм и правил (ст. 6.3);
- осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных лицензией (ч. 3 ст. 14.1);
- оказание населению услуг ненадлежащего качества или с нарушением санитарных правил (ст. 14.4);
- обман потребителей (ст. 14.7);
- нарушение иных прав потребителей (ст. 14.8);
- заведомо ложное заключение эксперта (ст. 17.9);
- заведомо ложный вызов скорой медицинской помощи (ст. 19.13).

Наиболее распространенным видом административного наказания является административный штраф. Если же в результате совершения административного правонарушения причинен имущественный вред пациенту, то при решении вопроса о наложении административного взыскания может быть одновременно принято решение и о возмещении ущерба (ст. 4.7 КоАП РФ).

Наряду с уголовной и административной ответственностью существуют специальные виды ответственности административного характера. Например, в соответствии со ст. 6 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензирующие органы имеют право приостанавливать действие лицензии в случае выявления неоднократных или грубых нарушений юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензионных требований и условий. Понятно, что в данном случае речь идет о публичной правовой ответственности, поскольку она налагается властным субъектом по отношению к подчиненному субъекту в целях защиты общественного порядка и наказания

правонарушителя. Однако ни уголовное, ни административное законодательство не предусматривают в качестве вида наказания приостановление действия специального права, приобретаемого в данном случае путем получения лицензии. Следовательно, речь идет о специальном виде ответственности, имеющей административный характер, а значит, входящей в рассматриваемую группу.

2.4. Дисциплинарная ответственность.

Наряду с уголовной и административной ответственностью дисциплинарная долгие годы также относилась к публичной правовой ответственности. Это было связано с тем, что в советский период единственным работодателем — собственником всех учреждений и предприятий — было государство, которое придавало трудовой деятельности населения государственное значение. В настоящее время наметился переход дисциплинарной ответственности в разряд частной правовой.

Данная тенденция подтверждается тем, что Трудовой кодекс Российской Федерации (ТК РФ) (в ред. от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ) рассматривает трудовые отношения как правоотношения, основанные на коллективном договоре, а также личном соглашении между работодателем и работником (ст. 15), что и подразумевает ответственность работника не перед государством, а перед интересами частного лица — работодателя. Кроме того, предусмотрена и встречная ответственность работодателя перед трудовым коллективом. В то же время для тех видов трудовой деятельности, где работодателем выступает государство, например для государственной службы или службы в правоохранительных органах, дисциплинарная ответственность сохранила свой публичный характер.

Правовое регулирование дисциплинарной ответственности является незначительным, что дает возможность коллективам самостоятельно определять перечень дисциплинарных нарушений, а также устанавливать за них дисциплинарные наказания посредством правил внутреннего трудового распорядка организации (ст. 189 ТК РФ). Естественно, при этом не могут нарушаться права личности, установленные Конституцией РФ и действующим законодательством, единственным видом дисциплинарной ответственности, нашедшим серьезную правовую регламентацию, является ответственность за нарушение трудовых обязанностей или дисциплинарные проступки, за которые налагается дисциплинарное взыскание.

Перечень общих трудовых обязанностей устанавливается ТК РФ, специальных — уставами и положениями о дисциплине, утверждаемыми Правительством РФ, частных — правилами внутреннего трудового распорядка, а также индивидуальными трудовыми договорами (контрактами). Согласно ст. 21 ТК РФ работник обязан:

- добросовестно исполнять трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации;
- соблюдать трудовую дисциплину;
- выполнять установленные нормы труда;
- соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- бережно относиться к имуществу работодателя и других работников;
- незамедлительно сообщать работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя.

Существует два вида дисциплинарной трудовой ответственности: общая, предусмотренная ТК РФ, и специальная, установленная для отдельных категорий работников

федеральными законами (например, Федеральным законом от 31 июля 1995 г. № 119-ФЗ «Об основах государственной службы Российской Федерации»), уставами и положениями о дисциплине (ст. 192 ТК РФ). Сами же предприятия и учреждения никаких дополнительных видов дисциплинарных взысканий устанавливать не могут, хотя на практике иногда применяются такие меры, как штрафы, лишения разного рода надбавок, выговор с предупреждением и другие санкции, которые нельзя признать законными.

Общая дисциплинарная трудовая ответственность установлена ст. 192 ТК РФ и включает следующие дисциплинарные взыскания:

- замечание;
- выговор;
- увольнение по соответствующим основаниям.

Обязательным элементом состава дисциплинарного проступка является вина работника в любой форме (умысла или неосторожности). В случае применения меры дисциплинарного взыскания администрация должна учитывать степень тяжести проступка, причиненный вред, обстоятельства, при которых он совершен, и общую характеристику лица, совершившего дисциплинарное нарушение. Право решения о применении взыскания принадлежит администрации, которая может воздержаться от наложения дисциплинарной ответственности на работника, совершившего проступок, и ограничиться лишь устным замечанием или беседой.

Необходимо отметить, что дисциплинарная ответственность не ограничивается только наложением дисциплинарных взысканий на совершение дисциплинарных проступков и может применяться за нарушения, не связанные с выполнением трудовых обязанностей. Например, расторжение трудового договора как мера дисциплинарной ответственности может иметь место в случае утраты доверия к работнику, обслуживающему денежные или товарные ценности, или совершения им аморального поступка, несовместимого с продолжением данной работы (ст. 81 ТК РФ).

Еще одним видом дисциплинарной ответственности является корпоративная ответственность, которую участники различных общественных объединений самостоятельно определяют для самих себя. Такая ответственность имеет место в медицинских научных обществах или профессиональных ассоциациях и, как правило, закреплена в хартиях их членов или уставах. Корпоративная ответственность (например, выговор члену научного общества или лишение его членства) не регулируется правовыми нормами и является разновидностью моральной ответственности.

2.5. Гражданско-правовая ответственность.

Развитие гражданских правоотношений в сфере охраны здоровья населения означает не только постепенный переход от административных методов регулирования медицинской деятельности к договорным, но и возможность широкого использования пациентами механизмов гражданско-правовой ответственности для защиты своих прав.

Юридическая ответственность перед интересами частных лиц, или гражданско-правовая ответственность, имеет существенные отличия от публичного права. Во-первых, такая ответственность основывается на равенстве участников гражданских правоотношений, а следовательно, может быть как односторонней, так и двусторонней. Например, при заключении договора на оказание медицинских услуг исковые требования могут быть предъявлены как пациентом медицинской организации за некачественное оказание медицинской помощи, так и медицинской организацией пациенту за несвоевременную оплату оказанных медицинских услуг. Кроме того, при предъявлении исковых требований одной

стороной договора другая сторона может предъявить ей встречный иск.

Во-вторых, гражданско-правовая ответственность находит практическую реализацию, как правило, при желании потерпевшей стороны или ее законных представителей, т.е. наступает далеко не всегда. Например, пациент, не удовлетворенный качеством медицинской помощи, может потребовать от медицинской организации компенсировать причиненный ему материальный и моральный вред, а может и не делать этого, решив не связывать себя судебной тяжбой. В некоторых случаях в судебные органы с целью защиты интересов граждан может обратиться прокурор, имеющий право требовать привлечения правонарушителя к гражданско-правовой ответственности независимо от желания потерпевшей стороны.

Третьей особенностью гражданско-правовой ответственности является то, что основным видом требований в гражданском праве является компенсация материального и морального вреда, в то время как уголовная и административная ответственность направлены на достижение общественного порядка и наказание правонарушителей.

Целью потерпевшего, требующего возбудить уголовное дело, является установление справедливости путем наказания виновного. В то же время для многих лиц, понесших материальный ущерб, не столько важно, будет ли наказан виновный, сколько то, где взять средства к существованию и как компенсировать полученный вред. Решение данных вопросов и составляет главную задачу гражданско-правовой ответственности, особенно учитывая то, что взыскание с ответчика всего объема причиненного им ущерба нередко является достаточно суровым наказанием и позволяет потерпевшим достичь полного ощущения социальной справедливости.

Общественную опасность несет любое правонарушение. Однако при публичной правовой ответственности оно направлено непосредственно против интересов государства, которое и привлекает правонарушителя к ответственности. В случае же частной правовой ответственности привлечение правонарушителя к ответу — задача лица, чьи права и законные интересы были нарушены. Государство в данном случае выступает в качестве арбитра (суда) и следит за неукоснительным соблюдением судебных решений.

Гражданско-правовая ответственность — вид юридической ответственности, предусмотренный за гражданское правонарушение. Она наступает независимо от уголовной, административной или дисциплинарной ответственности и применяется отдельно либо дополняет их. Однако если другие виды ответственности направлены на достижение общественного порядка и наказание правонарушителей, то гражданско-правовая преследует цель компенсации материального и морального вреда, например причиненного пациенту в процессе оказания медицинской помощи. Общая структура гражданско-правовой ответственности в системе здравоохранения приведена на рис. 2.2.

Под гражданским правонарушением понимается нарушение гражданских прав других лиц или невыполнение своих гражданских обязанностей, предусмотренных ГК РФ, другими правовыми актами в сфере гражданского права или договором. Гражданско-правовые отношения строятся на равенстве, автономии воли и имущественной самостоятельности их участников. При этом автономия воли подразумевает не только возможность вступления в гражданские правоотношения по своему усмотрению, но и право лица принимать решение о том, требовать ему или нет возмещения ущерба в случае причинения вреда его здоровью, если такое возмещение не предусмотрено законом в обязательном порядке.

Отличительной особенностью гражданско-правовой ответственности является усеченный состав гражданского правонарушения. Напомним, что полный состав правонарушения включает объект, объективную сторону, субъект и субъективную сторону. В то же

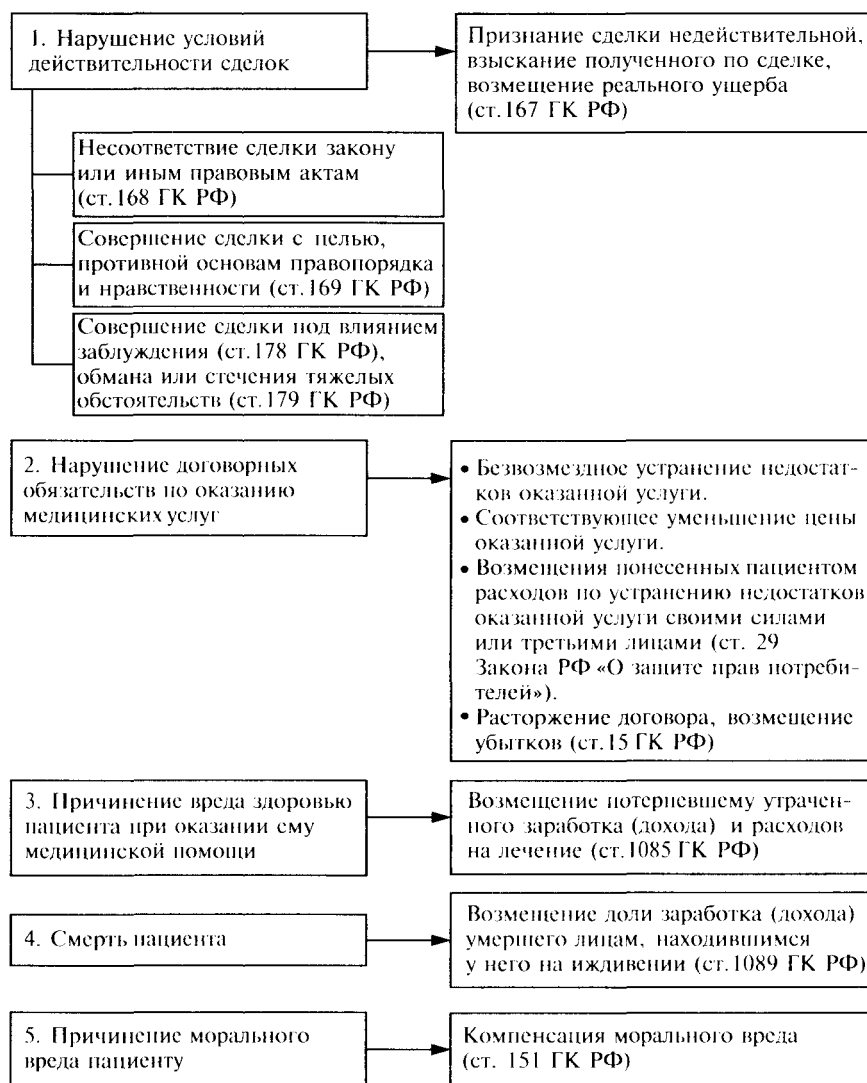


Рис. 2.2. Гражданско-правовая ответственность в системе здравоохранения

время среди обязательных условий гражданско-правовой ответственности можно назвать лишь:

- факт нарушения чьих-либо прав (объект правонарушения);
- противоправность поведения ответчика, отрицательные последствия и наличие причинно-следственной связи между ними (объективная сторона правонарушения).

Отрицательные последствия в виде нарушения прав пациента или причинения вреда его здоровью в процессе лечения являются отправной точкой гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, поскольку предполагают наличие и объекта правонарушения, и противоправность поведения сотрудников медицинской организации. Доказательства требует лишь причинно-следственная связь, объективно устанавливающая зависимость наступления отрицательных последствий от действий медицинского персонала. При отсутствии такой связи указанная ответственность не наступает.

Необходимо отметить, что в общественном сознании сложилось мнение, согласно которому ухудшение здоровья пациента, наступившее после каких-либо действий медицинского работника, является следствием их действий. Однако установление причинно-

следственной связи и подразумевает доказательство того, что противоправное действие явилось объективной и непосредственной причиной негативного последствия. Рассмотрим случай.

Случай 8. Гражданин И. 9 февраля 2000 г. в 8.00 был доставлен машиной скорой медицинской помощи в хирургическое отделение юродской больницы с внезапно развившимся кровотечением в результате эрозии сосудов дна язвы двенадцатиперстной кишки и в 8.30 скончался. Гражданка Н. — жена гражданина Н., обратилась в суд с иском к городской больнице о возмещении материального и морального вреда, причиненного ей и ее ребенку в связи со смертью мужа, не получившего своевременную медицинскую помощь. Истица потребовала взыскать с ответчика ежемесячное пособие на содержание несовершеннолетней дочери в размере 490 р., компенсацию за моральный вред в размере 150 000 р., а также возместить ритуальные расходы в размере 3 000 р. Представители городской больницы пек не признали.

Районный суд, рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по иску гражданки Н. к городской больнице о возмещении материального и морального вреда, установил, что гражданин П. 1949 г. рождения наблюдался с января 1997 г. по поводу хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с выраженной рубцовой деформацией привратника. С 30 января по 20 февраля 1997 г. он лечился в хирургическом отделении юродской больницы по поводу желудочного кровотечения. От операционного лечения больной отказался, о чем имеется запись в истории болезни.

В 1999 г. с обострением язвенной болезни гражданин Н. лечился в гастроэнтерологическом отделении, где ему был проведен полный курс консервативного лечения. А 28 января 2000 г. он обратился в городскую больницу к лечащему врачу В. с жалобами на боли в эпигастральной области, в связи с чем был направлен на эндоскопическое исследование с диагнозом «обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, стеноз привратника».

На приеме у лечащего врача 30 января отмечалось улучшение в его состоянии, а по результатам эндоскопического исследования выставлен диагноз «эрозивный эзофагит», а 31 января гражданина Н. проконсультировал гастроэнтеролог, который назначил дополнительное лечение и обследование по поводу хронического гастрита.

Больной повторно обратился к врачу В. с жалобами на боли за грудиной при прохождении пищи 4 февраля. Врач расценил этот симптом как проявление эзофагита и назначил ему провести общий анализ крови и мочи с явкой на 6 февраля. При повторном осмотре гражданина Н. и оценке имеющихся у него анализов крови, мочи и «гистологии» был подтвержден диагноз «эрозивный эзофагит».

С целью проверки утверждений ответчиков об отсутствии халатности в выполнении врачами своих профессиональных обязанностей суд назначил СМЭ, в заключении которой отмечено, что в январе 1997 г. у гражданина Н. правильно было установлено заболевание — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. В дальнейшем язвенная болезнь приняла хронический характер и осложнилась стенозом привратника. Избежать хронического осложненного течения болезни можно было, применив оперативное лечение, от которого больной отказался. Во время всего течения болезни гражданин Н. находился на учете и получал медицинскую помощь своевременно, правильно и в полном объеме.

Поскольку с сентября 1999 г. до 28 января 2000 г. гражданин Н. за медицинской помощью не обращался, установить детальный характер патологического процесса в этот период не представляется возможным, хотя очевидно, что хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки со стенозом привратника продолжала иметь место и осложнилась декомпенсацией привратника с вовлечением в процесс головки поджелудочной желе-

зы (пенетрация язвы). Указанный патологический процесс мог в любой момент осложниться массивным кровотечением и привести к быстрой смерти больного. К этому времени у больного развился эрозивный эзофагит — нарушение целостности слизистой оболочки нижнего отдела пищевода, которое в причинной связи со смертью гражданина Н. не находится.

Диагноз «эрозивный эзофагит» был правильно установлен на основании клинической симптоматики, а также результатов эндоскопического исследования. Лечение выявленной патологии осуществлялось адекватно. Предвидеть кровотечение из эрозивных сосудов дна язвы двенадцатиперстной кишки врач В. не мог, поскольку никаких специфических жалоб больной не высказывал, а эндоскопическое исследование области язвы по причине стеноза привратника и его плотного сращения с поджелудочной железой не представлялось возможным.

Причиной смерти гражданина Н. явилась хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся декомпенсированным стенозом привратника, пенетрацией в головку поджелудочной железы и массивным желудочно-кишечным кровотечением.

Оценивая действия лечащего врача В. и врача-эндоскописта К., суд не усмотрел причинной связи между их действиями (бездействием) и смертью гражданина Н. и установил, что случай, происшедший с гражданином Н., и действия врачей по оказанию ему медицинской помощи лежат за пределами юридически значимой причинной связи, а это значит, что городская больница не несет ответственности за смерть гражданина Н. На основании материалов дела, суд решил следующее: в иске к городской больнице о возмещении материального и морального вреда гражданке Н. отказать, установить срок обжалования решения в областной суд — 10 дней.

Гражданка Н. не согласилась с вынесенным решением и подала на него кассационную жалобу. Судебная коллегия по гражданским делам областной суда, рассмотрев в судебном заседании кассационную жалобу гражданки Н. на решение районного суда, оставила его без изменения, а кассационную жалобу без удовлетворения (М.Л.Ковалевский, 2002).

В отличие от уголовной ответственности, которую может понести только вменяемое лицо при условии достижения определенного возраста, характеристика субъекта не является обязательным элементом состава гражданского правонарушения. Если лицо, совершившее такое правонарушение, недееспособно, ответственность возлагается на его законных представителей. Кроме того, гражданско-правовая ответственность за противоправные действия работника, связанные с исполнением им трудовых обязанностей, налагается на его работодателя.

Напомним, что к уголовной или административной ответственности всегда привлекается лицо, совершившее правонарушение, при установлении его вины. Для наступления гражданско-правовой ответственности вина субъекта (субъективная сторона правонарушения) не является обязательным условием. Например, согласно ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни или здоровью гражданина вследствие каких-либо недостатков медицинской услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о ней, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от формы вины и от того, состоял потерпевший с ним в договорных отношениях или нет.

Поскольку гражданское право осуществляет регулирование имущественных отношений, а также защиту личных имущественных прав, наиболее существенным и распространенным последствием гражданского правонарушения являются убытки, выражающие умаление имущественного права с экономической точки зрения. В связи с этим общей формой гражданско-правовой ответственности является возмещение убытков.

Убытки в гражданском праве состоят из двух частей — реального ущерба и упущенной выгоды (ст. 15 ГК РФ). Под реальным ущербом понимают расходы, которые лицо, чье право нарушено, понесло или должно будет понести для восстановления нарушенного права.

Случай 9. Больному установили зубной протез в платной клинике. Спустя месяц в протезе образовалась трещина, в результате чего он оказался непригодным к использованию. Больной обратился в другую клинику, где ему удалили дефектный протез и поставили новый. Стоимость лечения во второй клинике была признана судом реальным ущербом и взыскана с первой клиники, где лечился больной.

Упущенной выгодой являются неполученные доходы, которые лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено.

Указанный больной во время устранения дефекта зубного протеза не смог явиться на подписание договора, который готовил несколько месяцев. Неполученная прибыль по договору была признана судом упущенной выгодой и также взыскана с клиники, установившей дефектный протез.

В гражданском праве различают два вида ответственности: договорную и внедоговорную. Договорная ответственность — это ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, которые, как правило, вытекают из условий договора. Внедоговорная ответственность наступает за нарушение абсолютных прав человека на жизнь и здоровье, которые принадлежат ему от природы и не зависят от каких-либо договоров. Указанное разделение связано с существованием двух видов гражданских правоотношений — договорных и вне-договорных. Первые регулируются как нормами права, так и условиями договора между субъектами, вторые — только правовыми нормами.

Прежде чем обратиться к договорной ответственности, имеющей отношение к медицинской деятельности, рассмотрим ответственность за совершение противоправных сделок. Сделками признаются действия граждан и юридических лиц, направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей (ст. 153 ГК РФ). Можно назвать как минимум три варианта ответственности медицинских работников за нарушение условий действительности сделок.

Ответственность при заключении сделки, не соответствующей закону или иным правовым актам (ст. 168 ГК РФ), наступает, например, если врач, не имеющий соответствующей лицензии, заключает индивидуальные сделки с пациентами на оказание медицинских услуг (ст. 7 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»). В данном случае сделка признается недействительной и стороны обязаны возратить друг другу все полученное по ней (двусторонняя реституция).

Ответственность при заключении сделки, совершенной с целью, противной основам правопорядка и нравственности (ст. 169 ГК РФ). В качестве примера можно привести получение врачом медицинской организации личного вознаграждения от пациента. Согласно ст. 575 ГК РФ не допускается дарение за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает 5 МРОТ, работникам лечебных учреждений гражданами, находящимися в них на лечении, их супругами и родственниками. Получение медицинским работником денежного вознаграждения или подарка от пациента, стоимость которого превышает 5 МРОТ, расценивается как сделка, совершенная с целью, противной основам правопорядка и нравственности. В данном случае при наступлении ответственности все полученное медицинским работником по сделке взыскивается в доход государства.

Ответственность при заключении сделки, совершенной под влиянием заблуждения (ст. 178 ГК РФ), обмана или тяжелых обстоятельств (ст. 179 ГК РФ). Встречаются случаи, когда медицинские работники неправомерно требуют оплаты лечения, понимая, что больной находится в безвыходном положении. В данной ситуации, если оплата имела место,

после завершения лечения больной или его родственники могут не только обратиться в суд с требованиями о возврате медицинскими работниками всего полученного по сделке, но и потребовать компенсации причиненного реального ущерба и морального вреда.

Договорная ответственность представляет собой санкцию за нарушение договорного обязательства. По сути, она возникает за нарушение условий договора, например, об оказании платных медицинских услуг между гражданином и медицинской организацией. Отметим, что оказание бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС также строится на договорных обязательствах между страховой компанией и медицинской организацией.

Договорное обязательство имеет две стороны, к которым относятся:

- кредитор — лицо, наделенное правом требовать совершения или воздержания от совершения определенных действий;
- должник — лицо, обязанное совершить определенные действия либо воздержаться от их совершения.

В отличие от этого договоры на оказание платных медицинских услуг, как правило, являются взаимными, т.е. каждая сторона является одновременно и кредитором, и должником. Например, пациент как кредитор имеет право требовать оказания ему медицинских услуг и как должник обязан эти услуги оплатить.

Медицинские работники могут нести договорную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей только в случае нарушения личных договорных обязательств перед пациентом. В случае же совершения медицинским работником действий, приведших к нарушению договорных обязательств медицинской организации перед пациентом, ответственность возлагается на данную организацию (ст. 402 ГК РФ). Данная особенность гражданско-правовой ответственности связана с тем, что любая организация представляет совокупность ее работников. Это значит, что действия работников по выполнению своих трудовых обязанностей в сумме составляют деятельность самой организации, которая обязана контролировать их работу и обеспечивать ее безопасность. В то же время медицинская организация, которая понесла ответственность вследствие неправомерных действий своего работника, вправе предъявить к нему регрессные требования на основании норм трудового законодательства (гл. 39 ТК РФ).

Договорная ответственность в медицинской деятельности представляет собой санкцию за невыполнение или ненадлежащее выполнение медицинской организацией условий договора на оказание медицинских услуг. При этом вопросы ответственности регулируются нормами как ГК РФ, так и Закона РФ «О защите прав потребителей». Например, в случае нарушения медицинской организацией сроков оказания услуги, т.е. ее невыполнения (ст. 28 Закона РФ «О защите прав потребителей»), пациент по своему выбору вправе:

- назначить исполнителю новый срок;
- поручить оказание услуги третьим лицам за разумную цену или выполнить ее своими силами и потребовать от исполнителя возмещения понесенных расходов;
- потребовать уменьшения цены за оказание услуги;
- расторгнуть договор об оказании услуги.

В случае обнаружения недостатков оказанной услуги (ст. 29 Закона РФ «О защите прав потребителей») пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- безвозмездного повторного выполнения работы;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

Договор об оказании медицинской услуги пациент вправе расторгнуть только в том случае, когда в установленный сторонами срок недостатки оказанной услуги не будут уст-

ранены. Однако договор может быть расторгнут при обнаружении существенных недостатков оказанной услуги или иных существенных отступлений от условий договора.

Удовлетворение требований пациента о безвозмездном устранении недостатков и повторном оказании услуги не освобождает медицинскую организацию от ответственности в форме неустойки за нарушение срока выполнения обязательств. Требование о полном возмещении убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной медицинской услуги, могут быть предъявлены в любом случае.

Медицинские работники имеют право заключать и личные договоры с пациентами при наличии лицензии. Сотрудники медицинских организаций действуют под общей юрисдикцией лицензий работодателей. Если же медицинский работник осуществляет частную медицинскую деятельность, он должен получить собственную лицензию. Лицензия может быть выдана только после регистрации в качестве индивидуального предпринимателя. Отсутствие лицензии означает недействительность всех заключаемых договоров на медицинскую помощь.

При нарушении личных договорных обязательств перед пациентом медицинский работник несет ответственность на общих основаниях. Это связано с тем, что ГК РФ не предусматривает различий в степени ответственности юридических лиц и частных предпринимателей. Отличия касаются лишь механизмов ответственности и заключаются в том, что индивидуальный предприниматель не осуществляет деятельность в рамках медицинской организации и иск от пациента предъявляется непосредственно ему.

Медицинские работники, выполняющие профессиональные обязанности по трудовому контракту с медицинской организацией, не могут заключать личный договор с пациентами. Необходимо отметить, что договором считается не только документ, подписанный сторонами, но и устная сделка на совершение определенных действий или получение вознаграждения, если такие действия связаны с оказанием медицинских услуг, предусматривающих наличие лицензии. Отсутствие лицензии у медицинского работника означает недействительность заключенной им сделки.

В процессе выполнения договорных обязательств на оказание медицинских услуг медицинский работник может нарушить не только условия договора, но и не предусмотренные им права пациента. В этом случае возникает так называемая внедоговорная ответственность, при которой не учитывается, состояли стороны в договорных отношениях или нет. Внедоговорная ответственность регулируется, как правило, ГК РФ и другими правовыми актами. Договором на оказание медицинских услуг может быть установлена лишь более высокая степень такой ответственности.

Основным видом внедоговорной ответственности медицинских работников, связанной с выполнением ими профессиональных обязанностей, является ответственность вследствие причинения вреда пациенту, или деликтная ответственность. Под вредом в данном случае понимают умаление нематериальных благ, к которым относятся жизнь и здоровье человека. Материальная оценка вреда определяется как ущерб, подлежащий возмещению в денежной форме.

С моральной точки зрения, давать денежную оценку жизни и здоровью человека не вполне корректно, однако реалии материального мира приводят к тому, что в случае причинения вреда здоровью, его необходимо восстановить, а также иметь определенным источником доходов, если утрата здоровья не позволяет работать. Поэтому ГК РФ, защищая имущественные интересы населения, устанавливает четкие финансовые критерии оценки и компенсации вреда, причиненного жизни и здоровью человека.

Напомним, что согласно ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни или здоровью гражданина вследствие каких-либо недостатков медицинской услуги, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от его вины. Независимо от вины также воз-

мещается вред, причиненный новыми лекарственными средствами или медицинскими технологиями при проведении медицинских экспериментов, поскольку они являются источниками повышенной опасности (ст. 1079 ГК РФ). Это связано с тем, что вероятность причинения вреда, например при испытании новых лекарственных средств, весьма высока. Поэтому ГК РФ предоставляет участникам эксперимента повышенную защиту, обязывая медицинскую организацию компенсировать причиненный им вред в любом случае.

Согласно Постановлению Пленума Верховного суда РФ от 28 апреля 1994 г. № 3 «О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья» источником повышенной опасности признается любая деятельность, осуществление которой создает ситуацию причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека. К источникам повышенной опасности относятся: транспортные средства, механизмы, электрическая энергия высокой напряженности, атомная энергия, взрывчатые вещества, сильнодействующие яды, а также неапробированные и незарегистрированные в надлежащем порядке новые лекарственные препараты и методы лечения. Условием, снимающим вопрос о гражданско-правовой ответственности в указанных выше случаях, является наличие непреодолимой силы, под которой понимают чрезвычайные и непредотвратимые в данных условиях обстоятельства (ст. 401 ГК РФ).

Непреодолимая сила, или форс-мажор, включает лишь обстоятельства, которые невозможно было предвидеть и нельзя было предотвратить в данных условиях. К ним с полным правом можно отнести, например, стихийные бедствия (землетрясение, наводнение, ураган), а также экстремальные ситуации общественной жизни (военные действия, эпидемии, крупномасштабные забастовки). Не является форс-мажором отсутствие лекарственных средств в отделении, поломка аппарата искусственной вентиляции легких или опоздание ответственного хирурга на работу.

Как и в случае договорной ответственности, вред, причиненный жизни и здоровью пациента медицинским работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, подлежит возмещению медицинской организацией — работодателем (ст. 1068 ГК РФ). Ответственность же на самого работника может быть наложена только в порядке регресса в соответствии с требованиями трудового законодательства (ст. 1081 ГК РФ).

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный пациенту в процессе оказания медицинской помощи, подлежит возмещению в полном объеме путем возмещения причиненных убытков (ст. 1082 ГК РФ) и компенсации морального вреда (ст. 151 ГК РФ).

Случай 10. В процессе проведения операции из брюшной полости больного не был удален марлевый тампон, в результате чего пришлось проводить повторную операцию, а также курс восстановительного лечения. Суд вынес решение о возмещении пациенту причиненных убытков в размере 15 000 р. за восстановительное лечение и компенсации морального вреда в размере 50 000 р.

Договор о платном оказании медицинских услуг может установить обязанность выплачивать пациенту компенсацию сверх возмещения вреда (ст. 1064 ГК РФ). Заключение договора на повышенную компенсацию вреда жизни и здоровью можно назвать доброй волей медицинской организации, поскольку ни закон, ни правила делового оборота его не требуют.

Ответственность в случае причинения вреда включает два вида:

- за вред, причиненный повреждением здоровья гражданина;
- вред, причиненный смертью кормильца. Принципиально отличается возмещение вреда в случаях, если больной остался жив или умер. В первом случае вред возмещается самому гражданину путем компенсации причиненных ему убытков, а также морального вреда. Во втором случае материальный вред возмещается только лицам, находящимся у умершего на

иждивении, в размере утраченного дохода. Остальным членам семьи могут быть компенсированы лишь расходы на погребение, а также моральный вред в связи со смертью близкого человека.

Если в процессе оказания медицинской помощи причинен вред здоровью пациента, медицинское учреждение обязано компенсировать убытки потерпевшего, которые включают (ст. 1085 ГК РФ):

- утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь;
- дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья.

В данном случае заработок, который гражданин мог иметь, является упущенной выгодой, а дополнительно понесенные расходы — реальным ущербом.

Размер подлежащего возмещению заработка (дохода) потерпевшего рассчитывается как процент к его среднемесячному заработку (доходу) до утраты трудоспособности, исходя из степени ее утраты. Если потерпевший не работал, а жил, например, за счет родственников или оставленного наследства, утраченный им заработок устанавливается формально, исходя из обычного размера вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее 5 МРОТ.

Случай 11. Гражданин К., имеющий стабильный официальный заработок 1000 долл. в месяц, обратился за медицинской помощью в связи с острым отитом. В результате неосторожных действий медицинской сестры больному был поврежден слуховой аппарат, в результате чего развилась полная глухота одного уха. Степень утраты трудоспособности потерпевшего установлена в объеме 25%, т.е. размер подлежащего возмещению заработка будет определен как 25% его среднемесячного заработка до утраты трудоспособности, т.е. в сумме 250 долл.

Степень утраты трудоспособности оценивается посредством проведения медико-социальной экспертизы в соответствии со специальной методикой, указанной в ГК РФ, а также на основании ряда законодательных и подзаконных нормативных правовых актов, в том числе:

- Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
- Федерального закона от 8 декабря 2003 г. № 167-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2004 год»;
- Постановления Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
- Постановление Минтруда России от 18 июля 2001 г. № 56 «Об утверждении Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания».

Например, в соответствии с постановлением Минтруда России 50% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях возникновения:

- умеренного пареза обеих нижних конечностей с умеренным ограничением амплитуды активных движений во всех суставах нижних конечностей — тазобедренных (до 15 — 20°), коленных (до 16 — 20°), голеностопных (до 14—18°); умеренного снижения мышечной силы (до 3 баллов);
- умеренного пареза верхней конечности: гемипареза с ограничением амплитуды активных движений в плечевом (35 — 40°), локтевом (30 — 45°) и лучезапястном (30 — 40°) суста-

вах;

- контрактуры плечевого сустава с объемом движений в пределах 30 — 90°, локтевого сустава — 80—130°, лучезапястного сустава — 120—130° (сгибательная контрактура) и 200 — 220° (разгибательная контрактура);
- ампутационной культы конечности (бедро, голени, стопы на уровне сустава Шопара, Лис-франка);
- дыхательной недостаточности I и II степени, нарушения кровообращения I и II стадии;
- умеренных нарушений функции тазовых органов: отсутствия ощущения наполнения мочевого пузыря, длительной задержки дефекации — до 3 — 4 сут.

Дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья граждан, могут включать:

- дополнительную медицинскую помощь (сверх гарантий, предусмотренных программой по ОМС, в том числе на дополнительное питание и приобретение лекарств;
- посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за больным или инвалидом, в том числе осуществляемый членами его семьи;
- санаторно-курортное лечение, включая оплату отпуска (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, стоимость проезда потерпевшего лица, а в необходимых случаях также стоимость проезда сопровождающего его лица к месту лечения и обратно, их проживания и питания;
- протезирование, а также обеспечение приспособлениями, необходимыми потерпевшему лицу для трудовой деятельности и в быту;
- обеспечение специальными транспортными средствами, их текущий и капитальный ремонт и оплату расходов на горюче-смазочные материалы;
- профессиональное обучение (переобучение).

Дополнительные расходы компенсируются в разумных пределах, если установлено, что потерпевший действительно нуждается в указанных видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный смертью кормильца, налагается в соответствии со ст. 1088, 1089 ГК РФ. Право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца имеют, как правило, члены его семьи, состоявшие на иждивении умершего, в том числе:

- нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания;
- ребенок умершего лица, родившийся после его смерти;
- один из родителей, супруг (супруга) либо другой член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за состоявшими на иждивении умершего детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими возраста 14 лет;
- лица, состоявшие на иждивении умершего кормильца, ставшие нетрудоспособными в течение 5 лет со дня его смерти.

Указанные лица могут рассчитывать на компенсацию доли заработка, пенсии и других пожизненных выплат умершего, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни.

Случай 12. Гражданин К., имевший стабильный официальный заработок 1 000 долл. в месяц, умер на операционном столе в результате неосторожных действий хирурга. В результате судебного разбирательства было установлено, что почерневший тратил на содержание двух своих несовершеннолетних детей около 200 долл. в месяц на каждую, что позволило определить общий размер компенсации детям в 400 долл.

Размер возмещаемого вреда может как увеличиваться, так и уменьшаться. Посколь-

ку решение о возмещении вреда выносит суд. Он принимает во внимание ряд обстоятельств, влияющих на размер компенсации. В качестве обстоятельств, являющихся основанием уменьшения размера возмещения вреда, необходимо указать:

- грубую неосторожность потерпевшего (ст. 1083 ГК РФ);
- причинение вреда в состоянии крайней необходимости (ст. 1067 ГК РФ);
- увеличение трудоспособности потерпевшего (ст. 1090 ГК РФ);
- тяжелое материальное положение лица, причинившего вред (ст. 1083 ГК РФ).

Одним из важнейших оснований уменьшения размера возмещаемого вреда является вина потерпевшего, что требует анализа понятия «вина» в гражданском праве.

В ГК РФ указаны три формы вины: умысел, грубая и простая неосторожность. Под умыслом в гражданском праве понимают противоправное поведение, когда виновный не только предвидит, но и желает либо сознательно допускает наступление негативного результата. Грубая неосторожность подразумевает нарушение обычных, очевидных для всех требований, предъявляемых к лицу, осуществляющему определенную деятельность. Простая неосторожность — это несоблюдение повышенных требований.

Согласно ст. 1083 ГК РФ вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит. Если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или увеличению вреда, размер возмещения должен быть уменьшен. Простая неосторожность потерпевшего не влияет на размер возмещения причиненного ему вреда.

Необходимо особо отметить, что вред, вызванный уменьшением трудоспособности или смертью потерпевшего, возмещают, как правило, ежемесячными платежами (ст. 1092 ГК РФ). Требование ежемесячных платежей в большинстве случаев не соответствует финансовым возможностям многих медицинских организаций полностью компенсировать вред, причиненный здоровью или жизни пациента единовременной выплатой, что является существенным препятствием для страхования ответственности за причинение вреда.

К специальным формам гражданско-правовой ответственности относятся компенсация морального вреда, исполнение обязанности в натуре, выплата неустойки и др.

Особое место среди специальных форм гражданско-правовой ответственности занимает компенсация морального вреда. Это связано с тем, что гражданское право регулирует не только имущественные, но и личные неимущественные отношения. Нарушение неимущественных прав, затрагивающих жизнь и здоровье человека, не всегда может быть оценено в виде убытков, что и потребовало введение понятия «моральный вред».

Моральный вред подлежит компенсации как в случае причинения вреда пациенту, так и в случае нарушения его прав. Например, пациент может рассчитывать на компенсацию морального вреда, причиненного нарушением его права на сохранение в тайне информации о болезни, т.е. при разглашении врачебной тайны. Компенсация морального вреда не зависит от факта или размеров компенсации материального ущерба. Под моральным вредом понимаются физические или нравственные страдания, причиненные лицу (ст. 151 ГК РФ). Для компенсации такого вреда пациент должен доказать, что подобный вред имел место путем предъявления суду медицинских документов либо заключений специалистов.

Компенсация морального вреда осуществляется только при установлении вины медицинского работника, за исключением случаев причинения вреда путем распространения сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию гражданина (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну) или являющихся источником повышенной опасности.

Моральный вред компенсируют в денежной форме. При определении размера компенсации должны учитываться требования разумности и справедливости (ст. 1101 ГК РФ),

а также степень вины нарушителя, индивидуальные особенности пострадавшего и фактические обстоятельства, при которых был причинен такой вред.

Случай 13. Гражданка Г. обратилась в районный суд с иском к центральной районной больнице о изыскании 39 500 р. для возмещения ей прела, причиненного при лечении, из них 3 498 р. — утраченный доход за период болезни. 30Ю р. — транспортные расходы на поездки для лечения, 1 492 р. — расходы на проведение СМЭ, 1 500 р. — расходы на услуги адвоката, 30 000 р. — компенсация морального вреда.

Суд установил, что 26 декабря 1997 г. у гражданки Г., находящейся в центральной районной больнице с диагнозом «беременность 12—13 недель, угроза невынашивания», резко ухудшилось здоровье, что повлекло необходимость проведения аборта. По медицинским показаниям был введен хлористый кальций.

Судебно-медицинская экспертиза констатировала, что при введении препарата было допущено техническое нарушение — прокол инъекционной иглой стенки сосуда, вследствие чего препарат попал в окружающие вену мягкие ткани, вызвал химический ожог руки с некрозом тканей. В заключении указано наличие прямой причинной связи между действиями медицинских работников больницы и полученной травмой руки (неизгладимым шрамом). Ответчики иска не признали и привели многочисленные контраргументы.

Тем не менее, суд согласился с требованиями гражданки Г. об оплате в полном объеме расходов на правовое обслуживание, проведение СМЭ и выплате утраченных за период лечения доходов.

В отношении морального вреда суд посчитал, что исковые требования подлежат удовлетворению в размере 2 000 р., а в остальной части моральный ущерб не доказан, так как причинен «случайно, в экстремальных условиях». Кроме того, было отмечено, что «решался вопрос о жизни Г.», «в настоящее время тяжелых последствий нет. рука действует», после травмы «врач пригласил к больной на консультацию хирурга, больница не отказывала истине в последующем лечении».

Руководствуясь ст. 1064, 1068, 1085, 1099 и 1100 ГК РФ, ст. 191-195 Гражданского процессуального кодекса РСФСР, районный суд решил взыскать с центральной районной больницы в пользу гражданки Г. 9 009 р., из них 2 000 р. за моральный ущерб, в остальной части иска отказать.

Истица не согласилась с вынесенным решением и подала кассационную жалобу в краевой суд. Проверив материалы дела в пределах доводов кассационной жалобы, изучив доводы кассационной жалобы и возражения, заслушав стороны в судебном заседании, судебная коллегия не усмотрела оснований для отмены решения суда. Однако по мнению судебной коллегии неизгладимый шрам на руке и необходимость дальнейшего лечения гражданки Г. требует увеличения компенсации морального вреда до 5 000 р.

Руководствуясь ст. 294 и ст. 305 ГПК РСФСР, судебная коллегия определила решение районного суда оставить без изменения, увеличив сумму взыскания компенсации морального вреда с центральной районной больницы в пользу гражданки Г. до 5 000 р. (М. А. Ковалевский, 2002).

В настоящее время размеры компенсации морального вреда пациентам при рассмотрении дел, связанных с медицинской деятельностью, невелики и составляют в среднем 10000 — 20 000 р.

Таким образом, анализ материалов по проблеме ответственности свидетельствует о том, что она в сфере медицинской деятельности может быть разделена на моральную и юридическую. Юридическая, в свою очередь, включает ответственность административного характера (уголовную и административную), частную правовую и дисциплинарную. Дисциплинарную ответственность нельзя в полной мере отнести ни к публичной право-

вой, ни к частной. Кроме того, она в некоторых случаях регулируется моральными нормами, находясь на стыке правового регулирования и морали.

В заключение необходимо отметить, что понимание природы и значения ответственности позволяет не только по новому взглянуть на ее роль в медицинской деятельности, но и существенно повысить правовую защиту как пациентов, так и медицинских работников, что в конечном итоге будет иметь положительное значение для общественного здоровья населения и индивидуального здоровья граждан.

Контрольные вопросы:

1. Что подразумевается под ответственностью в праве и в чем она проявляется в медицинской практике? В каких нормативных документах имеются конкретные указания на ответственность врача?
2. Перечислите виды ответственности, которые могут возникать при осуществлении медицинской деятельности. Какие они имеют признаки?
3. Какими НПЛ характеризуется понятие «преступление»?
4. Какие виды наказаний (санкций) предусмотрены Уголовным кодексом Российской Федерации за правонарушения в сфере охраны здоровья населения?
5. Что понимают под элементами состава преступления и в каких статьях УК РФ они изложены? В каких случаях УК РФ не предусматривает состава преступления, связанного с его объективной стороной?
6. Что в УК РФ понимается под виной и какие ее формы предусмотрены?
7. Какие преступления согласно УК РФ могут быть связаны с профессиональными обязанностями медицинских работников или вытекают из особенностей медицинской деятельности?
8. Что понимают под причинением вреда жизни и здоровью человека по неосторожности в результате ненадлежащего исполнении профессионального долга, исходя из статей УК РФ?
9. Какие степени тяжести вреда здоровью и их признаки используют при оценке уголовной ответственности, в том числе и медицинских работников?
10. На основании каких признаков устанавливают степень тяжести умышленного вреда здоровью?
11. Какие права граждан должны соблюдаться в процессе профессиональной медицинской деятельности в соответствии с требованиями Конституции РФ и законов?
12. В каком законодательном акте и в какой его статье говорится о врачебной тайне? Что понимают под этим термином? На кого распространяется ответственность за разглашение врачебной тайны, в каких случаях и с какой целью такая информация может быть разглашена?
13. Какая ответственность устанавливается за причинение вреда здоровью по неосторожности?
14. В чем заключается ответственность медицинских работников за действия, предусмотренные ст. 122—124 УК РФ?
15. Какими правами обладают граждане РФ в сфере охраны здоровья в соответствии с Конституцией РФ и законами?
16. В каких случаях может наступить уголовная ответственность медицинского персонала, связанного в своей профессиональной деятельности с использованием наркотических средств и психотропных веществ при установлении случаев нарушений правил их оборота?

17. Какие действия согласно УК РФ являются основанием для освобождения медицинских работников от уголовной ответственности?
18. Какие основания для наступления административной ответственности могут возникнуть в медицинской практике?
19. Какими нормативными документами регулируется дисциплинарная ответственность?
20. Какими взысканиями может сопровождаться трудовая ответственность медицинских работников за дисциплинарные проступки?
21. Когда и почему возникает гражданско-правовая ответственность в сфере охраны здоровья населения?
22. Какие элементы входят в общую структуру гражданско-правовой ответственности в системе здравоохранения?
23. Дайте характеристику договорных отношений в профессиональной медицинской деятельности. Какие варианты ответственности могут возникать у медицинских работников при нарушении условий действительности сделки?
24. Согласно каким нормативным правовым документам недоговорной ответственности в медицинской деятельности могут возникать санкции? Назовите санкции за невыполнение или ненадлежащее выполнение медицинской организацией условий договора на оказание медицинских услуг пациенту.
25. Какие санкции возникают согласно ГК РФ по поводу возмещения вреда, причиненного пациенту в процессе оказания медицинской помощи?
26. Какие убытки согласно ГК РФ медицинское учреждение обязано компенсировать потерпевшему за причинение вреда здоровью в процессе оказания медицинской помощи?
27. На основании каких нормативных документов и правовых актов оценивается степень утраты трудоспособности?
28. Какая ответственность возникает за вред, причиненный смертью кормильца, и кто имеет право на возмещение такого вреда? Что является основанием для увеличения или уменьшения размера возмещения?
29. Что понимают под моральным вредом? Согласно каким нормативным актам, в каких случаях и когда может осуществляться его компенсация?

ГЛАВА 3

ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Общественные отношения в сфере охраны здоровья населения в России за последнее десятилетие претерпели значительные изменения. Принятие большого количества законов медико-социального профиля существенным образом повлияло на их правовое содержание. Введение ОМС и развитие гражданского общества расширило субъективный состав таких законов. Определенные тенденции наблюдаются и в совершенствовании механизмов правовой защиты охраны здоровья, являющихся важнейшей составляющей системы социальной поддержки населения.

Прежде чем обратиться к указанным механизмам, рассмотрим субъективный состав правоотношений, складывающихся в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации (рис. 3.1).

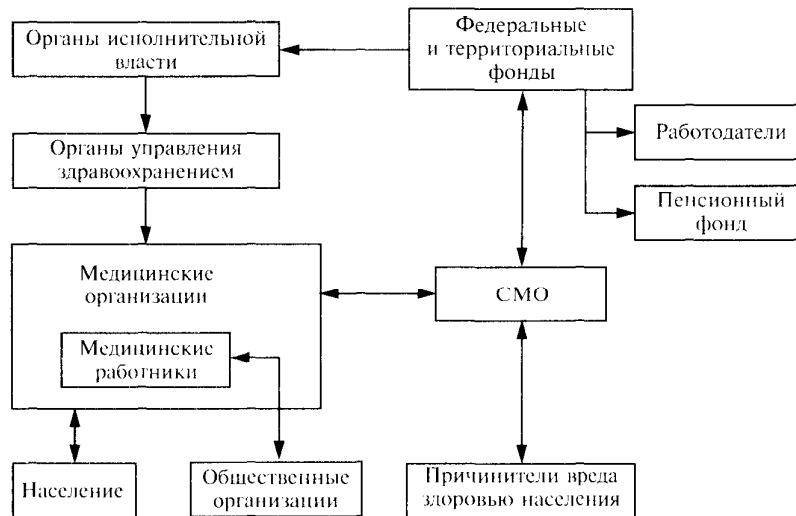


Рис. 3.1. Субъекты правоотношений в сфере охраны здоровья населения

Несмотря на частичную адаптацию отечественного здравоохранения к новым механизмам саморегуляции в условиях рыночной экономики, основную роль в стратегическом и текущем планировании его деятельности продолжают играть органы государственной власти и местного самоуправления. При этом ведущее значение в управлении здравоохранением, как и прежде, принадлежит исполнительной вертикали власти. Стратегическое планирование развития и функционирования отрасли осуществляется на федеральном уровне Президентом РФ и Правительством РФ, на региональном — руководителями органов исполнительной власти субъектов Федерации (президентами республик, губернаторами областей и т.д.), на муниципальном — главами местных администраций.

Обязанность текущего планирования и управления возложена на органы управления здравоохранением. К ним относятся на федеральном уровне — Минздравсоцразвития России, на региональном — органы управления региональным здравоохранением (например, департаменты здравоохранения администраций субъектов РФ), на муниципальном — органы управления здравоохранением муниципальных образований (например, городские комитеты по здравоохранению и медицинскому страхованию).

Перечисленные ранее органы исполнительной власти образуют каркас системы здравоохранения РФ, который устоял перед разрушительной силой экономических ре-

форм, но привел к затяжному кризису отрасли, что препятствует ее дальнейшему развитию в рыночных условиях.

Необходимо констатировать, что основные субъекты правоотношений в сфере охраны здоровья населения, такие как различные организации, учреждения и службы системы здравоохранения, а также само население, на обеспечение потребностей которого направлена их деятельность, в значительной степени лишены самостоятельности и занимают второстепенную роль по отношению к органам государственной власти и местного самоуправления, что противоречит не только основам современного демократического общества, но и здравому смыслу.

Принятие Закона РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. от 2 апреля 1993 г. № 4741-1) привело к появлению сразу нескольких новых субъектов правоотношений в сфере охраны здоровья населения, к которым относятся:

- страхователи (поскольку страхователем неработающего населения при ОМС являются указанные выше органы исполнительной власти, в качестве нового субъекта правоотношений можно назвать только работодателей, обязанных страховать своих сотрудников);
- страховые медицинские организации (СМО);
- федеральный и территориальные фонды ОМС;
- юридические и физические лица, ответственные за причиненный здоровью гражданина вред. В связи с тем, что оплата медицинских услуг, оказанных в системе медицинского страхования, возложена на СМО, они имеют право требовать с лиц, виновных в возникновении страховых случаев, возврата сумм, затраченных застрахованным на оказание ему медицинской помощи. Следовательно, такие юридические лица (фабрика, загрязняющая окружающую среду, или магазин, продающий просроченные продукты) превратились из сторонних наблюдателей в участников правоотношений по охране здоровья населения.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан указывают как минимум на два новых субъекта рассматриваемых правоотношений, к которым относятся:

- медицинские и фармацевтические работники (ранее в качестве самостоятельных субъектов правоотношений практически не рассматривались);
- общественные организации, деятельность которых направлена на защиту прав лиц, как получающих медицинскую помощь, так и ее оказывающих.

Кроме того, следует указать и на существование еще одной важнейшей субъекта лих правоотношений, которым являются правоохранительные органы. В последние годы отмечается усиление их присутствия в системе охраны здоровья населения, что выражается в росте судебных разбирательств различных правонарушений, связанных с медицинским обеспечением, особенно фактов причинения вреда пациентам в процессе оказания медицинской помощи.

Теперь обратимся к отраслевой принадлежности правовых отношений, оказывающей непосредственное влияние на их юридическую природу. Например, вопросы государственного и муниципального управления являются предметом правового регулирования административного права. Поэтому правоотношения, возникающие между управляющими и управляемыми организациями в системе здравоохранения и строящиеся на подчинении и безусловном главенстве одних организаций над другими, являются по юридической природе административными. Подобные отношения складываются между органами исполнительной власти и органами управления здравоохранением, которые, в свою очередь, осуществляют административное управление подчиненными им медицинскими организациями.

В настоящее время основным методом административного управления в здравоохранении является государственное регулирование, которое осуществляется посредст-

вом:

- государственных социальных стандартов в области здравоохранения;
- программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- федеральных целевых и территориальных целевых здравоохранительных программ;
- стандартов в области здравоохранения;
- лицензирования отдельных видов медицинской деятельности;
- сертификации медицинских услуг;
- квалификационных экзаменов для медицинских и фармацевтических работников;
- установления цен на лекарственные средства и медицинские услуги.

Административными являются и правоотношения фондов медицинского страхования со страхователями, обязанными выплачивать страховые взносы в обязательном порядке.

Правоотношения, возникающие между различными организациями, учреждениями, службами системы здравоохранения и населением, являются гражданско-правовыми. Такие отношения основываются на равенстве участников, договорной природе их взаимных прав и обязанностей, а также свободе в выборе партнера отношений, которые могут быть ограничены только гражданским законодательством. На основании гражданско-правовых норм СМО строят свои отношения с фондами ОМС, медицинскими организациями и причинителями вреда здоровью населения. Правоотношения общественных организаций, осуществляющих защиту прав пациентов и медицинских работников, с другими субъектами системы охраны здоровья населения также являются гражданско-правовыми по своей юридической природе.

Необходимо особо отметить роль гражданско-правовых отношений в реализации прав граждан на охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь, поскольку они не только обеспечивают систематическое повышение качества медицинского обслуживания, но и являются важным элементом построения в РФ гражданского общества.

Следующим видом правоотношений в сфере охраны здоровья населения являются трудовые отношения, возникающие между администрацией различных организаций здравоохранения и их работниками, которые регулируются трудовым правом.

Наконец, взаимоотношения правоохранительных органов (органов внутренних дел, прокуратуры, суда) с субъектами системы охраны здоровья населения регулируются так называемым правоохранительным правом, а также нормативными правовыми актами тех отраслей права, в сфере которых выявлены нарушения. К таким отраслям относятся: налоговое, финансовое, трудовое, гражданское, административное, уголовное право и др.

К законодательным актам, регулирующим различные аспекты правоохранительной деятельности, относят:

- Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации (ГПК РФ);
- Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации (АПК РФ);
- Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации (УПК РФ);
- Федеральный конституционный закон от 28 апреля 1995 г. № 1-ФКЗ «Об арбитражных судах в Российской Федерации»;
- Федеральный конституционный закон от 31 декабря 1996 г. № 3-ФКЗ «О судебной системе Российской Федерации»;
- Закон РФ от 17 января 1992 г. № 2202-1 «О прокуратуре Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21 июля 1997 г. № 118-ФЗ «О судебных приставах»;
- Федеральный закон от 21 июля 1997 г. № 119-ФЗ «Об исполнительном производстве».

Таким образом, между субъектами правоотношений, складывающихся в системе охраны здоровья населения, существуют связи, носящие административный, гражданско-правовой, трудовой и правоохранительный характер. Стоит заметить, что правоох-

ранительные отношения между рассмотренными выше субъектами возникают лишь эпизодически. В то же время они имеют достаточно большое значение, поскольку удерживают всю систему охраны здоровья населения в рамках единого правового пространства.

Контрольные вопросы:

1. Какие правовые отношения могут возникать в процессе медицинской деятельности?
2. Какие субъекты правоотношений могут функционировать в сфере охраны здоровья населения?
3. Перечислите законы РФ и федеральные законы, регулирующие медицинское страхование в РФ. Когда они приняты и о каких новых субъектах правоотношений в сфере охраны здоровья населения в них говорится?
4. Возможно ли принятие законов о медицинском страховании на региональном уровне?
5. Посредством каких критериев осуществляется государственное регулирование в административном управлении здравоохранением?
6. Какими законодательными актами регулируются различные аспекты правоохранительной деятельности?

ГЛАВА 4

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ПРАВОВЫХ КОНФЛИКТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Рассмотрим возможные случаи правовых конфликтов между субъектами охраны здоровья населения, требующие защиты прав той или другой стороны. Подобные конфликты часто вовлекают нескольких участников и имеют многоуровневый характер. Для примера приведем их основные группы с двумя субъектами отношений:

- медицинские учреждения и пациенты;
- СМО и лица, причинившие вред здоровью пациентов;
- медицинские учреждения и органы управления здравоохранением;
- медицинские учреждения и СМО;
- СМО и фонды ОМС;
- фонды ОМС и плательщики страховых взносов;
- пациенты и органы управления здравоохранением.

Наиболее часто в системе охраны здоровья населения встречаются конфликты между медицинскими организациями и пациентами, которые связаны с нарушением прав граждан в сфере медицинского обслуживания, некачественным оказанием медицинской помощи и причинением вреда в процессе ее оказания.

Случай 1. У гражданина Н. 15 лет, учащегося, полностью здорового, внезапно появилась высокая температура тела. Участковый врач поставил диагноз «острая респираторная инфекция». На боли в животе подросток не жаловался. После приема рекомендованных лекарств температура тела снизилась, но затем появились нелокализованные боли в животе, тошнота, рвота. Врач скорой медицинской помощи определил запор и скопление газов в кишечнике, чем по его мнению и объяснялись боли. Он назначил слабительные препараты и очистительную клизму. Однако боли в животе не прекратились. Вызванный повторно в тот же день врач скорой медицинской помощи направил больную в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот».

В приемном отделении больницы подростка осмотрел дежурный хирург, который не выявил признаков острого заболевания. Врач был настолько уверен в своем диагнозе, что не стал исключать или подтверждать острое поражение толстого кишечника с помощью дополнительных методов обследования. После двухчасового наблюдения пациент был отправлен домой.

На 2-й день заболевания боли в животе у пациента продолжились, появилась рвота, а моча приобрела красноватый оттенок. Участковый терапевт диагностировал пиелонефрит и направил подростка в терапевтическое отделение больницы. В больнице в результате проведения медикаментозной терапии боли в животе и в области поясницы уменьшились.

На 4-й день лечения появился многократный жидкий стул со слизью, боли в животе усилились, повысилась температура тела. Было заподозрено инфекционное заболевание. Больного перевели в инспекционное отделение, однако в результате лабораторных исследований не подтвердили наличия у него инфекционного заболевания. В то же время боли в животе стали еще сильнее.

Через 7 дней от начала заболевания подросток был повторно проконсультирован хирургом, который заподозрил наличие аппендикулярного инфильтрата. Больную перевели в хирургическое отделение. При осмотре в хирургическом отделении выявили острый аппендицит. Мнения хирургов в отношении операции разделились. Срочно созванный внутрибольничный консилиум рекомендовал оперировать больного.

Послеоперационный период протекал тяжело, проявился перитонит и образо-

вался тонкокишечный свищ. Было проведено еще две повторные операции.

Только через 5 мес после массивного консервативного лечения пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Случай 2. Больной М. 39 лет обратился в платную поликлинику, где ему поставили диагноз «острый аппендицит». Пациенту была предложена госпитализация на платных условиях в одну из клиник юрода, на которую он согласился. В клинике первоначальный диагноз был подтвержден. Больной заключил договор на операцию и лечение по поводу выявленного заболевания, также была внесена соответствующая плата.

Ход операции на начальном этапе соответствовал исходному диагнозу, однако в ее конце после удаления аппендикса было выявлено, что изменения не соответствуют картине первоначального диагноза. Была выполнена срединная лапаротомия, разрез расширен сверху. При ревизии брюшной полости обнаружена язва двенадцатиперстной кишки; проведено ушивание прободной язвы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент был выписан через 27 дней.

После проведения лечения больному было предложено доплатить за проведенную операцию и пребывание в стационаре.

Случай 3. Больной, инвалид III группы, страдающий ишемической болезнью сердца, обратился к врачу с просьбой о переосвидетельствовании его на II группу инвалидности. После проведенного обследования больному было отказано в оформлении документов для представления их на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) для получения II группы инвалидности. Однако в связи с общим состоянием пациент был предупрежден о необходимости соблюдения режима, ограничивающего физическую нагрузку. Больной не стал соблюдать рекомендованный режим, чтобы ухудшить свое состояние и получить II группу инвалидности. На фоне значительной физической нагрузки у пациента появились боли в животе. При обращении к врачу был поставлен диагноз «трансмуральный инфаркт миокарда (абдоминальная форма)».

Больного госпитализировали в блок интенсивной терапии. Несмотря на проведение лечения, произошел летальный исход. На вскрытии диагноз подтвердился, лечение признано правильным (В.И. Шамшурин, В.Э. Танковский, 1995).

В случае нарушения тех или иных прав в сфере охраны здоровья граждан или его законный представитель могут обратиться с заявлением (жалобой) на имя руководителя медицинской организации, который обязан рассмотреть его (ее) в течение 10 дней. Рассмотрим примерный образец жалобы на имя руководителя учреждения здравоохранения (А.А. Старченко, 2002).

Главному врачу ...
(ФИО),
проживающего по адресу: ...

Жалоба на неправомерные действия (бездействия) медицинских работников

Я обратился во вверенное Вам ЛПУ (название и номер) 10 января к участковому терапевту (ФИО) с жалобами на боли в правом подреберье. После осмотра она направила меня на ультразвуковое обследование органов брюшной полостиTM. Однако на двери кабинета УЗИ указано, что услуги оказываются платно. В связи с болью я был вынужден оплатить в кассу ЛПУ 100 р. за проведение инструментального УЗИ.

Прошу Вас на основании п. 1 ст. 41 Конституции РФ («Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений») вернуть мне мои денежные средства в размере 100 р. как незаконно востребованные за оплату медицинских услуг в государственном (муниципальном) учреждении здраво-

охранения.

Прилагаю копию чека.

Дата, подпись

Согласно ст. 68 Основ в случае нарушений прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью гражданина или его смерть, виновные обязаны возместить потерпевшему ущерб в объеме и порядке, которые установлены законодательством РФ. Ущерб возмещается в добровольном порядке или в порядке гражданского судопроизводства. В то же время возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Случай 4. Гражданин С. обратился в суд с исковыми требованиями к городской стоматологической поликлинике о возмещении вреда, причиненного его здоровью (в результате применения методики лечения, более дешевой, но создающей риск причинения вреда здоровью, вместо иной методики — более дорогостоящей, но исключающей такой риск) и компенсации морального вреда.

Представители городской стоматологической поликлиники возражали против требований гражданина С., указывая, что специалисты поликлиники уведомили его о том, что применение метода лечения, на котором он настаивает, создает реальную опасность причинения вреда его здоровью, но требует меньших финансовых затрат, чем другое — безопасное, но более дорогостоящее.

Суд счел доводы представителей городской стоматологической поликлиники, приведенные в возражениях на заявленные исковые требования гражданина С., несостоятельными и не соответствующими законодательству Российской Федерации о защите прав потребителей.

Исковые требования гражданина С. были удовлетворены в полном объеме. Кроме того, суд обязал юридическую стоматологическую поликлинику помимо компенсации вреда здоровью возместить гражданину С. моральный ущерб.

Случай 5. Гражданка Г. обратилась в клинику за ортопедической стоматологической помощью. В результате осмотра было принято решение о протезировании нескольких зубов. Врач клиники с целью ортопедического лечения провел терапевтическую санацию и препарирование необходимых зубов. Однако не закончив курс лечения, гражданка Г. отказалась от последующего протезирования. Каких-либо письменных документов, подтверждающих ее отказ, не составлялось.

На препарированных зубах образовался кариес. Гражданка Г. обратилась в суд с исковыми требованиями к клинике о возмещении вреда здоровью и компенсации морального ущерба. В судебном заседании гражданка Г. заявила, что, несмотря на своевременное обращение в клинику, ей было отказано в предоставлении медицинской помощи. После неоднократных обращений и устной жалобы главному врачу, по словам истицы, лечение все-таки было начато, но не доведено лечащим врачом до конца. В результате спустя некоторое время после окончания лечения на препарированных зубах развился кариес, и истица была вынуждена обратиться в другую клинику для повторного курса лечения.

Представитель клиники заявил, что ответчик не отказывал истице в предоставлении медицинской помощи, напротив, при обращении в клинику ей были проведены необходимые исследования и начато лечение. Однако, не закончив его, истица заявила, что отказывается от дальнейшего медицинского вмешательства и услуг клиники. Каких-либо доказательств добровольного отказа истицы от медицинского вмешательства

суду представлено не было.

Суд счел доводы ответчика несостоятельными, не подтвержденными доказательствами и не соответствующими фактическим обстоятельствам дела. Поэтому иски гражданки Г. суд удовлетворил в полном объеме.

Случай 6. Гражданин П. обратился в районную поликлинику с жалобами на плохое самочувствие и общее недомогание. После осмотра было установлено, что у пациента имеется тяжелая форма бронхита. Врач назначил курс лечения.

Одновременно с ним гражданин П. обратился за помощью к народному целителю и параллельно с курсом, назначенным врачом поликлиники, применял процедуры оздоровительного характера, в том числе закаливание по методу Порфирия Иванова.

Спустя некоторое время после начала лечения его состояние резко ухудшилось. Члены семьи гражданина П. вызвали скорую медицинскую помощь. Бригада врачей скорой медицинской помощи поставила диагноз «воспаление легких», и больной был госпитализирован.

После выписки из городской клинической больницы гражданин П. обратился в суд с иском к районной поликлинике о возмещении вреда, причиненного здоровью в результате неправильно поставленного лечащим врачом диагноза, и компенсации морального вреда.

В судебном заседании истец заявил, что в результате неправильно поставленного диагноза врачом районной поликлиники и применении неправильных методов лечения его здоровью был причинен вред, следствием чего стало срочное медицинское вмешательство и госпитализация. Представитель районной поликлиники в своих возражениях заявил, что диагноз гражданину П. был поставлен правильно, а причиной возникших осложнений стали самолечение и некавалифицированная медицинская помощь, оказанная народным целителем, к которому он обратился одновременно с прохождением лечения в районной поликлинике и о чем якобы последний сообщил лечащему врачу.

Гражданин П. это отрицал. Народный целитель, вызванный в судебное заседание в качестве свидетеля, факт обращения к нему гражданина П. опроверг.

При исследовании судом медицинской карты гражданина П., находящейся в районной поликлинике, установлено, что сведения о ходе лечения были либо не отражены, либо указаны не в полном объеме, что не позволяет сделать вывод о правильности диагноза и применяемых методов лечения. Такие же выводы сделаны экспертами, которым суд направил медицинскую карту гражданина П. на исследование.

В связи с этим суд счел доводы представителя районной поликлиники несостоятельными и не соответствующими фактическим обстоятельствам. Исковые требования гражданина П. были удовлетворены судом в полном объеме (К.В. Николаев, А.А. Тишура, 2003).

Согласно ст. 28 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» СМО имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью гражданина, возмещения ей расходов в пределах суммы, затраченной на оказание застрахованному медицинской помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем.

Кроме того, ст. 67 Основ установлено, что средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью, в пользу медицинских организаций, понесших расходы, независимо от их формы собственности.

Правовые конфликты с причинителями вреда разрешаются в порядке гражданского или арбитражного судопроизводства, что не исключает и добровольной компенсации ущерба.

Согласно данным Федерального фонда ОМС в 2000 г. территориальные фонды и СМО предъявили 3 340 исков по возмещению затрат на медицинскую помощь, оказан-

ную застрахованным, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц. Сумма возмещения по предъявленным искам составила 4 354 545,6 р. или 1 303,8 р. на один иск. В 2001 г. число подобных исков возросло до 4 857. Однако сумма возмещения по предъявленным искам, увеличившись в целом до 6 060,671 р., составила в среднем всего 1 247,8 р. на один иск. Для примера рассмотрим иск, предъявленный территориальным фондом ОМС к гражданам К. и Щ., о возмещении материального ущерба в сумме 609 р. 12 к.

Случай 7. В судебном заседании установлено, что районное отделение внутренних дел возбудило уголовное дело по факту хулиганства и причинения телесных повреждений несовершеннолетней В. 1986 г. рождения пост. 213 ч. 2 УК РФ «Хулиганство» в отношении несовершеннолетних К. 1984 года рождения и Щ. 1985 г. рождения. Дело прекращено по п. 4 ст. 5 УПК РФ в связи с принятием Государственной Думой Федеральным Собранием РФ постановления от 26 мая 2000 г. № 398-111 ГД «Об объявлении амнистии в связи с 55-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941—1945 годов».

Гражданка В. находилась на стационарном лечении в центральной районной больнице с 22 апреля по 4 мая 2000 г. На основании счета № 36 и сводного реестра № 20 от 31 мая 2000 г., представленных больницей, на лечение пострадавшей было израсходовано 609 р. 12 к. Ответчики К. и Щ. и их представители иск признали.

Суд посчитал, что исковые требования подлежат полному удовлетворению на основании ст. 28 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и ст. 1074 ГК РФ. Руководствуясь ст. 191 и 197 ГПК РФ, было вынесено решение взыскать с несовершеннолетних К. и Щ. солидарно в пользу территориального фонда ОМС 609 р. 12 к., а в случае отсутствия доходов или иного имущества у несовершеннолетних достаточного для возмещения вреда, взыскать с каждого из родителей К. и Щ. по 304 р. 56 к. Решение не было обжаловано и вступило в законную силу (М.А. Ковалевский, 2002).

Конфликты между ЛПУ, медицинскими организациями и органами управления здравоохранением связаны в основном с некачественным оказанием медицинской помощи, нарушением нрав пациентов и невыполнением требований вышестоящих инстанций. Основанием для правового конфликта могут являться жалобы граждан на медицинские организации и ЛПУ, а также результаты плановых и внеплановых проверок их деятельности. Указанные конфликты разрешаются, как правило, и дисциплинарном и административном порядке путем наказания руководителей медицинских учреждений и организаций, приостановления действия лицензий и др.

Случай 8. Врач приемного отделения Калужской областной психиатрической больницы в нарушение ч. 1 ст. 25 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не затребовал от работников милиции, доставивших гражданку Ф. с места работы, письменное объяснение о причинах ее направления к психиатру. Вследствие этого ее состояние было ошибочно расценено как непосредственная опасность для себя или окружающих согласно п. «а» ч. 4 ст. 23 указанного Закона РФ. При заполнении медицинской карты стационарного больного не было указано, от кого получены сведения об агрессивном поведении гражданки Ф., не отмечены телесные повреждения, которые в дальнейшем описал врач отделения стационара.

Последующие действия врачей и отношении гражданки Ф., не состоявшей на диспансерном наблюдении, выписанной из стационара на 2-й день после госпитализации, отказавшейся от продления листка временной нетрудоспособности и направления на МСЭК, также не соответствовали принципу добровольности при оказании психиатрической помощи (ч. 2 ст. 26 Закона РФ). Несмотря на отказ явиться к врачу для решения вопроса о трудоспособности, гражданке Ф. не предложили встретиться с ней у нее дома или в Департаменте здравоохранения области. В результате вопрос о допуске ее к работе не решался в течение 6 мес.

По данному случаю был издан Приказ Минздрава России от 8 октября 1997 г. № 299 «О нарушении принципа добровольности при оказании психиатрической помощи», на основании которого Департаменту здравоохранения и лекарственного обеспечения Калужской области было поручено рассмотреть вопрос о дисциплинарной ответственности лиц, допустивших указанные нарушения, принять дополнительные меры по недопущению подобных действий впредь, а также сообщить в Минздрав России о принятом решении. Кроме того, органам управления здравоохранением субъектов РФ предписано провести углубленную проверку деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь, по соблюдению действующего законодательства.

Московскому научно-исследовательскому институту психиатрии Минздрава России поставили задачу изучить деятельность комиссий по рассмотрению жалоб и заявлений граждан по вопросам оказания психиатрической помощи и подготовить методические рекомендации по организации контроля со стороны органов управления здравоохранением за соблюдением Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Случай 9. В городскую клиническую больницу № 50 30 декабря 2000 г. в 4.45 машиной скорой медицинской помощи в доставлена больная Ф. 53 лет с диагнозом «острый панкреатит». В ходе обследования у нее выявили перфорацию полого органа. Больной была проведена операция — иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Микуличу. Промывая брюшную полость, оперирующий хирург А. не прочел надпись на флаконе с раствором, который ему подала операционная медицинская сестра Б., и вылил 350 мл 10 % раствора формалина в брюшную полость, после чего промыл ее физиологическим раствором. У больной Ф. развился перитонит и токсический шок с последующим возникновением полиорганной недостаточности, приведшей к смерти больной.

По данному случаю издан Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 12 февраля 2001 г. № 62 «О случае смерти больной Ф. в городской клинической больнице № 50 и наказании виновных лиц», согласно которому ошибочное введение 10 г раствора формалина в операционном блоке стало возможным из-за невнимательности оперирующего хирурга А. и операционной медицинской сестры Б., грубого нарушения ими правил использования лекарственных средств, низкой требовательности к персоналу со стороны заведующего отделением Х., старшей операционной медицинской сестры П. и ответственного хирурга Я. Исходя из указанного Приказа: за ослабление контроля за деятельностью медицинского персонала и. о. главного врача городской клинической больницы № 50 объявлен строгий выговор; принят к сведению приказ по городской клинической больнице от 9 января 2001 г. № 50 о мерах дисциплинарного воздействия к виновным лицам; главному врачу городской клинической больницы № 50 поручено:

- принять исчерпывающие меры к недопущению подобных случаев впредь;
- пересмотреть степень ответственности операционной медицинской сестры Б. за допущенное грубое нарушение правил обращения с лекарственными средствами;
- информировать ректорат Московского государственного медико-стоматологического университета о данном летальном случае, обратив внимание на необходимость усиления контроля за работой сотрудников кафедры хирургии в городской клинической больнице № 50.

Случай 10. Медицинский регистратор К. городской поликлиники № 16 Восточного административного округа 9 декабря 1999 г. в 10.00 отказала в записи вызова врача на дом к больному И. 1975 г. рождения, приехавшему из Чувашии. Участковый терапевт К., находившаяся в это время в регистратуре, рекомендовала ему обратиться на станцию скорой медицинской помощи. Врач и медрегистратор об отказе больному И. в записи вызова врача на дом руководству поликлиники не сообщили. В этот же день в

19.35 больной И. был госпитализирован скорой медицинской помощью в городскую клиническую больницу № 15, где 11 декабря 1999 г. скончался от двусторонней тотальной крупозной пневмонии.

По данному случаю издан Приказ по управлению здравоохранением Восточного административного округа № 7 г. Москвы от 21 января 2000 г. «О грубых нарушениях работы регистратуры городской поликлиники № 16», которым за неудовлетворительную организацию работы регистратуры главному врачу Д. городской поликлиники № 16 объявлен строгий выговор.

На основании Приказа Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 4 февраля 2000 г. № 45 «О неудовлетворительной организации медицинской помощи больному И. в юридской поликлинике № 16 Восточного административного округа» начальнику управления здравоохранения Восточного административного округа П. строго указано на недостаточный контроль за организацией работы подведомственных ЛПУ, а также необходимость проверки деятельности городской поликлиники № 16 в I квартале 2000 г. Начальники управлений здравоохранения административных округов, а также главные врачи ЛПУ городского подчинения довели данный приказ до сведения подведомственных ЛПУ и структурных подразделений.

Существует возможность привлечь к ответу руководителей органов управления здравоохранением, не выполнивших свои обязанности по материальному обеспечению медицинских организаций или не оказавших им поддержку в критической ситуации (например, в случае техногенной катастрофы).

Согласно п. 3 Приказа Минздравмедпрома России от 20 февраля 1996 г. № 64 «Об утверждении Перечня первоочередных медицинских изделий» руководителям территориальных органов управления здравоохранением, ответственным за обеспечение медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Перечень, предписано установить контроль за их наличием в лечебных учреждениях здравоохранения.

Конфликты между ЛПУ и СМО возникают достаточно часто и имеют двустороннюю направленность. Лечебные учреждения могут привлекаться к ответственности за недостаточный уровень медицинского обслуживания застрахованных граждан или нарушение технологии лечебного процесса. В свою очередь СМО несут ответственность за невыполнение обязательств по оплате медицинских услуг.

Требования сторон носят, как правило, финансовый характер и удовлетворяются либо добровольно, либо в порядке арбитражного судопроизводства.

Случай 11. Гражданка Т. обратилась в суд с иском к территориальному фонду ОМС о возмещении расходов на приобретение лекарственных средств в сумме 4 100 р.

На судебном заседании было установлено, что в период нахождения на стационарном лечении в областном онкологическом диспансере гражданка Т. по указанию врачей за свой счет приобрела препарат депарбазин на три курса химиотерапии. Стоимость лекарства на один курс (2 050 р.) диспансер оплатил. Факт применения и приобретения депарбазина истицей подтвержден письменным сообщением диспансера. Согласно п. «в» разд. II Областной программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью на 1999 г. при стационарной помощи лекарства предоставляются пациентам бесплатно в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (утвержден приказом Минздрава России от 23 января 1998 г. № 17). Препарат депарбазин значится в перечне под номером 352.

Областной фонд ОМС иска не признал. В обоснование представитель фонда пояснил, что между фондом (страховщиком) и диспансером заключен договор на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС, фонд действовал в рамках своей компетенции, а диспансер своих обязанностей не исполнил. Суд усмотрел вину диспансера в нарушении п. 2.3 — 2.5 договора на предоставление лечебно-профилактической помощи и признал его надлежащим ответчиком. Руководствуясь ст.

192—197 ГПК РФ, суд решил взыскать с онкологического диспансера в пользу гражданки Т. расходы на приобретение лекарства депазарин в сумме 4 100 р. Решение суда не было обжаловано и вступило в законную силу (М.Л. Ковалевский, 2002).

Конфликты между страховыми медицинскими организациями и фондами ОМС, а также между фондами ОМС и плательщиками страховых взносов обычно связаны с нарушениями финансового обеспечения ОМС.

До 1 января 2001 г. на фонды ОМС было возложено право взыскания сумм сокрытых или заниженных страховых взносов, недоимок, а также штрафов, предусмотренных законодательством, с работодателей в бесспорном порядке, а с органов исполнительной власти и местного самоуправления — через суд. После вступления в действие ч. 2 Налогового кодекса Российской Федерации (НК РФ) (с 1 января 2001 г.) контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью внесения взносов в государственные социальные внебюджетные фонды, уплачиваемых в составе единого социального налога (взноса), осуществляют налоговые органы Российской Федерации.

Согласно ст. 46 НК РФ в случае неуплаты или неполной уплаты налога в установленный срок обязанность по уплате налога исполняется принудительно путем обращения взыскания на денежные средства налогоплательщика, находящиеся на счетах в банках. Взыскание налога проводится по решению налогового органа путем направления в банк, в котором открыты счета налогоплательщика, инкассового поручения (распоряжения) на списание и перечисление в соответствующие бюджеты (внебюджетные фонды) необходимых денежных средств со счетов налогоплательщика. При недостаточности или отсутствии денежных средств на счетах налогоплательщика налоговый орган вправе взыскать налог за счет его имущества. Такое взыскание проводится по решению руководителя налогового органа путем направления соответствующего постановления судебному приставу-исполнителю для исполнения в порядке, предусмотренном Федеральным законом «Об исполнительном производстве» (ст. 47 НК РФ).

Фонды ОМС могут стать ответчиком в арбитражном процессе при недофинансировании СМО. В ситуации, когда получить деньги со страхователей они не могут, а сами осуществлять платежи в адрес СМО обязаны, фонды ОМС попадают в сложные правовые и финансовые ситуации. Последняя группа рассматриваемых конфликтов вытекает из норм ст. 69 Основ, предусматривающей обжалование в вышестоящие государственные органы или в суде действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья. В случае обращения в государственные органы или к должностным лицам конфликт подлежит разрешению в административном порядке, при обращении в суд — в порядке гражданского судопроизводства.

Контрольные вопросы:

1. Какие виды конфликтов возможны между несколькими участниками или субъектами правовых отношений в сфере охраны здоровья населения?
2. К кому и с какими документами может обратиться гражданин или его законный представитель в случае нарушения прав в сфере охраны здоровья?
3. Как могут разрешаться правовые конфликты с причинением вреда в процессе медицинской деятельности?
4. Что является основанием для рассмотрения правового конфликта в сфере охраны здоровья и как он может быть разрешен?
5. Почему возникают конфликты между ЛПУ и СМО? Какова ответственность субъектов этих правоотношений за невыполнение своих обязательств?

ГЛАВА 5

МЕХАНИЗМЫ РАЗРЕШЕНИЯ ПРАВОВЫХ КОНФЛИКТОВ

Существует два механизма разрешения конфликтов в сфере охраны здоровья населения (как и любых других конфликтов): внесудебный и судебный.

Внесудебный механизм нередко называют досудебным, что является не совсем правильным. Под досудебным понимается строго формализованный порядок рассмотрения правового конфликта, который необходимо осуществить, прежде чем обратиться в суд. Такой порядок предусмотрен, например, при нарушении условий транспортных перевозок или почтовой связи. Осуществление медицинской деятельности не предусматривает обязательного досудебного порядка. Это выражается в том, что субъекты правоотношений в сфере охраны здоровья населения по своему усмотрению могут обращаться в суд на любом этапе разбирательства конфликтной ситуации или попытаться решить свои противоречия без участия суда.

Внесудебный механизм в отличие от судебного не имеет строгой регламентации и может быть осуществлен как без участия, так и с участием третьей стороны. В качестве третьей стороны при разбирательстве правовых конфликтов между ЛПУ и пациентами могут участвовать:

- органы законодательной власти и депутаты;
- органы исполнительной власти — от муниципальных органов управления здравоохранением до Президента РФ;
- органы, выполняющие правоохранительные функции (прокуратура, антимонопольный комитет);
- уполномоченные по правам человека России и субъектов РФ;
- администрация ЛПУ (при разборе жалоб на действия врачей).

Большое значение в вопросах защиты прав граждан в сфере охраны здоровья отводится фондам ОМС и СМО, осуществляющим контроль различных аспектов лечебного процесса. Медицинские организации и ЛПУ, заключая договор на предоставление медицинских услуг, принимают ряд обязательств перед страховыми организациями и фондами, которые получают мощные рычаги для обеспечения прав населения, связанных с оказанием качественной медицинской помощи.

Немаловажную роль в разрешении правовых конфликтов играют организации, осуществляющие лицензирование, сертификацию и аттестацию деятельности в сфере охраны здоровья населения. Такие организации способны оказывать существенное влияние на уровень медицинского обслуживания населения и могут принимать достаточно эффективные меры по защите его прав (приостанавливать действие лицензии, направлять заявления в суд об аннулировании лицензии, отказывать в выдаче сертификата).

Особо следует подчеркнуть значение юридических служб, работающих в структурах системы здравоохранения и оказывающих правовую помощь пользователям медицинских услуг на бесплатной основе. Такие службы должны функционировать во всех органах управления здравоохранением как государственного, так и муниципального подчинения, что позволит рассматривать большое количество претензий и споров во внесудебном порядке и направлять значительный поток жалоб пациентов не в суды, а к специалистам по медицинскому праву. Реализация данного подхода способна ослабить претензионное напряжение в отношениях «пациент — ЛПУ», а также принести ощутимый экономический эффект.

По мнению ряда авторов, большую роль в решении споров, связанных с нарушением прав пациентов при оказании медицинской помощи, могут сыграть третейские

суды.

Согласно Федеральному закону от 24 июля 2002 г. № 102-ФЗ «О третейских судах в Российской Федерации», если решение третейского суда не исполнено добровольно в установленный срок, то оно подлежит принудительному исполнению. Принудительное исполнение осуществляется по правилам исполнительного производства, действующим на момент исполнения решения третейского суда, на основе выданного компетентным судом исполнительного листа на принудительное исполнение решения третейского суда.

Кроме того, согласно ст. 134 ГПК РФ судья отказывает в принятии искового заявления в случае, если имеется ставшее обязательным для сторон и принятое по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям решение третейского суда за исключением случаев, если суд отказал в выдаче исполнительного листа на принудительное исполнение решения третейского суда.

Несмотря на значение всех указанных организаций в вопросах защиты прав населения в сфере охраны здоровья, ключевую роль в данном процессе должны сыграть общественные объединения, к которым относятся:

- ассоциации по защите прав пациентов;
- комиссии по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
- профессиональные медицинские ассоциации, в которые граждане могут обращаться с жалобами на их членов;
- общества по защите прав потребителей;
- профсоюзные органы.

Стоит отметить, что несмотря на значительные трудности, указанные организации сумели зарекомендовать себя как полноправные участники правоотношений в сфере охраны здоровья населения. В качестве примера приведем текст заявления, составленного юристами Лиги защитников пациентов.

Руководителю ООО «Ювидент»
г-ну Сидорову Ивану Петровичу
от Ложкиной Тамары Петровны

Претензия на сумму 12 075 р.

Около 6 мес назад у меня из 6-го правого нижнего зуба выпала пломба, зуб начал беспокоить. Для лечения я обратилась в Вашу клинику. На первичном осмотре врач А.А. Иванова предположила, что скорее всего зуб подлежит удалению, и рекомендовала обратиться в хирургический кабинет ООО «Ювидент». Мне сделали панорамный рентгеновский снимок, по результатам которого было показано удаление зуба. Операция, выполненная хирургом Б. Б. Грызловым, заняла 30 — 40 мин. Удаление, на мой взгляд, проходило достаточно грубо. Дома после прекращения действия анестезии я открыла рот и увидела, что сорвана пломба с соседнего зуба.

Я снова обратилась к А. А. Ивановой, она поставила пломбу, за которую пришлось заплатить 400 р.

Спустя день в лунке удаленного зуба появилось нагноение с наружной стороны, возникла боль, которая в последующие дни стала нарастать. Для облегчения боли я пользовалась аэрозолем «Ингалипт», но уже 14 апреля пришлось принимать сильный анальгетик Пенталгин.

Из-за усилившейся боли 16 апреля я была вынуждена отпроситься с работы на консультацию к Б.Б.Грызлову, который посмотрел на рентгеновский снимок и сказал, что боль не связана с процессом удаления, а возникла из-за гранулемы 5-го зуба. На мой вопрос о причине разрушения пломбы 7-го зуба врач ответил, что «эта пломба плохо держалась». Я поинтересовалась, почему мои жалобы не фиксируются в меди-

цинскую карту. Мне была дана рекомендация полоскать рот травяными настоями и дано направление на физиолечение по месту жительства.

После третьей физиопроцедуры боль уменьшилась, но к вечеру 29 апреля возобновилась, поэтому по совету фармацевта аптеки я купила олететрин. Прием которого вместе с использованием «Ингалипта» позволил снизить мои страдания на время майских праздников. После праздников я обратилась за консультацией непосредственно к Вам. Вы рекомендовали сделать повторный рентгеновский снимок и провести ревизию лунки у хирурга Б.Б.Грызлова. Вы заверили меня в его высокой квалификации и предупредили, что будете лично присутствовать на процедуре.

Вы не пришли к назначенному времени. Б.Б. Грызлов заявил, что нет смысла проводить ревизию лунки. Рентгеновский снимок сделан не был.

Я вынужденно обратилась в стоматологическую клинику «Омдент» 7 мая с жалобой на воспаление десны и боль. Посмотрев рентгеновский снимок, хирург А.В.Москвин удалил оттуда два осколка величиной 0,1 и 1,5 мм и поставил диагноз «очаговый остеомиелит нижней челюсти справа в области отсутствующего зуба». Он провел ревизию лунки 8 мая, в процессе которой были удалены еще два больших осколка зуба и один осколок челюстной кости, а также большое количество гноя. Ревизия продолжалась в течение 40 — 50 мин. Впоследствии высокое качество операции было подтверждено контрольным рентгеновским снимком. Врач назначил наблюдение.

С 9 по 21 мая у меня держалась температура 37,2 — 37,3 С. В.Москвин дал направление на физиолечение, после которого боль прекратилась.

При последнем посещении лечащего врача мне было рекомендовано сделать повторную операцию, чтобы выровнять десну в области поврежденной части челюсти.

Подвожу итоги:

- взятые Вами договорные обязательства по хирургическому удалению 6-го зуба выполнены ненадлежащим образом;
- врач Б.Б. Грызлов в процессе удаления зуба сорвал пломбу, но не поставил меня в известность и в нарушение ст. 31, 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан не проинформировал перед операцией о возможных последствиях хирургического вмешательства, тем самым нарушив мое право пациента. Кроме того, хирург должен знать о том, что при удалении возможно неполное изъятие осколков зуба, и с учетом моих жалоб должен был организовать рентген-диагностику;
- при первичном обращении медицинская документация установленной формы заполнена не была, что является нарушением обязательных для исполнения требований, предъявляемых для лицензионного вида деятельности;
- я вынуждена была нести материальные убытки для ликвидации последствий ненадлежащего оказания медицинской помощи, а также обращаться в юридическую консультацию по вопросу защиты прав потребителей;
- мне причинен моральный вред, заключающийся в физических страданиях из-за зубной боли и страха. Кроме того, пришлось неоднократно отпрашиваться с работы и выполнять свои профессиональные обязанности во вне рабочее время.

На основании ст. 12—15 Закона РФ «О защите прав потребителей» предлагаю вам в добровольном порядке:

- расторгнуть договор и вернуть мне 200 р. за удаление зуба;
- компенсировать мои убытки на сумму 1 455 р.:
- установление пломбы 400 р.;
- приобретение медикаментов: «Ингалипт» — 3 шт. по 43 р., олететрин — 2 шт. по 20 р., Пенталгин — 2 шт. по 43 р.;
- оплата операции в ООО «Омдент» — 450 р.;
- оплата консультаций юриста;
- выплатить стоимость предстоящей операции гингивэктомии в сумме 420 р.;
- возместить причиненный моральный вред, который я оцениваю в 10 000 р.

Предупреждаю Вас, что за каждый день просрочки исполнения требований свыше 10 дней с момента предъявления вам этой претензии Вы обязаны выплатить в добровольном порядке неустойку в размере 3% цены требований.

В случае отклонения претензии я буду вынуждена обратиться в суд с иском о защите прав потребителя. Суд также своим решением при удовлетворении иска может взыскать с вас штраф в бюджет в размере пены иска за несоблюдение добровольного порядка удовлетворения требований потребителя.

Напоминаю Вам также о том, что в адрес ООО «Ювидент» 7 мая 1999 г. уже составлялась претензия на действия хирурга Б.Б.Грызлова в связи с повреждением у пациента кости челюсти и тройничного нерва.

Ложкина Т. П.
12 июля 2001 г.

Большое число субъектов, участвующих в защите прав населения в сфере охраны здоровья и принадлежащих разным ведомствам и уровням власти, фактически приводит к значительному ослаблению такой деятельности, поэтому следует создать единые координационные советы субъектов РФ по обеспечению, в том числе юридическому, граждан в этом направлении. Данные советы должны работать по принципу «обращения в одно окно», позволяющему человеку получить необходимую защиту, минуя бюрократические препоны государственных и муниципальных организаций.

Остановимся более подробно на роли фондов ОМС и СМО в разбирательстве конфликтов между пациентами и ЛПУ или иными медицинскими организациями. В соответствии с Приказом Федерального фонда ОМС от 6 мая 1999 г. № 42 утверждена статистическая форма ведомственной отчетности № ПГ «Организация защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования», согласно которой проводится ежегодный анализ деятельности по защите прав пациентов в системе ОМС. Такая деятельность осуществляется во всех субъектах РФ.

Ежегодно в территориальные фонды ОМС, их филиалы и СМО от граждан поступает от 1,0 до 1,5 млн. обращений по различным аспектам защиты их прав. При этом по сравнению с 1996 г. в 2001 г. число обращений возросло в 40 раз (!). В последние годы их количество продолжает постоянно увеличиваться, что говорит о значительном росте правовой активности населения. Среди общего количества заявлений и жалоб признаются обоснованными лишь 55 — 65%. Этот показатель свидетельствует не столько о беспочвенности претензий, сколько о неспособности населения правильно сформулировать и обосновать свои требования. Данный фактор не только препятствует защите прав граждан в сфере медицинских услуг, но и создает дополнительную нагрузку на систему ОМС, рассматривающую ежегодно 35 — 45% необоснованных жалоб. В структуре обращений наибольшее количество составляют жалобы и заявления по вопросам обеспечения граждан страховыми медицинскими полисами ОМС и выбора ЛПУ в системе ОМС, а также в связи с недостатками в лекарственном обеспечении. Представленные показатели наглядно демонстрируют резервы в повышении качества медицинского обслуживания, поскольку более половины жалоб связано с решением организационных вопросов в деятельности фондов ОМС и СМО.

В настоящее время в субъектах РФ накоплен опыт осуществления практики внесудебной защиты. Из спорных требований, разрешенных во внесудебном порядке, они обычно удовлетворяются в 94 — 98 % случаев, их которых от 6,0 до 7,5 % — с материальным возмещением. Сумма возмещенного ущерба составляет в среднем около 20 млн. р. в год, однако чаще всего не превышает 1 000 р. на одно требование. Основными причинами предъявления требований, связанных с материальным возмещением, являются взимание денежных средств за услуги, оказанные в рамках ОМС, и недостатки в лекарственном обеспечении.

Что же считается сутью внесудебного разбирательства? Если попытаться дать более простой и краткий ответ, то она подразумевает попытку или стремление потерпевшей стороны удовлетворить свои требования без привлечения суда. Можно назвать три варианта подобного разрешения конфликта:

- в административном порядке путем совершения административно-командного действия, например властного предписания, приостановления действия лицензии, наложения штрафа;
- дисциплинарном порядке путем привлечения медицинского работника к дисциплинарной ответственности;
- гражданско-правовом порядке путем переговоров сторон о добровольном удовлетворении их материальных требований.

Если потерпевшая сторона не удовлетворена ходом внесудебного разбирательства или не желает договариваться с ответчиком без участия суда, она может разрешить конфликт в судебном (процессуальном) порядке.

Право на судебную защиту является одним из ключевых прав, предоставляемых Конституцией РФ. Суды являются последней инстанцией, которая должна разрешить правовой конфликт при отсутствии ожидаемой эффективности от самозащиты прав, а также защиты со стороны административных органов и общественных организаций.

Несмотря на ряд информационных сообщений в средствах массовой информации, связанных с необъективной деятельностью судей в РФ, население продолжает верить в судебную власть как в защитника справедливости и закона. Согласно данным Федерального фонда ОМС на территории РФ в судебном производстве ежегодно находится около 1 000 судебных дел, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Из них ежегодно рассматривается от 5 до 10 дел в среднем на один субъект РФ. Из всех судебных исков в целом по РФ они обычно удовлетворяются в 60 — 65 % случаев. Сумма возмещения ущерба по удовлетворенным судебным искам составляет в среднем около 3,5 млн. р. в год, в основном от 5 000 до 15 000 р. на один иск.

Основными причинами требований, разрешенных в судебном порядке, являются жалобы граждан, связанные с недостатками в лекарственном обеспечении и некачественным предоставлением медицинских услуг, а также взиманием денежных средств за медицинскую помощь, оказанную в рамках ОМС. В связи с этим необходимо указать, что судебное возмещение обычно превышает внесудебное, например, в 2000 г. — в 16,6 раз, а в 2001 г. — в 18,0 раз. Подобное положение дел в значительной степени стимулирует граждан удовлетворять свои требования в судебном порядке.

Таким образом, в РФ существует достаточно сложная и многогранная система защиты прав субъектов правоотношений в сфере охраны здоровья населения. В то же время полноценно защищать свои права может лишь юридически грамотный человек. Каждый участник рассматриваемых отношений должен знать свои права и обязанности, что позволит ему в полной мере воспользоваться преимуществами и избежать недостатков реально существующих правозащитных механизмов.

Контрольные вопросы:

1. Дайте характеристику механизмов разрешения конфликтов в сфере охраны здоровья граждан РФ.
2. Кто может участвовать при разбирательстве правовых конфликтов между ЛПУ и пациентами?
3. Какие организации могут участвовать в защите прав граждан в сфере охраны здоровья?
4. Какие основные положения необходимо учитывать ЛПУ при рассмотрении тек-

ста заявления истца в суд?

5. Какие варианты разрешения конфликтов могут возникать во внесудебном разбирательстве и чем они характеризуются?
6. Каковы результаты судебных исков по возмещению ущерба, причиненного пациенту в процессе его обращения в ЛПУ?

ГЛАВА 6

УЧАСТИЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ВО ВНЕСУДЕБНОЙ И СУДЕБНОЙ ЗАЩИТЕ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ

В целях изучения роли системы ОМС в защите прав населения при оказании медицинской помощи изучены и проанализированы жалобы пациентов и их родственников на недостаточный уровень качества медицинской помощи, поступившие в различные СМО. Далее приведены наиболее показательные случаи таких дефектов.

Случай 1. В апреле 2000 г. в СМО обратилась застрахованная гражданка Н. с претензией к ЛПУ на некачественную медицинскую помощь, оказанную при травме верхней конечности.

В декабре 1999 г. гражданка Н. поступила в хирургическое отделение одного из городских ЛПУ с диагнозом «закрытый перелом левого предплечья в нижней трети». Больную осмотрел дежурный врач, который ей наложил гипсовую лангету и назначил амбулаторное наблюдение у врача-хирурга с обязательным рентгенологическим исследованием. На рентгенограмме был выявлен перелом лучевой кости в нижней трети левого предплечья с угловым смещением. Через 2 недели наблюдения было отмечено, что гипсовая иммобилизация находится в удовлетворительном состоянии, жалобы у больной отсутствуют, диагноз подтвержден. В качестве лечения назначено сухое тепло на место перелома.

Через неделю после этого у пациентки впервые отметили парестезию III и IV пальцев. Еще через неделю гипс был снят, после чего осуществлен рентгенографический контроль места повреждения, на основании которого поставлен диагноз «вколоченный перелом левого луча в типичном месте». После осмотра невропатологом поставлен диагноз «посттравматическая невропатия левого срединного нерва». Больной было назначено лечение, направленное на восстановление функции конечности.

Через 7 недель со дня перелома клинико-экспертная комиссия (КЭК) поставила диагноз «неправильно сросшийся перелом левой лучевой кости в типичном месте с признаками консолидации». По результатам консультации травматолога назначено восстановительное лечение. Тем не менее, у больной отметили ограничение движения в левом лучезапястном суставе.

Спустя 2,5 мес КЭК ЛПУ определила, что функции захвата левой кисти восстановлены в полном объеме. В результате восстановления трудоспособности документ о временной нетрудоспособности был закрыт и больная выписана на работу.

После этого гражданка Н. обратилась в СМО с претензией на недостаточный уровень качества медицинской помощи, оказанной ЛПУ. Была проведена независимая экспертиза, которая признала обоснованность претензии. По заключению экспертизы технология лечения не была соблюдена. Больной не была проведена репозиция закрытого перелома левого предплечья согласно технологическим требованиям травматологии. На необходимость репозиции указывали результаты рентгенографии левого предплечья, так как наличие деформации лучевой кости предполагает проведение закрытой репозиции в течение первых 10 дней после травмы.

Страховая медицинская организация оказала юридическую помощь гражданке Н. в составлении искового заявления и суд о возмещении материального ущерба и морального вреда.

В марте 2001 г. судебное разбирательство закончилось в пользу истца. На основании вынесенного решения ЛПУ возместило ущерб в размере 2832 р., из которых 332 р. составила компенсация дорожных расходов, 1500 р. — компенсация морального вреда, 1000 р. было выплачено адвокату истца.

Случай 2. В феврале 2001 г. в СМО обратился застрахованный гражданин М. с претензией к ЛПУ о возмещении вреда. По мнению потерпевшего ему был нанесен ущерб в результате ошибочного введения препарата по вине медицинской сестры.

В результате внесудебного разбирательства была подтверждена ошибка во введении препарата медицинской сестрой по неосторожности. По требованию СМО потерпевшему выплатили денежную компенсацию в размере 3 000 р. На медсестру было наложено дисциплинарное взыскание — выговор за халатные действия.

Случай 3. В феврале 2001 г. гражданка К. обратилась в СМО с жалобой на некачественную медицинскую помощь, оказанную ее сыну одним из ЛПУ. Больной обратился за медицинской помощью в ЛПУ, однако не был госпитализирован. На следующий день он скончался от острой коронарной недостаточности.

В результате внесудебного разбирательства была установлена ошибка врача в сборе диагностических данных. В частности, оказался не полностью собранным анамнез жизни и заболевания, в результате чего врач выбрал неправильную тактику лечения больного, проявившуюся отказом ему в госпитализации.

По требованию СМО ЛПУ выплатило компенсацию матери умершего гражданина К. в размере 50 000 р.

Случай 4. В феврале 2001 г. гражданин С. обратился в СМО с жалобой на ЛПУ в связи с осложнением после оперативного лечения в травматологическом отделении больницы, которое привело его к инвалидности.

Пациент поступил в травматологическое отделение с диагнозом «закрытый перелом правой бедренной кости со смещением по ширине и длине». Была проведена операция и назначено необходимое терапевтическое лечение. В ходе лечения в области перелома произошло образование гематомы, которую своевременно не диагностировали, что вызвало развитие остеомиелита и в конечном итоге привело к инвалидности II группы.

На основании заявления потерпевшего была назначена независимая экспертиза, по результатам которой выявлены следующие недостатки лечебно-диагностического процесса:

- возникновение гематомы диагностировано несвоевременно;
- при наличии показаний не проведено полное раскрытие раны с ее санированием и дренированием.

Юрист СМО оказал пациенту помощь в составлении искового заявления для передачи его в суд, так как ЛПУ отказалось от рассмотрения жалобы и удовлетворения требований о возмещении вреда во внесудебном порядке по причине отсутствия средств. В дальнейшем иск гражданина С. был рассмотрен в суде.

Случай 5. В СМО обратился пациент М., 19 лет с претензией на качество оказанной ему медицинской помощи в больнице и поликлинике с предъявлением иска на возмещение причиненного материального и морального вреда в сумме 100 000 р. Суть претензии заключается в том, что больной лечился в двух ЛПУ по поводу закрытого перелома костей левой голени с 31 августа 1997 г. по 8 мая 1998 г. Итогом лечения стала выраженная деформация левой голени, атрофия мышцы бедра и голени, укорочение левой нижней конечности на 3 см, в результате чего 20 мая 1998 г. больной М. был признан инвалидом II группы.

По данному случаю СМО провело вневедомственную экспертизу качества медицинской помощи, которая выявила дефекты лечения и признала обоснованной жалобу М. С результатами и выводами экспертизы администрации лечебных учреждений согласились. Чтобы не доводить иск пациента М. до судебного разбирательства. СМО выступила в роли третейского суда между заявителем и администрациями ЛПУ в возмещении потерпевшему причиненного вреда.

В результате проведенных переговоров между сторонами было достигнуто соглашение, на основании которого гражданину М. возмещено в качестве компенсации

материального вреда 2 000 р., в качестве компенсации морального вреда 18 000 р., а также оплачено его восстановительное лечение в г. Москве на сумму 25 000 р.

Случай 6. В СМО поступила жалоба от гражданина Р., который лечился с 1 декабря 1997 г. по 20 января 1998 г. по поводу застарелого повреждения сухожилия сгибателей III пальца левой кисти в больнице, где ему была проведена восстановительная операция по пластике сухожилия. Исходом заболевания стала контрактура пальца, что повлияло на профессиональную пригодность пациента. Больному пришлось менять профессию с переобучением.

Вневедомственная экспертиза установила по данному случаю врачебные ошибки, повлиявшие на исход лечения. Жалоба на недостаточный уровень медицинской помощи признана обоснованной.

По результатам экспертизы гражданин Р. подал исковое заявление в суд на возмещение материального и морального вреда, причиненного ему в больнице в результате некачественного оказания медицинской помощи. Но после того как СМО выступила в роли третейского суда в разрешении данного конфликта, истец отозвал свое заявление из суда. В результате проведенных переговоров медицинское учреждение возместило гражданину Р. моральный и материальный вред в размере 4 000 р.

Случай 7. В стационар ЛПУ с химическим отравлением поступил гражданин Р. Через 10 дней лечения его состояние стало удовлетворительным, и лечащий врач назначил диагностическое исследование с помощью эзофагогастроскопии.

Во время эзофагогастроскопии произошла перфорация пищевода, при этом больной не был предупрежден о возможных опасных осложнениях, связанных с данной процедурой, а также не дал письменное согласие на медицинское вмешательство. В результате перфорации состояние гражданина Р. резко ухудшилось, он был переведен в реанимационное отделение, а затем направлен в областную больницу, где в результате операции ему полностью удалили нитевод. Однако спасти пациента не удалось — он умер.

Страховая медицинская организация провела экспертизу качества медицинской помощи и составила по просьбе родственников гражданина Р. исковое заявление, которое было передано в районный суд. В процессе нахождения дела на рассмотрении в суде родственники потерпевшего получали в СМО бесплатные юридические консультации.

Случай 8. В СМО с жалобами на участковых врачей обратилась мать пациента М. 34 лет, который в течение недели безрезультатно ходил на прием к участковому врачу с жалобами на высокую температуру (38,5 °С) и плохое самочувствие. Участковый врач поставил диагноз «острое респираторное заболевание» и выдал больничный лист. Через неделю больничный лист был закрыт, и больного выписали на работу. Однако состояние пациента резко ухудшилось, он потерял в массе, снова поднялась температура, и ему пришлось опять обратиться в поликлинику. Другой участковый врач выписал новый больничный лист и оставил те же назначения, однако улучшений в состоянии больного не наступило.

Родственники больного высказали беспокойство в связи с тем, что, несмотря на длительное отсутствие положительной динамики в ходе болезни, пациенту ни разу не назначили сдачу анализов и не направили к другим специалистам, в том числе к инфекционисту. По настоянию матери больного, в другом ЛПУ ему провели биохимическое обследование, по результатам которого его срочно госпитализировали в инфекционно-диагностическое отделение.

После проведенного обследования и лечения в инфекционном отделении больной М. был выписан с диагнозом «геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» на амбулаторное долечивание, после чего прошел курс реабилитационного лечения.

Службой защиты прав застрахованных СМО была проведена независимая экспертиза качества медицинской помощи, а также назначена внутриведомственная экс-

пертиза качества лечения в поликлинике. По результатам экспертизы определена основная причина несвоевременной диагностики и поздней госпитализации, а именно: атипичное течение геморрагической лихорадки.

За допущенные недостатки приказом по поликлинике на участковых врачей были наложены дисциплинарные взыскания. Данный случай рассмотрен на больничном совещании. Врачу-инфекционисту поликлиники поручено провести врачебную конференцию на тему «Геморрагические лихорадки».

Случай 9. Гражданин К. длительное время лечился у невропатолога в районной поликлинике и неоднократно лежал в стационаре. В СМО он обратился с жалобой на недостаточность лечения, которая, по ее мнению, препятствовала наступлению улучшения. Служба защиты прав пациентов СМО запросила медицинскую документацию (амбулаторную карту и историю болезни), которую тщательно проанализировали независимые эксперты. На основании результатов анализа был сделан вывод о том, что обследование и лечение больного проводилось в полном объеме согласно территориальной программе ОМС субъекта РФ. Медицинские назначения в части лекарственной и нелекарственной терапии назначались адекватно и своевременно. Врачебных ошибок не выявлено.

По рекомендации СМО и просьбе гражданина К. его осмотрел невропатолог диагностического центра областной больницы. Обратившийся был полностью удовлетворен.

Прицеленные случаи демонстрируют один из наиболее положительных аспектов деятельности СМО. Необходимо отметить, что защита ими прав граждан, связанных с оказанием медицинской помощи, носит комплексный характер и включает следующие мероприятия:

- прием и рассмотрение жалоб граждан на качество медицинской помощи;
- назначение или осуществление независимой экспертизы по фактам жалоб;
- установление обоснованности жалоб;
- содействие гражданам в определении объема требований по возмещению материального и морального вреда;
- проведение переговоров с руководством ЛПУ от имени граждан;
- внесудебное урегулирование конфликтов и выступление в роли третейского судьи;
- помощь гражданам в процессе судебных разбирательств;
- другая консультационно-юридическая помощь;
- моральная поддержка потерпевших.

В результате анализа деятельности СМО субъектов РФ можно сделать заключение о том, что они играют ведущую роль в защите прав застрахованных, которые были нарушены в процессе оказания медицинской помощи. При этом СМО нередко является единственной организацией, в которой граждане находят такую защиту. В то же время возмещение вреда, причиненного вследствие дефектов медицинской помощи, является многоуровневой проблемой, требующей совершенствования как деятельности здравоохранительной отрасли, так и судебной системы.

Граждане, требующие компенсации за медицинскую помощь, оказанную с различными дефектами, нередко сталкиваются с серьезными препятствиями, связанными либо с правовым нигилизмом руководителей здравоохранения, либо с объективным отсутствием у ЛПУ средств на возмещение причиненного вреда, либо с задержками в рассмотрении судебных дел, длящихся месяцами и даже годами. В данных ситуациях СМО, выступающие на стороне граждан, не всегда могут оказать им реальную помощь. Исходя из сказанного, становится очевидным, что врачебные ошибки и дефекты медицинской помощи являются межотраслевой проблемой, которая не может быть решена усилиями только одной системы здравоохранения, тем более отдельными СМО.

Контрольные вопросы:

1. В чем может проявляться участие СМО по защите прав пациенток в их повседневной деятельности?
2. Как осуществляется судебная защита прав застрахованных с участием СМО?
3. Может ли назначаться на основании заявления потерпевшего независимая экспертиза с участием СМО?
4. В каких случаях администрация ЛПУ может возместить потерпевшему причиненный вред на досудебном разбирательстве с участием СМО в роли третейского суда?
5. Когда наступает ответственность медицинских работников за возмещение ЛПУ вреда, причиненного ими пациенту?

ГЛАВА 7

СУДЕБНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО ПРАВОВЫХ КОНФЛИКТОВ

7.1. Основные принципы гражданского процесса.

Граждане, решившие обратиться в суд с целью защиты своих прав, нарушенных в процессе оказания медицинской помощи, должны учитывать ряд ключевых моментов.

Прежде чем обратиться в суд, потерпевший должен четко определиться, что он ждет в результате судебного разбирательства. Если его стремления направлены на наказание медицинского работника за противоправные действия, он может обратиться в прокуратуру с требованием возбудить уголовное дело (при наличии состава преступления). Если же он ставит задачу компенсации причиненного материального и/или морального вреда, ему необходимо направить в суд исковое требование. В принципе, можно совместить уголовное и гражданское разбирательство в одном процессе, что, как правило, значительно усложняет его ход.

Случай 1. В уголовном деле по обвинению врача-невропатолога Е. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 118 УК РФ, был заявлен гражданский иск гражданки Б. о взыскании расходов, связанных с причинением ей телесных повреждений, в сумме 500 000 р. и о компенсации морального вреда в размере 1 млн. р.

На судебном заседании установлено, что гражданка Б. обратилась в поликлинику с жалобой на боли в правой руке. Хирург вскрыл у пациентки флегмону. Через несколько дней у нее диагностировали остеохондроз в связи с болями в спине и назначили лечение, а затем направили к врачу-невропатологу.

Гражданка Б. 18 июня 1997 г. на приеме у врача-невропатолога Г. жаловалась на боли в спине, затрудненность дыхания, повышенную температуру тела. Врач осмотрел ее, но не выявил специфических признаков неврологического заболевания и не принял меры к госпитализации. В тот же день вечером, когда больную доставили в отделение скорой помощи центральной районной больницы, врач-невропатолог Е., несмотря на ухудшение ее самочувствия, не провел необходимое обследование, поставил неправильный диагноз «сублефит неясной патологии».

Неврологическое обследование 19 июля не проводилось, а 20 июля у пациентки произошел паралич нижних конечностей. Все тот же врач Е. диагностировал заболевание «миелит» (вместо заболевания «спинальный эпидурит»), что явилось причиной дальнейшей отсрочки необходимого оперативного лечения. Гражданка Б. 21 июля была госпитализирована в областную больницу, где ей была проведена операция по поводу острого гнойного метастатического эпидурита грудного отдела позвоночника с синдромом полного поперечного поражения спинного мозга. В настоящее время она является инвалидом I группы, имеет расстройства функций тазовых органов, нижняя часть туловища у нее полностью парализована.

В заключениях СМЭ г. Свердловска и комиссионной СМЭ Челябинского бюро СМЭ однозначно указали на причинную связь между неполным неврологическим обследованием, несвоевременной госпитализацией, неправильно поставленным диагнозом, ненадлежащим лечением в центральной районной больнице и нанесением тяжкого вреда здоровью гражданки Б. Вина подсудимого врача-невропатолога Г., подтверждена показаниями свидетелей, амбулаторной и медицинской картами, другими доказательствами.

Руководствуясь ст. 300 — 303 УПК РФ, суд приговорил: признать врача-невропатолога Е. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 118

УК РФ. Взыскать с центральной районной больницы в пользу гражданки Б. материальный ущерб в размере 54 040 р., в погашение морального вреда — 70 000 р., в остальной части иска отказать (М.А. Ковалевский, 2002).

Для того чтобы обратиться в суд с иском, необходимо четко сформулировать предмет и содержание своих требований. Без этого жалобы и общие пожелания о защите нарушенных прав не только не рассматриваются в суде, но даже не принимаются к рассмотрению. По общим правилам в исковом заявлении должны быть указаны конкретные права, которые были ущемлены, с указанием правовых актов, их предоставляющих, а также объем и характер требований, которые не должны выходить за рамки, установленные законом. Кроме того, в исковом заявлении должен быть четко указан ответчик (полное название и юридический адрес). При отсутствии хотя бы одного из указанных требований исковое заявление не принимается.

В настоящее время судебные дела рассматриваются в течение весьма большого времени. Встречаются случаи, когда судебные процессы растягиваются на несколько лет. Данная ситуация имеет прежде всего субъективные причины: чрезмерную перегруженность судов в целом и судей в частности, недисциплинированность сторон судебного процесса (иногда на судебное заседание не является сам истец), сложность в сборе доказательств. С целью решения указанных проблем введены институты мировых судей и судебных приставов. Эффективная работа данных учреждений позволяет значительно уменьшать сроки принятия и исполнения судебных решений. Тем не менее, при обращении в суд необходимо быть готовым к длительному рассмотрению дела и заранее учитывать свои возможности (поездки в суд, оплата услуг адвоката и т.д.).

Высокая сложность юридического сопровождения судебной тяжбы порождает необходимость в помощи юриста. На первом этапе такая помощь может выражаться в юридической консультации, однако в дальнейшем желательно полное юридическое сопровождение профессиональным адвокатом. Отсутствие юридической поддержки в суде грозит либо прекращением дела до его завершения, либо весьма незначительным объемом удовлетворения требований, особенно если ответчик сам воспользуется услугами юриста-профессионала. В уголовном процессе на стороне потерпевшего стоит государственный обвинитель (прокурор), что позволяет обойтись без юридических консультаций, однако если позволяют материальные возможности, сопровождение дела профессиональным юристом и в данном случае также весьма желательно.

Длительные сроки рассмотрения судебных дел, а также необходимость материальных затрат позволяют говорить о высокой степени нагрузки на истца. Также необходимо указать и на моральные переживания, связанные с необходимостью сообщения суду интимных подробностей своего здоровья, неприятных воспоминаний о получении увечья в процессе лечения или смерти близкого человека.

Одним из важнейших аспектов, связанных с судебным разбирательством, являются низкие суммы материальных и моральных компенсаций. Причем если величина материального ущерба имеет строгие методики расчетов, размер моральной компенсации суд устанавливает по своему усмотрению, исходя из существующей практики и своего понятия о справедливости. Кроме того, для определения объема компенсации суд принимает во внимание только факты, которые удалось доказать. Например, если истец подает требование о компенсации морального вреда (физические и нравственные страдания), он должен предоставить заключения специалистов соответствующего профиля о том, что такие страдания имели место, и доказательства, что они непосредственно связаны с действиями ответчика.

Случай 2. Гражданка З. обратилась за медицинской помощью к участковому педиатру территориального медицинского объединения г. Серпухова по поводу болезни своего сына, которому на момент болезни исполнился 1 год и 8 мес. Врач поставил диагноз «грипп» и назначил соответствующее лечение.

На 5-е сутки болезни у ребенка появились боли в животе, которые были расце-

нены участковым педиатром как проявление «острого живота». Ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение территориального медицинского объединения г. Серпухова. После наблюдения в течение 12 ч и проведения диагностической лапароскопии был установлен диагноз «катаральный аппендицит» и выполнена операция лапаротомии с аппендэктомией.

В течение последующих 2 сут записи об осмотре ребенка в истории болезни отсутствуют. На 4-е сутки послеоперационного периода после неоднократных настоятельных требований матери выполнено рентгенологическое исследование органов грудной клетки ребенка и установлен диагноз «острая правосторонняя сливная субтотальная пневмония». Гражданка З. отказалась от госпитализации сына и выполняла рекомендации по его лечению на дому.

Экспертизой, проведенной страховой компанией с привлечением независимого эксперта по специальности «детская хирургия», установлено ненадлежащее качество оказанной пациенту медицинской помощи. На основании заключения страховой медицинской компании гражданка З. обратилась в территориальное медицинское объединение г. Серпухова за возмещением материального и морального вреда, в чем ей было отказано. Это и послужило поводом для обращения в суд с гражданским иском о возмещении материального и морального вреда, причиненного в процессе оказания медицинской помощи.

Материалами экспертизы качества медицинской помощи и заключением СМЭ доказано следующее:

- операция аппендэктомии детям до 3 лет при наличии правосторонней пневмонии не проводится, хирург ошибочно сделал непоказанную (вредную) операцию;
- качество оказанной пациенту медицинской помощи признано ненадлежащим по признаку несвоевременной (поздней) диагностики острой правосторонней пневмонии;
- при оказании медицинской помощи нарушены требования ГК РФ, Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Закона РФ «О защите прав потребителей», а также по меньшей мере семи федеральных и региональных ведомственных правовых актов.

Сумма исковых требований в соответствии с положениями ст. 1085, 1087, 1092 и 1095 ГК РФ, ст. 14 Закона РФ «О защите прав потребителя», ст. 6 и 27 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и ст. 30, 66, 67 и 68 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, составила:

- возмещение материального ущерба, возникшего в результате неправомерных действий ответчика, в сумме 140 751 р. на компенсацию затрат на медикаменты для лечения в послеоперационном периоде, массаж, оплату нахождения в палате повышенной комфортности, диетическое питание, транспортные расходы, консультации специалистов и специальные лабораторно-инструментальные исследования, санаторно-курортное лечение;
- возмещение морального ущерба на основании ст. 151 и 1099 ГК РФ и ст. 15 Закона РФ «О защите прав потребителей», возникшего по вине ответчика в форме грубой неосторожности при оказании медицинских услуг, в размере 100 000 р.;
- возмещение судебных издержек.

Ответчик в своих возражениях на поданное исковое заявление указал, что объем и качество медицинской помощи, оказанной сыну гражданки З., соответствовали всем предъявляемым нормам. Однако представить суду иные доказательства, кроме свидетельских показаний врачей, не смог, как не смог и опровергнуть представленные истцей факты, а также результаты оценки качества медицинской помощи и выводы СМЭ.

На судебном заседании было установлено несколько фактов:

- грубое нарушение методики физикального осмотра и обследования ребенка лечащим хирургом и заведующим отделением, которые не только не проводили выслушивания дыхания пациента, не осматривали ее зев, но на вопрос о результатах аускультации па-

писта заявили: «Мы — хирурги, мы живот смотрим!»).

- грубое нарушение законодательства о невыполнении оперативного вмешательства без добровольного информированного согласия родителей пациента на операцию. Бланк с формализованным текстом согласия был представлен не лечащим хирургом, а операционной медицинской сестрой в тот момент, когда папист уже находился в состоянии общей анестезии. Мать ребенка категорически отказалась его подписывать. Бланк подписан неуполномоченным лицом — бабушкой мальчика, которая не является законным представителем несовершеннолетнего.

- нарушение функциональных обязанностей анестезиологом, который, проигнорировав необходимость беседы с родителями, использовал для выполнения общей анестезии ряд фармакологических препаратов, противопоказанных для применения вследствие имевшейся сопутствующей патологии.

- нарушение ряда обычно предъявляемых в медицинской практике требований, необходимость выполнения которых закреплена ст. 309 ГК РФ при оказании медицинской помощи.

В результате судебного разбирательства Серпуховской городской суд Московской области вынес решение о частичном удовлетворении исковых требований гражданки З. в отношении взыскания компенсации материального и морального ущерба, причиненного истце территориальным медицинским объединением г. Серпухова оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества ее сыну — проведением хирургической операции без добровольного информированного согласия родителей пациента на операцию, проведением операции без клинических показаний, в том числе в счет возмещения материального вреда 847 р. 49 к., в счет возмещения морального вреда 7 000 р., расходы по оплате представителя 1000 р. (А.А. Старченко, М.Ю. Фуркал, Г.А. Кочергина, Т.И. Прилукова, 2003).

Поскольку в настоящее время основным инструментом защиты нарушенных нрав граждан в сфере охраны здоровья является гражданский (исковый) процесс, рассмотрим понятие и сущность гражданского судопроизводства.

В соответствии со ст. 22 ГПК РФ под исковым производством понимается урегулированная нормами гражданского процессуального права деятельность суда по рассмотрению и разрешению споров с участием граждан, организаций, органов государственной власти, органов местного самоуправления о защите нарушенных или оспариваемых прав, свобод и законных интересов, возникающих из гражданских, семейных, трудовых, жилищных, земельных, экологических и иных правоотношений.

Исходя из сказанного, в основе искового производства лежит гражданско-правовой спор по поводу наличия или отсутствия нарушенного (спорного) субъективного права либо охраняемого законом интереса. Для искового производства характерно:

- равноправие субъектов спора — отсутствие между ними отношений власти и подчинения;
- наличие субъективного права в качестве предмета защиты;
- осуществление процессуальной деятельности в исковом производстве в целях защиты субъективного права способами, предусмотренными законом.

На основании ст. 12 ГК РФ защита гражданских прав осуществляется путем:

- признания права;
- восстановления положения, существовавшего до нарушения права, и пресечения действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения;
- признания оспоримой сделки недействительной и применения последствий ее недействительности, применения последствий недействительности ничтожной сделки;
- признания недействительным акта государственного органа или органа местного самоуправления;
- самозащиты права;

- присуждения к исполнению обязанности в натуре;
- возмещения убытков и взыскания неустойки;
- компенсации морального вреда;
- прекращения или изменения правоотношения;
- неприменения судом акта государственного органа или органа местного самоуправления, противоречащего закону;
- иных способов, предусмотренных законом.

Иск является средством судебной защиты, т.е. обращением заинтересованного лица к суду с просьбой о разрешении правового конфликта в целях защиты субъективного права или охраняемого законом интереса. Предъявление искового заявления является основанием для возбуждения искового производства. Рассмотрим пример искового заявления о компенсации морального вреда (А.В. Тихомиров, 1996).

В суд...
Истец: ...
Адрес: ...
Ответчик: ...
Адрес: ...

Исковое заявление о компенсации морального вреда

«...» 200 I. ответчик совершил в отношении меня неправомерное действие (проявил неправомерное бездействие), заключающееся в том, что

Указанным действием (бездействием) было нарушено принадлежащее мне неимущественное право (был причинен ущерб принадлежащему мне нематериальному благу), что причинило мне физические страдания, заключающиеся в претерпевании мной (боли, головокружения, тошноты и т.п.), и нравственные страдания, заключающиеся в претерпевании мной (страха, обиды, разочарования, горя, чувства утраты и т.п.).

Претерпевание мной указанных страданий подтверждается следующими доказательствами:

Следующие фактические обстоятельства, при которых мне был причинен моральный вред, повысили степень моих страданий:

Я обладаю следующими индивидуальными особенностями, которые повысили степень перенесенных мною страданий:

Наличие этих особенностей подтверждается следующими доказательствами

По моему мнению, причиненный мне ответчиком моральный вред будет компенсирован в случае выплаты мне ответчиком денежной компенсации в размере ... р.

В соответствии со ст. 151 ГК РФ прошу взыскать с ответчика указанную денежную компенсацию причиненного мне морального вреда.

Приложение.

Упомянутые по тексту искового заявления письменные доказательства (справки, акты экспертизы и т.д.).

Копия искового заявления для ответчика.

Квитанция об уплате госпошлины (если необходима).

Дата Подпись

Для лица, решившего обратиться в суд с иском, достаточно важно понимать значение предмета иска и оснований для его выдвижения. В соответствии с п. 4 ч. 2 ст. 131 ГПК РФ истец должен указать в исковом заявлении, что он требует от

ответчика. Исходя из этого, предметом иска называется то, относительно чего истец просит суд вынести решение, т.е. конкретное материально-правовое требование, которое он предъявил к ответчику, например о компенсации материального и морального вреда. Размер требований, выраженный в денежном эквиваленте, называется ценой иска.

Основание иска — это совокупность юридических фактов и правовых норм, в соответствии с которыми суд устанавливает наличие у истца права на полное или частичное удовлетворение его требований (п. 5 ч. 2 ст. 131 ГПК РФ). Выделение предмета и основания иска помогают ответчику определить, что ждет от него истец и на чем основываются эти ожидания. Кроме того, зная каковы предмет и основание иска, можно правильно установить границы судебного разбирательства. Рассмотрим на примере изложение основания риска (М.А.Ковалевский, 2002; А.А. Старченко, 2002).

Исковое заявление
о возмещении материального и морального ущерба
в связи с оказанием медицинской помощи
ненадлежащего качества

Я поступила на лечение и медико-санитарную часть г. Снежногорска с диагнозом «хронический холецистит» 22 апреля 2000 г. Мне порекомендовали удалить камни в желчном пузыре, пояснив при этом, что операция несложная. О последствиях этой операции мне никто не говорил и не предупреждал.

Мне провел операцию врач В. 6 мая 2000 г. Однако после операции я очень плохо себя чувствовала: были сильные боли в животе, раздулся живот, я не могла встать. Лечение проводили 17 дней, вводили наркотики, чтобы как-то облегчить боль, вновь положили в реанимацию, но улучшений не наступило, лицо стало желтеть. Врачи сказали, что желчь поступает в кровь, и предложили мне полостную операцию, которая была проведена 22 мая 2000 г. В результате оказалось, что был поврежден желчный проток и желчь поступила в брюшную полость, что и вызвало страшные боли и муки, а впоследствии привело к тому, что я приобрела хроническое заболевание печени. В результате я была выписана из больницы 17 июня 2000 г. с двумя дренажами, похудевшей на 20 кг с истощенным организмом и непрекращающимися болями в правом подребье.

Таким образом, я считаю, что ответчик своими действиями нарушил следующие положения российского законодательства:

- требования ст. 4 и 7 Закона РФ «О защите прав потребителей», предполагающие оказание услуг соответствующего стандартам качества и безопасных для здоровья и жизни;
- п. 1 ст. 30 Основ, гарантирующий право пациента на гуманное отношение медицинского персонала — вопреки чему ответчиком выполнена (не выполнено)...;
- п. 5 ст. 30 Основ, гарантирующий облегчение боли пациенту, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами — вопреки чему ответчиком выполнена (не выполнено)...;
- п. 7 ст. 30 Основ, предписывающий обязательное получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- ст. 58 Основ, предписывающую лечащему врачу организовать своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента. Нарушены государственные стандарты оказания медицинской помощи, введенные в действие приказами Минздрава России. Факты указанного нарушения подтверждены актами экспертизы страховой компании и обычаями медицинской профессиональной практики;
- п. 4 ст. 30 Основ, который дает право пациенту на «проведение по его просьбе конси-

лиума и консультаций других специалистов» (если не была выполнена);

- ст. 58 Основ, которая обязывает лечащего врача по требованию больного или его законного представителя пригласить консультантов и организовать консилиум (если не была выполнена);

- требования других нормативных актов — постановлений, приказов, инструкций, методических указаний и рекомендаций, информационных и инструктивных писем Правительства РФ, Минздрава России, Российской академии медицинских наук, Федерального фонда ОМС и других ведомств (приводятся названия и номера).

Таким образом, сотрудники учреждения здравоохранения проигнорировали требования законов РФ и федеральных законов, нормативных актов, обычаев делового оборота и иные обычно предъявляемые требования (кратко перечисляются).

Следовательно, ответчик, допустив многочисленные нарушения вышеуказанных нормативных документов, причинил:

- физический вред в форме длительного болезненного страдания вследствие поздней диагностики (или иное);

- материальный вред в форме затрат на лечение и реабилитацию;

- моральный вред, выразившийся, во-первых, в нравственных страданиях — обида от нарушения права на информированное согласие, возмущение от грубого попрания права на консилиум, чувство страха и переживания за свою жизнь, страх перед будущими болезнями, бессонница, возмущение от общения с руководством ЛПУ, слезы практически весь период болезни, беспокойство и переживания по поводу развития осложнений; во-вторых, в физических страданиях — боли в области операционной раны, чувство дурноты, тошноты, состояния, близкого к обмороку, головокружения и т.д.

Далее приводят предмет иска.

Исходя из сказанного, прошу суд:

- возместить материальный ущерб, возникший в результате неправомерных действий ответчика, в сумме ... р. для компенсации затрат: на медикаменты для лечения в послеоперационном периоде (... р.), специальное диетическое питание (... р.) согласно ст. 1085 ГК РФ, транспортные расходы (.... р.), консультация в других учреждениях (... р.).

- будущее лечение в (указать где) ... р. согласно ч. 2 ст. 1092 ГК РФ;

- будущую реабилитацию в санатории ... р. согласно ч. 2 ст. 1092 ГК РФ;

- возместить моральный ущерб на основании ст. 151 и 1099 ГК РФ и ст. 15 Закона РФ «О защите прав потребителей», возникший по вине ответчика в форме грубой неосторожности при оказании медицинских услуг, в размере ... р.;

- изыскать с ответчика судебные издержки, включая оплату услуг защитника, адвоката ... р. (копия корешка приходно-расходного ордера).

Приложение.

Упомянутые по тексту искового заявления письменные доказательства (справки, акты экспертизы и т.д.).

Копия искового заявления для ответчика.

Квитанция об уплате госпошлины (если необходима).

Дата Подпись

После того как иск заявлен, истец в соответствии со ст. 39 ГПК РФ может увеличить или уменьшить исковые требования. Он вправе также изменить предмет иска в целом. В процессе производства дела в суде первой инстанции основание иска также может быть изменено истцом. Заявление истца об изменении им предмета или основания иска должно быть отражено в протоколе судебного заседания. Одновременная за-

мена предмета и основания иска фактически означает предъявление нового искового требования.

Право на предъявление иска — это право на правосудие по конкретному гражданскому делу. Субъектами права на предъявление иска являются российские граждане и организации, Российская Федерация, субъекты РФ, муниципальные образования, а также иностранные граждане, лица без гражданства, иностранные и международные организации (ст. 3 и 398 ГПК РФ).

Согласно ст. 45 ГПК РФ в защиту прав, свобод и законных интересов граждан, а также неопределенного круга лиц с заявлением в суд вправе обратиться прокурор.

Предъявление иска прокурором в защиту чужих интересов обусловлено содержанием его полномочий, о которых говорится в ст. 35 Закона РФ «О прокуратуре Российской Федерации», в соответствии с которой в случае нарушения нрав и свобод человека и гражданина, защищаемых в порядке гражданского судопроизводства, когда пострадавший по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может лично отстаивать в суде свои права и свободы или когда нарушены права и свободы значительного числа граждан либо в силу иных обстоятельств нарушение приобрело особое общественное значение, прокурор предъявляет и поддерживает в суде иск в интересах пострадавших.

Возникновение и существование права на предъявление иска обусловлено определенными законом обстоятельствами, которые в теории гражданского процессуального права называют предпосылками. Общими предпосылками права на предъявление иска являются:

- отсутствие вступившего в законную силу судебного решения, вынесенного по тождественному делу (п. 2 ч. 1 ст. 134 ГПК РФ). Эта предпосылка вытекает из действующего в российском процессуальном праве правила о недопустимости вторичного предъявления иска и разрешения его по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- отсутствие в производстве суда (в том числе третейского) тождественного дела (п. 5 ч. 2 ст. 135 ГПК РФ);
- отсутствие обязательного для сторон и принятого по тождественному делу решения третейского суда за исключением случаев, если суд отказал в выдаче исполнительного листа на принудительное исполнение решения третейского суда (п. 3 ч. 1 ст. 134 ГПК РФ).

Согласно существующим правилам иск к физическому лицу предъявляется в суде по месту жительства ответчика, к юридическому — по месту нахождения юридического лица (ст. 28 ГПК РФ). Иски о возмещении вреда, причиненного увечьем или иным повреждением здоровья, а также смертью кормильца, могут предъявляться истцом также по месту его жительства или по месту причинения вреда (ч. 5 ст. 129 ГПК РФ).

Исковое заявление подается в суд в письменной форме и должно включать в обязательном порядке (ст. 131 ГПК РФ):

- наименование суда, в который подается заявление;
- наименование истца, его место жительства или, если истцом является организация, ее место нахождения, а также наименование представителя и его адрес, если заявление подается представителем;
- наименование ответчика, его место жительства или, если ответчиком является организация, ее место нахождения;
- в чем заключается нарушение либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов истца и его требования;
- обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства;
- цена иска, если он подлежит оценке, а также расчет взыскиваемых или оспариваемых

денежных сумм;

- сведения о соблюдении досудебного порядка обращения к ответчику, если это установлено федеральным законом или предусмотрено договором сторон;
- перечень прилагаемых к заявлению документов.

Рассмотрим образец искового заявления (О.В. Леонтьев, 2002).

В Федеральный суд Невского района
Санкт-Петербурга
Истец: Иванов Иван Иванович (адрес)
Ответчик: Городская больница № 450
(полное наименование организации, адрес)

Исковое заявление

(существо требований по иску, например о возмещении вреда, причиненного здоровью, и морального вреда)

Я был госпитализирован в городскую больницу № 450 по поводу острого аппендицита 4 июля 1990 г. После проведенной операции наступило осложнение в виде локального перитонита из-за оставленной в месте операции хирургом А. А. Петровым марлевой салфетки, в результате чего я перенес еще три операции. Медицинским персоналом больницы были нарушены мои права на получение качественной медицинской услуги. Мне были причинены физические и нравственные страдания, выражающиеся в нестерпимых болях, неудобствах, связанных с последующим лечением, и по этой причине потерей места работы.

Таким образом, в связи с проведением некачественной операции в клинике Ответчика мне были причинены физические и нравственные страдания из-за многочисленных госпитализаций и операций, а также неудобства, связанные с постоянными гнойными выделениями из раны и необходимостью дальнейшего лечения.

В соответствии со ст. 151, 1085, 1099-1101 ГК РФ прошу суд:

- взыскать с Ответчика в мою пользу в возмещение причиненного морального вреда единовременно 60 000 р.;
- взыскать с Ответчика в мою пользу оплату консультации по поводу заболевания в размере 256 р.;
- назначить СМЭ по определению степени причиненного вреда здоровью и процента утраты общей и профессиональной трудоспособности;
- истребовать медицинские документы: медицинскую карту № 766 стационарного больного городской больницы № 450; медицинскую карту № 988 стационарного больного городской больницы № 450; медицинскую карту № 825 стационарного больного городской больницы № 450.

Прошу суд освободить меня от судебных расходов в пользу государства на основании ГК РФ.

Приложение.

Копия искового заявления.

Консультативное комиссионное судебно-медицинское заключение от 28 октября 1999 г. № 12.

Квитанции об оплате лечения и юридических услуг — 2 шт.

Расчет исковых требований.

Квитанция об отсылке копии искового заявления Ответчику.

Дата Подпись

Заявление подписывает истец или его представитель. К исковому заявлению, поданному представителем, должна быть приложена доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия представителя.

Главным принципом судебного разбирательства является состязательность. Стороны доказывают свою правоту, используя следующие средства:

- материальные доказательства (документы, аудио- и видеозаписи, вещественные доказательства);
- показания свидетелей;
- заключения экспертов.

Случай 3. Гражданка К. обратилась в суд с иском к центральной районной больнице о компенсации нанесенного ей морального вреда в сумме 150 000 р. и расходов, связанных с похоронами дочери, умершей по вине врачей больницы, в сумме 4 700 р.

На судебном заседании было установлено, что 3 марта 1999 г. дочь К. была госпитализирована в центральную районную больницу для оперативного лечения с диагнозом «быстрорастущая фибромиома матки больших размеров». На следующий день врач-гинеколог Л. ей провел операцию. Несмотря на резкие боли в животе и подреберье после операции, лишь 8 марта были вызваны консультанты Екатеринбургского центра медицины катастроф, и больной поставили диагноз «перфоративная язва пилорического отдела желудка; разлитой гнойный перитонит, терминальная фаза; полиорганная недостаточность». Несмотря на все последующие меры, предпринятые врачами, включая проведение еще двух операций, 14 марта дочь К. умерла. Ответчик иска не признал.

Закрытое акционерное общество «Страховая компания «Мединком» (г. Екатеринбург) провело экспертизу (с привлечением двух независимых специалистов) медицинской документации по факту лечения дочери К. В заключении было отмечено, что предоперационное обследование больной было недостаточным, показания к операционному вмешательству не оформлены надлежащим образом, прогрессирующее ухудшение состояния больной в послеоперационный период оценено врачами больницы неадекватно.

Из заключения комиссионной СМЭ следовало, что лечащий врач не проводил диагностику возможных осложнений, хотя ему было известно о наличии язвенной болезни у пациентки; не сделано гистологическое исследование во время операции; в истории болезни отсутствует описание осложнения в ходе операции; не использованы все методы для диагностики и предотвращения послеоперационных осложнений.

Суд пришел к выводу, что смерть дочери К. наступила по объективным и субъективным причинам. Он охарактеризовал требования К. в част возмещения материальных затрат как обоснованные и подлежащие удовлетворению в полном объеме. Требование К. о компенсации морального вреда суд удовлетворил частично, принимая во внимание степень вины ответчика, финансовое положение больницы, ее реальные возможности для компенсации, размер государственной пенсии по случаю потери кормильца, назначенной внучке К.

Руководствуясь ст. 192. 197 ГПК РФ, суд решил взыскать с центральной районной больницы в пользу К. расходы, связанные с организацией похорон, ритуальными услугами, установкой памятника и ограды, в сумме 4 700 р., а также компенсацию морального вреда в сумме 10 000 р. (М.А. Ковалевский, 2002).

Особенностью судебного разбирательства в исковом производстве является презумпции вины, т.е. необходимость ответчика доказывать свою невиновность. Поэтому так же, как и истец, ответчик имеет право на судебную защиту. Совокупность процессуальных средств, которые законом предоставлены ответчику для защиты своих субъективных прав и законных интересов, называется защитой против иска. К таким средствам относятся процессуальные возражения, материально-правовые возражения и встречный иск.

Процессуальные возражения — это заявления (объяснения) ответчика, которые указывают на отсутствие законных оснований для возникновения и движения процесса. Процессуальные возражения называют также процессуальной защитой или процессуальными отводами.

Согласно ст. 16 и IX ГПК РФ любая из сторон вправе потребовать отвода судьи, прокурора, участвующего в заседании или эксперта, если они:

- при предыдущем рассмотрении дела участвовали в нем в качестве прокурора, секретаря судебного заседания, представителя, свидетеля, эксперта, специалист или переводчика;
- являются родственниками или свойственниками кого-либо из лиц, участвующих в деле, либо их представителей;
- лично, прямо или косвенно заинтересованы в исходе дела либо имеются иные обстоятельства, вызывающие сомнение в их объективности и беспристрастности.

Кроме того, эксперт не может участвовать в рассмотрении дела, если он находился либо находится в служебной или иной зависимости от кого-либо из лиц, участвующих в деле, в том числе их представителей.

Материально-правовые возражения возникают в тех случаях, когда, защищаясь против иска, ответчик стремится опровергнуть исковое требование по существу в виде отрицания или мотивированного возражения. Если ответчик, защищаясь против иска, использует мотивированное возражение, он приводит в своих объяснениях юридические факты, которые, по его мнению, способны парализовать исковое требование. Рассмотрим пример искового заявления о возмещении морального вреда и ответа ответчика на исковое заявление (А.В. Тихомиров, 2002).

Исковое заявление о возмещении морального вреда

Я заключила договор на проведение платного аборта с Центром планирования семьи при роддоме 13 марта 1998 г. и уплатила по квитанции 340 р.

Проводившая операцию врач С. ненадлежащим образом выполнила профессиональные обязанности, допустила прободение стенки матки и, не убедившись в благополучном исходе операции, выписала меня из медицинского учреждения.

По вине Центра планирования семьи 14 марта 1998 г. я была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии в центральную городскую больницу, где потеряла сознание и была срочно повторно прооперирована врачом В.. благодаря которой осталась жива. Операция включала вскрытие и промывание от крови брюшной полости, ушивание ран матки, брюшины и др. Имелась реальная угроза для моей жизни.

Я считаю, что Центр планирования семьи при роддоме не выполнил условия договора, нарушил мои личные неимущественные права, причинил вред моему здоровью. По вине Центра мне нанесен моральный вред, выразившийся в физических и нравственных страданиях, перенесенных мучительных болях с повторной операцией, бессонных ночах, переживаниях за свою жизнь, здоровье, переживаниях в связи с расходами на оплату лекарств, усиленное питание, на оплату проезда срочно вызванных из Сыктывкара матери и сестры, переживаниях за судьбу оставшегося дома пятимесячного сына.

Центр планирования семьи отказался добровольно урегулировать вопрос с возмещением мне морального вреда.

Причиненный мне моральный вред я оцениваю в 100 000 р.

На основании ст. 151, 1068 ГК. РФ прошу взыскать с Центра планирования семьи при роддоме компенсацию морального вреда в сумме 100 000 (сто тысяч) р.

Отзыв ответчика на исковое заявление

Ответчиком иск не может быть признан по нескольким основаниям.

1. Ответчик надлежащим образом исполнил договорные обязательства перед истцей. Между ответчиком и истцей согласно требованиям п.1 ст.16 ГК РФ был заключен письменный договор, в соответствии с которым ответчик обеспечил пациенту (истце) качественную и квалифицированную помощь при строгом соблюдении санитарно-гигиенического режима выдал документ, подтверждающий прием наличных денег за оказание платной медицинской услуги. Предметом названного договора являлось доведение миниаборта, который был выполнен в полном соответствии Инструкцией о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации, утвержденной приказом Минздрава СССР от 5 июня 1987 г. № 757.

2. Ответчик не приобрел внедоговорных обязательств перед истцей. Ответчик не нарушил какого бы то ни было права истицы. Принятые ответчиком обязательства исполнены в соответствии с п. 1 ст. 401 ГК РФ при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям проведения аборта, ответчик предпринял все меры для надлежащего исполнения обязательства. В действиях ответчика в отношении истины не содержалось признаков причинения вреда ее законным интересам, в силу чего у истины не возникло права требования от ответчика возмещения какого бы то ни было вреда.

3. Действия ответчика в отношении истицы не нарушили предписание или запрет, установленный нормами объективного права. Ответчиком осуществлены правомерные действия, соответствующие требованиям закона и волеизъявлению истицы, и ответчик не является тем лицом, которое закон рассматривает как причинителя вреда и действия которого закон квалифицирует как противоправные.

Настоящий спор не является случаем, в котором вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению, поскольку закон не содержит применимой нормы. По той же причине обязанность возмещения вреда не может быть возложена на ответчика как на лицо, хотя и не являющееся причинителем вреда, но обязанное его возместить по закону.

Иных корреспондирующих положений ни в ст. 1064 ГК РФ, ни в иных нормах кодексов или других законов не имеется.

4. Причинно-следственная связь между действиями ответчика и наступлением обстоятельств, легших в основание иска, отсутствует.

Если истица полагает, что ей причинены нравственные и физические страдания, выразившиеся в «перенесенных мучительных болях с повторной операцией, бессонных ночах, переживаниях за свою жизнь, за свое здоровье, в переживаниях в связи с расходами на оплату лекарств, усиленное питание, на оплату проезда срочно вызванных из г. Сыктывкара матери и сестры, в переживаниях за судьбу оставшегося дома пятимесячного сына», то они взаимосвязаны с фактом причинения ранения матки, а не с персоналиями предполагаемого причинителя (если только истица не ассоциирует ответчика с образом врага).

Действия же ответчика и фактически, и хронологически отстоят от факта причинения истце ранения матки и лишены какой бы то ни было взаимосвязи с ним.

5. Вина ответчика в наступлении обстоятельств, послуживших основанием иска, отсутствует. Предполагая предпринять все возможное для надлежащего исполнения договорных обязательств, ответчик нуждался в ответном со стороны истины намерении. Истца с этим согласилась, приняв договорные условия о своих обязательствах находиться под наблюдением врача-гинеколога, строго выполнять рекомендации врачей-специалистов, выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, что засвиде-

тельствовала своей подписью на договоре.

Вместо этого истица покинула стационар ответчика через час после проведения миниаборта, основываясь на наличных мотивах, а не на медицинских показаниях к выписке. Не имея правовых оснований удерживать истицу, ответчик констатировал факт ее выписки, хотя это исключило последующее нахождение истины под врачебным наблюдением, как это установлено договором. При этом ответчик не самоустранился и не выражал намерения самоустраниться от помощи истице в случае, взаимосвязанном с фактом оказания ей платной медицинской услуги.

Однако после выписки из стационара ответчика истица не обратилась за медицинской помощью, хотя если бы что-то вызывало беспокойство на протяжении более суток, время для этого было.

Таким образом, не опровергая факта причинения вреда законным интересам истины, ответчик утверждает, что не имеет к этому факту касательства, а потому не может согласиться с обращенными к нему требованиями истицы о компенсации морального вреда.

В связи с изложенным ответчик просит суд оставить иск без удовлетворения.

Встречным иском является самостоятельное материально-правовое требование ответчика к истцу, заявленное в возникшем процессе для совместного рассмотрения с первоначальным иском в целях защиты своих интересов. Суд принимает встречное требование к рассмотрению при выполнении следующих условий (ст. 138 ГПК РФ):

- встречное требование направлено к зачету первоначального требования;
- удовлетворение встречного иска исключает полностью или в части удовлетворение первоначального иска;
- между встречным и первоначальным исками имеется взаимная связь и их совместное рассмотрение приведет к более быстрому и правильному рассмотрению споров.

Так же как истец может отказаться от иска, ответчик может признать иск. Признание иска, принятое судом, влечет вынесение положительного для истца решения, т.е. решения об удовлетворении иска, кроме случаев, когда признание ответчиком иска противоречит закону и нарушает права других лиц (ст. 39 ГПК РФ).

Случай 4. Гражданка С. предъявила иск к центральной районной больнице о возмещении вреда, причиненного здоровью, в сумме 728 р. (приобретение лекарств на лечение), компенсации морального вреда в размере 50 000 р. и оплате услуг адвоката в сумме 500 р.

Рассмотрев в судебном заседании гражданское дело, суд установил, что в августе 1998 г. гражданка С. обратилась в больницу с просьбой поставить ей внутриматочный контрацептив (маточную спираль). Указанную операцию неправильно провел врач-гинеколог З. Здоровью пациентки был причинен тяжкий вред в виде сквозного повреждения матки и одного мочеточника. Поскольку ошибка не была диагностирована и вместе с маточной спиралью занесена инфекция, у гражданки С. возникло заболевание брюшной полости. В связи с этим она несколько раз обращалась для лечения в центральную районную больницу, а затем была направлена в областную клиническую больницу на стационарное лечение (где внутриматочный контрацептив был удален).

Гражданка С. испытала физические и нравственные страдания: длительное время лечилась, отнимала грудного ребенка от естественного вскармливания грудью, все заботы по дому и уходу за ребенком были перенесены на мужа.

В суде факт причинения вреда здоровью гражданки С. был доказан заключением комиссионной СМЭ, показаниями свидетелей-врачей центральной районной больницы, медицинскими документами (выпиской из истории болезни; справками областной больницы, подтверждающими нахождение пациентки на лечении и проведение ей операции по удалению внутриматочного контрацептива из брюшной полости; удостоверением инвалида II группы на имя гражданки С., датированным 2 февраля 2000 г.). Расходы на лечение подтверждены чеками на приобретение лекарств. Представитель от-

ветчика предъявленные требования признал.

Суд посчитал исковые требования законными и обоснованными. Вместе с тем при определении размера компенсации морального вреда суд принял во внимание степень вины ответчика, его финансовое положение и реальные возможности больницы по компенсации вреда и удовлетворил иск частично.

Руководствуясь ст. 191 и 197 ГПК РФ, суд решил взыскать с центральной районной больницы в пользу гражданки С. сумму 8 539 р., в том числе 3 000 р. за причиненный вред здоровью, 5 000 р. за компенсацию морального вреда, 500 р. за возмещение расходов за услуги, оказанные адвокатом, 39 р. за судебные расходы.

Решение не было обжаловано и вступило в законную силу (М.А. Ковалевский, 2002).

В процессе судебного разбирательства стороны могут пойти на мировое соглашение, под которым понимают волеизъявление сторон, направленное на достижение определенности в отношениях между ними в целях окончания процесса путем самоурегулирования правового конфликта. Таким образом, мировое соглашение представляет собой добровольное урегулирование сторонами возникшего между ними правового спора.

Решение, вынесенное судом в результате гражданско-процессуального разбирательства, оформляется в виде исполнительного листа и передается взыскателю (истцу). Если должник (ответчик) не выполняет решение суда в добровольном порядке, защиту интересов взыскателя осуществляет служба судебных исполнителей (приставов).

В соответствии с Федеральным законом «Об исполнительном производстве» судебный исполнитель, приступая к исполнению решения, посылает должнику предложение о добровольном исполнении решения в срок до 5 дней. При отказе должника от добровольного выполнения судебного решения оно выполняется в принудительном порядке посредством:

- обращения взыскания на имущество должника путем наложения на него ареста и его реализации;
- обращения взыскания на заработную плату, пенсию, стипендию и иные виды доходов должника;
- обращения взыскания на денежные средства и иное имущество должника, находящиеся у других лиц;
- изъятия у должника и передачи взыскателю определенных предметов, указанных в исполнительном документе.

Невыполнение судебного решения может привести к возбуждению уголовного дела против должника по ст. 315 УК РФ.

7.2. Защита прав и интересов медицинских учреждений в арбитражном суде.

Согласно ст. 27 АПК РФ арбитражному суду подведомственны дела по экономическим спорам и другие дела, связанные с осуществлением предпринимательской и иной экономической деятельности. При этом арбитражные суды разрешают экономические споры и рассматривают иные дела с участием организаций, которые являются юридическими лицами, и индивидуальных предпринимателей, а в случаях, предусмотренных законодательством, с участием государственных органов, органов местного самоуправления, должностных лиц и граждан.

Для осуществления эффективной защиты в арбитражном процессе необходимо четко знать, кто является истцом, каков объем его требований и на чем они основаны. Для этого представители ЛПУ должны подробно изучить исковое заявление. Согласно ч. 3 ст. 125 АПК РФ истец обязан направить другим лицам, участвующим в деле, копии искового заявления и прилагаемых к нему документов заказным письмом с уведомле-

нием о вручении. Указанное уведомление должно быть приложено к исковому заявлению, передаваемому в суд (ст. 126 АПК РФ). Если ответчик исковое заявление не получил, суд оставляет процесс без движения (ст. 128 АПК РФ).

При рассмотрении содержания искового заявления представители ЛПУ должны обращать внимание на следующие моменты:

- наименование истца, его место нахождения;
- наименование ответчика, его место нахождения;
- требования истца к ответчику со ссылкой на законы и иные нормативные правовые акты;
- обстоятельства, на которых основаны исковые требования, подтверждающие эти обстоятельства доказательства;
- цена иска, если иск подлежит оценке;
- расчет взыскиваемой или оспариваемой денежной суммы.

Если медицинское учреждение указано как ответчик и его наименование и место нахождения соответствуют действительности, то представитель ЛПУ обязан явиться в суд, даже если истец неизвестен и указанные в иске обстоятельства не имели места. Согласно ст. 156 АПК РФ при неявке в судебное заседание ответчика, надлежащим образом извещенного о времени и месте судебного разбирательства, суд вправе рассмотреть дело в его отсутствие.

В то же время в указанной ситуации ответчик имеет право пользоваться процессуальной защитой, т.е. выдвигать процессуально-правовые возражения, которые могут служить основанием для того, чтобы преградить возможность дальнейшего рассмотрения дела по существу. Например, можно указать на то, что ЛПУ является ненадлежащим ответчиком в процессе, т.е. иск предъявлен не к тому лицу, которое должно отвечать по иску. Кроме того, возможна и такая форма процессуальной защиты, как простое отрицание иска, если он предъявлен по ошибке. Судья, прежде чем начать рассмотрение дела, обязан установить, является ли истец и ответчик надлежащими сторонами и процессе, а также ряд других обстоятельств, выявление которых может остановить процесс.

К процессуальным средствам защиты относятся и процессуальные отводы. Например, ЛПУ может потребовать отвода эксперта, привлеченного истцом, в случаях, если он (ст. 21 ЛПК РФ):

- является родственником лица, участвующего в деле, или его представителя;
- лично, прямо или косвенно заинтересован в исходе дела либо существуют иные обстоятельства, которые могут вызвать сомнение в его беспристрастности;
- находится или ранее находился в служебной или иной зависимости от лица, участвующего в деле, или его представителя;
- делал публичные заявления или давал оценку по существу рассматриваемого дела.

Также к процессуальным средствам защиты относится выявление обстоятельств, которые могут привести к отложению судебного разбирательства по делу (ст. 158 АПК РФ) или приостановлению производства.

Согласно ст. 148 АПК РФ арбитражный суд оставляет исковое заявление без рассмотрения, если после его принятия к производству установит следующие обстоятельства:

- в производстве арбитражного суда, суда общей юрисдикции, третейского суда имеется дело по спору между теми же лицами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- стороны заключили соглашение о передаче спора на разрешение третейского суда;
- исковое заявление не подписано или подписано лицом, не имеющим права подписывать его, либо лицом, должностное положение которого не указано.

Одним из сильнейших средств защиты ЛПУ от иска является предъявление истцу встречного иска, который арбитражный суд принимает в случае (ст. 132 АПК РФ):

- если встречное требование направлено к зачету первоначального требования;

- удовлетворение встречного иска исключает полностью или в части удовлетворение первоначального иска;
- между встречным и первоначальными исками имеется взаимная связь и их совместное рассмотрение приведет к более быстрому и правильному рассмотрению дела.

Если вина медицинского учреждения по рассматриваемому делу не вызывает сомнения и проигрыш дела неизбежен, администрация ЛПУ может предложить истцу пойти на мировое соглашение. Заинтересованность медицинского учреждения в мировом соглашении может выражаться в более низкой сумме денежных выплат истцу по сравнению с суммами, которые придется выплачивать по решению суда. Интерес истца в мировом соглашении заключается в том, что не нужно тратить время на дальнейшее судебное разбирательство, так как ЛПУ соглашается выплатить компенсацию добровольно и в более короткий срок.

Рассматривая содержание предъявленного иска, представители ЛПУ должны обратить внимание на требования истца к ответчику, а также на законодательные ссылки и иные нормативные правовые акты, которые образуют предмет иска.

Суд, рассмотрев иск, может принять одно из трех решений:

- удовлетворить иск в полном объеме;
- удовлетворить иск частично;
- отказать в удовлетворении иска.

Сам суд по своей инициативе не может предъявить дополнительные требования к ответчику, даже если ему стали известны обстоятельства, дающие возможность их удовлетворения.

При изучении предмета иска необходимо обратить внимание на каждое требование в отдельности, выяснить его суть, объем и нормативную базу. Если истец дает неправильные ссылки на нормативные акты, необходимо найти подтверждение, что указанные в иске акты не действуют, найти действующие правовые акты и снять их копию. Заметим, что при рассмотрении иска суд оперирует правовыми актами, действующими не только во время судебного процесса, но и в момент совершения правонарушения.

По каждому требованию истца в отдельности можно выстраивать линию защиты, включающую два элемента: опровержение фактов, указанных истцом, и доказывание фактов, подтверждающих правоту ответчика. Для выстраивания линии защиты необходимо четко сформулировать суть требования истца и определить совокупность фактов, необходимых для его подтверждения или опровержения. Первую группу фактов необходимо опровергать, вторую — доказывать.

Поскольку арбитражный процесс является доказательным, каждая из сторон обязана доказать обстоятельства, на которые она ссылается как на основание своих требований и возражений (ч. 1 ст. 65 АПК РФ). По сути понятия «обстоятельство» и «юридический факт» являются синонимами с той лишь разницей, что факт является самостоятельным явлением, а обстоятельство может состоять из совокупности фактов.

Суд оценивает все доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном исследовании всех обстоятельств дела (ст. 71 АПК РФ). Другими словами, стороны убеждают арбитражный суд в наличии или отсутствии искомых фактов, но суд должен убедиться в этом сам в результате познания фактических обстоятельств дела.

Стоит отметить, что не все факты, имеющие значение для дела, следует доказывать. Согласно ст. 69 АПК РФ обстоятельства дела, признанные арбитражным судом общеизвестными, не нуждаются в доказывании.

Кроме того, не нуждаются в доказательстве обстоятельства, установленные вступившими в законную силу судебными актами других судов. Согласно ст. 64 АПК РФ наличие или отсутствие фактов, на которые ссылаются стороны, устанавливается, исходя из представленных сторонами сведений, именуемых доказательствами, к кото-

рым относятся:

- письменные доказательства — договоры, акты, справки, деловая корреспонденция, иные документы, выполненные в форме цифровой, графической записи или иным способом, что позволяет установить их достоверность;
- вещественные доказательства — предметы, которые своими внешним видом, свойствами, местом нахождения или иными признаками могут служить средством установления обстоятельств, имеющих значение для дела;
- объяснения лиц, участвующих в деле, — указания на действия или высказывания другой стороны, ссылки на правовые акты, книги, монографии, учебники, методические рекомендации, справочники, публикации в научных журналах, являющиеся причиной действия или бездействия;
- заключения экспертиз;
- свидетельские показания.

По общему правилу, закрепленному в арбитражном процессуальном законодательстве (ст. 65 АПК РФ), обязанность доказывать обстоятельства, имеющие значение для дела, возлагается на то лицо, которое на них ссылается в обоснование своих требований и возражений. В этом смысле ответчик находится в более выигрышной ситуации, поскольку все обстоятельства, на которые ссылается истец, а также подтверждающие эти обстоятельства доказательства должны быть изложены в исковом заявлении. Это позволяет администрации медицинского учреждения тщательно изучить аргументы истца и подготовить на них квалифицированные контраргументы. Истец, в свою очередь, не знает, какие доказательства будет приводить в свою защиту ответчик, что несколько ослабляет его позицию.

Рассмотрим некоторые аспекты доказывания состава гражданского правонарушения. Основным предметом доказывания в арбитражном процессе, как и в гражданском, является объективная сторона правонарушения, которая состоит из неправомерного действия, наличия неблагоприятных последствий и причинно-следственной связи, объективно обусловившей наступление неблагоприятного последствия в результате совершения неправомерного действия.

Наличие неблагоприятных последствий является отправной точкой арбитражного процесса, поскольку он инициируется потерпевшим. Например, пациент, понесший убытки в результате нарушения договорных обязательств со стороны ЛПУ, должен доказать факт таких убытков. В противовес доказательствам пациента представитель ЛПУ может привести свои доказательства, указывающие, что убытки не имели места или были меньше в объеме.

В свою очередь медицинское учреждение должно доказывать, что не совершало никаких неправомерных действий в отношении истца. В качестве доказательств можно использовать указанные ранее ссылки на правовые акты, книги, монографии, учебники, методические рекомендации, справочники, публикации в научных журналах, которые должны подтверждать правомерность действий ответчика. В этих же целях необходимо использовать свидетельские показания врачей, медсестер, других пациентов. Но наиболее сильным аргументом правомерности поведения ЛПУ является заключение экспертизы.

Если доказать отсутствие убытков и правомерность действий или бездействия ЛПУ не удалось, необходимо сосредоточиться на доказывании отсутствия причинно-следственной связи между убытками пациента и действиями медицинской организации. Доказать наличие или отсутствие причинно-следственной связи в медицинской деятельности весьма сложно, поскольку сам лечебно-диагностический процесс, а также динамика состояния здоровья пациента являются многофакторными явлениями. Поэтому ни установления факта причинно-следственной связи необходимо приглашать квалифицированных экспертов.

Следующим элементом состава правонарушения, требующим доказательства,

является вина медицинской организации. Согласно ст. 401 ГК РФ лицо, не исполнившее обязательство либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины. В то же время закон не исключает случаев ответственности за невиновные действия. В договорных отношениях, которые составляют основную часть арбитражных разбирательств, невиновное возмещение вреда возможно только в случае прямого указания об этом в договоре.

Поскольку отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство, для того чтобы избежать ответственности в арбитражном процессе, ЛПУ должно доказать свою невиновность. Согласно ГК РФ лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства. Виновность или отсутствие вины устанавливает суд на основании всех сведений, представленных в процессе ее доказательства.

Что касается субъекта правонарушения, то согласно ГК РФ им является работодатель, т.е. медицинская организация. Поэтому вес действия или бездействия медицинских работников, выполняющих трудовые обязанности, автоматически означают действия или бездействие медицинской организации, которая является надлежащим ответчиком в процессе. Если иск будет предъявлен медицинскому работнику, то суд предложит истцу заменить ненадлежащего ответчика.

В том случае, когда в арбитражном процессе полностью установлено наличие состава гражданского правонарушения, защита интересов медицинского учреждения еще не закончена. Как было отмечено ранее, истец должен указать в исковом заявлении цену иска, т.е. сумму, требуемую к выплате и расчет взыскиваемой или оспариваемой денежной суммы.

Присуждение к взысканию денежной суммы в пользу ответчика не означает, что автоматически будет взыскана сумма, указанная в иске. Представитель ЛПУ может оспорить эту сумму прежде всего путем опровержения правильности расчетов истца.

Кроме того, проигрыш арбитражного дела медицинским учреждением не означает прекращения защиты его прав. Согласно гл. 34 — 36 АПК РФ в ряде случаев возможен пересмотр судебного решения в апелляционной и кассационной инстанциях, а также в порядке надзора.

Контрольные вопросы:

1. Какие ключевые моменты должны учитывать граждане, решившие обратиться в суд с целью защиты своих прав, нарушенных в процессе оказания им медицинской помощи?
2. В чем заключается в соответствии со ст. 22 ГПК РФ суть понятия «исковое производство»? Что для него характерно и лежит в его основе?
3. Какими путями согласно ст. 12 ГК РФ осуществляется защита гражданских прав пациентов и медицинских работников?
4. Что входит в понятия «предмет», «цена» и «основание иска» и почему важно понимать их значение при обращении в суд с исковым требованием?
5. С чем связано право на предъявление иска и каковы его предпосылки?
6. Перечислите обязательные требования, предъявляемые к исковому заявлению, подаваемому в суд.
7. Что подразумевается под презумпцией вины и презумпцией невиновности при рассмотрении иска заявителя в судопроизводстве и какие действия ответчика допускаются законом?
8. Как ведется защита прав и интересов медицинских учреждений в арбитражном суде? Какие моменты представители лечебного учреждения как ответчика

должны учитывать при рассмотрении содержания искового заявления?

9. В каких случаях ЛПУ как ответчик может потребовать осуществить отвод эксперта, привлеченного истцом?
10. Какие основания могут являться средством защиты ЛПУ от иска пострадавшего пациента или представителей иных ведомств и организаций?
11. Что представляют собой доказательства в судебном иске и на какие виды они подразделяются?
12. Почему возникает виновность субъекта правонарушения? На кою и как она возлагается в гражданском и арбитражном судопроизводстве?

ГЛАВА 8

СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

8.1. Страхование профессиональной ответственности.

Страхование профессиональной ответственности (СПО), связанной с причинением вреда здоровью и жизни пациентов, является важнейшим инструментом социальной защиты как граждан, так и медицинских работников. Рассматривая правовые аспекты СПО медицинских работников, отметим, что отраслевое законодательство регулирует данный вопрос весьма скупо. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан содержат лишь указание на то, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей (п. 7 ст. 63).

Приведенная норма не получила развития ни в законодательстве об охране здоровья населения, ни в подзаконных правовых актах. Органы законодательной и исполнительной власти некоторых субъектов РФ пытаются ликвидировать образовавшийся правовой пробел, однако такую деятельность нельзя признать вполне успешной.

В условиях роста числа гражданских исков от пациентов, связанных с возмещением вреда, причиненного им в процессе лечения, а также увеличения сумм требуемых компенсаций необходимость повсеместного и обязательного СПО медицинских работников не вызывает сомнения практически ни у кого. Тем не менее, необходимо констатировать, что важнейший институт, который может оказать положительное влияние на всю систему отечественного здравоохранения, до сих пор не получил сколько-нибудь существенного развития.

Одной из причин сложившейся ситуации, на первый взгляд, является указанная выше недостаточность правового регулирования СПО медицинских работников, однако наиболее серьезные правовые проблемы рассматриваемого явления скрыты значительно глубже. Является ли отсутствие норм отраслевого законодательства неустранимым препятствием на пути внедрения страхования профессиональной ответственности в медицинскую практику? По-видимому, нет, поскольку СПО есть ни что иное как один из частных случаев страхования ответственности за причинение вреда, достаточно подробно урегулированного ГК РФ.

Рассмотрим СПО медицинских работников с точки зрения гражданского законодательства. При этом следует отметить важнейшие характеристики работы в сфере здравоохранения, отличающие его от других видов деятельности и имеющие существенное правовое значение. Первой из них является непредсказуемость медицинского воздействия, которая выражается в невозможности дать уверенный прогноз относительно реакции организма на лекарственные препараты или хирургическое лечение. Это связано с тем, что практическая медицина опирается на науку о человеке, которая до сих пор в силу ряда причин не в состоянии дать ответы на многие вопросы.

Другой характеристикой медицинской деятельности является высокая степень риска инвазивного вмешательства. Если сравнивать врачебные специальности с такими опасными для людей профессиями, как водитель транспортного средства или авиадиспетчер, то даже серьезные ошибки последних не всегда сопровождаются какими-либо тяжелыми для них последствиями, в том числе и юридической ответственностью. В то же время малейшая ошибка хирурга во время операции неминуемо приводит к нанесе-

нию органам или тканям человека повреждений, которые иногда оказываются непоправимыми. В связи с этим приходится констатировать, что неосторожное или случайное причинение вреда здоровью и жизни человека является хотя и крайне неблагоприятным, однако характерным свойством медицинской деятельности, вытекающим из ее особенностей.

В случае причинения вреда между пострадавшим лицом и лицом, причинившим вред, возникает особый вид гражданско-правовых отношений, так называемое деликтное обязательство, выражающееся в обязанности последнего самостоятельно решать проблемы, связанные с его возникновением. Следует указать, что в сфере здравоохранения такими лицами являются, с одной стороны, пациенты как потребители медицинских услуг, а с другой — медицинские работники, оказывающие различные виды лечебно-диагностической, профилактической и лекарственной помощи. В то же время правила гражданско-правового оборота предполагают возможность страхования риска ответственности за причинение вреда, что позволяет фактически ее избежать.

Такая правовая формула основана на том, что главная цель публичной правовой ответственности (например, уголовной) заключается в сохранении общественного порядка и наказании правонарушителей, в то время как гражданско-правовая ответственность преследует цель охраны имущественных интересов пострадавших. Указанные интересы защищаются путем компенсации пострадавшему материального и морального вреда, которая осуществляется в денежной форме. В качестве источника компенсации могут выступать различные лица — сам причинитель вреда, его законные представители или третьи лица, например, страховые организации.

Страхование имущественной ответственности за причинение вреда регулируется ст. 931 ГК РФ, согласно которой по договору страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью других лиц, может быть застрахован риск ответственности самого страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена.

Причинение вреда здоровью или жизни пациента в большинстве случаев является следствием действий или бездействия медицинского работника. Однако при оказании медицинской помощи медицинские работники выступают не от своего имени, а от имени медицинской организации-работодателя, с которой у них заключен трудовой договор. Поскольку медицинские работники в процессе осуществления профессиональной деятельности выполняют правила внутреннего трудового распорядка и другие требования своего работодателя, их действия расцениваются как деятельность медицинской организации, которая и подлежит гражданско-правовой ответственности в рассматриваемом случае (ст. 1068 ГК РФ). После возмещения вреда, причиненного пациенту, медицинская организация вправе потребовать от своего работника компенсации выплаченного возмещения, которая осуществляется на основании норм ТК РФ.

Исходя из вышесказанного, термин «страхование профессиональной ответственности медицинских работников» является не совсем точным, поскольку в целом страхуется риск ответственности медицинской организации-работодателя. Однако в конечном итоге материальные требования могут быть предъявлены и к медицинскому работнику.

Поскольку риск деликтной ответственности лежит на медицинской организации, она вправе потребовать от медицинских работников застраховать такой риск относительно тех случаев, в которых они являются непосредственными причинителями вреда.

Согласно договору страхования ответственности, медицинский работник обязан выплатить страховщику страховую премию, т.е. плату за страхование, а страховщик обязан выплатить пострадавшему пациенту страховое возмещение, т.е. сумму, предусмотренную договором страхования и предназначенную для компенсации потерпевшему материального и морального вреда. В данном случае пациент выступает в роли выгодоприобретателя, поскольку договор страхования считается заключенным в его поль-

зу. При этом пациент может обращаться за страховым возмещением непосредственно к страховщику, что позволяет ему ускорить восстановление своих нарушенных имущественных прав.

После получения страхового возмещения пациент или его законные представители не могут требовать компенсации причиненного вреда, поскольку считается, что лицо, причинившее вред, выполнило свои деликтные обязательства. Исключением является случай, указанный в ст. 1072 ГК РФ, согласно которой юридическое лицо или гражданин, застраховавшие свою ответственность в пользу потерпевшего, в случае, когда страховое возмещение недостаточно для того, чтобы полностью возместить причиненный вред, возмещают разницу между страховым возмещением и фактическим размером ущерба.

Теперь рассмотрим действия медицинских работников, подлежащие страховому возмещению. Прежде всего, ГК РФ не допускает страхования лишь противоправных интересов (ст. 928 ГК РФ), т.е. планируемого намерения причинить вред. Все остальные случаи причинения вреда могут быть застрахованы и подлежат страховому возмещению. К таким случаям в первую очередь относится невиновное причинение вреда здоровью или жизни пациента в процессе оказания медицинской помощи.

Отметим, что ст. 1095 ГК РФ содержит достаточно жесткое требование, согласно которому вред, причиненный здоровью или жизни гражданина вследствие недостатков услуги (в том числе медицинской), подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от его вины. Для медицинских работников, невиновных в причинении вреда, необходимость его возмещения может стать не только материальным, но и моральным испытанием. В данном случае СПО позволяет защитить медицинского работника от серьезных внесудебных или судебных разбирательств, поскольку ускоренная (страховая) компенсация вреда снимает вопрос о наступлении ответственности.

В ГК РФ допущена возможность СПО медицинских работников и в случае неосторожного причинения вреда пациенту, поскольку согласно п. 2 ст. 963 ГК РФ страховщик не освобождается от выплаты страхового возмещения, если вред причинен по вине ответственного за него лица. Более того, согласно указанной статье, страховое возмещение должно быть выплачено даже в случае умышленного причинения вреда пациенту медицинским работником, что на первый взгляд является довольно нелогичным действием.

Необходимо отметить, что ГК РФ не преследует цель наказания правонарушителей. Данная задача может быть успешно решена посредством норм уголовного, административного и трудового права, в отличие от которых нормы гражданского законодательства направлены на материальную и моральную защиту потерпевших. Для пациента, получившего увечье, вопрос наказания медицинского работника нередко отходит на второй план по сравнению с тем, где взять средства к существованию, например в случае стойкой потери трудоспособности. Поэтому СПО и выплата потерпевшему страхового возмещения направлены не столько на защиту медицинских работников, сколько на обеспечение имущественных интересов пациентов, которые могут рассчитывать на быстрое получение материальной компенсации из фондов страховых организаций.

Выступая в поддержку норм ГК РФ, предусматривающих страхование вреда, причиненного в результате виновных действий медицинских работников, отметим, что такие действия все же могут повлечь для них гражданско-правовую ответственность. Последняя реализуется посредством института суброгации, т.е. права страховщика, осуществившего страховое возмещение, требовать от лица, ответственного за убытки, возникшие в результате страхования, компенсации выплаченной суммы (ст. 965 ГК РФ). Такое право предусматривается договором страхования, однако условие договора, исключающее переход к страховщику права требования к лицу, умышленно причинившему убытки, здесь чаще всего ничтожно (ст. 965 ГК РФ).

Приведенные выше нормы фактически означают, что в случае виновных действий медицинских работников медицинская организация возмещает причиненный пациенту вред, даже если риск его причинения застрахован, но только не пациенту, а страховой компании (при неосторожном причинении вреда — по договоренности, при умышленном — в любом случае). В свою очередь, медицинская организация имеет право потребовать от медицинских работников компенсации выплаченных ею сумм. Поэтому в случае умышленных действий медицинского работника неизбежна гражданско-правовая ответственность.

Исходя из сказанного, становится очевидным, что правовая база для СПО является вполне достаточной. Определенные сложности вызывает лишь указанная необходимость уплаты страховых взносов медицинскими работниками, которые имеют весьма скромные доходы. В связи с этим следует указать, что размеры судебных компенсаций материального и морального вреда пациентам в настоящее время намного превышают доходы среднестатистического российского медицинского работника. Например, в 2000 г. они составили в среднем по Российской Федерации 12 144 р. на один иск, а в 2001 г. — 13 335 р. Учитывая возможность риска судебных тяжб с пациентами и возникновения потери значительной суммы денежных средств ЛПУ и непосредственно самим медицинским работником, необходимо обратить внимание на то, что при страховой премии, установленной, например, в размере 4%, затраты на страхование не превысят 500 р. в год. что является не только вполне доступным, но и оправданным действием. Кроме того, обязанность выплаты страховой премии может быть возложена на медицинскую организацию (на основании коллективного договора) или на профессиональную медицинскую ассоциацию, что делает СПО медицинских работников еще более доступным.

Однако страховые организации практически не заключают договора страхования ответственности, которая наступает из-за причинения вреда здоровью и жизни пациентов. Основными причинами этого являются, во-первых, инертность самой системы здравоохранения, во-вторых, форма компенсации материального вреда потерпевшему. Вероятно, такое положение связано с тем, что для обеспечения эффективности своей деятельности страховые организации должны привлечь достаточно большое число страхователей, позволяющее равномерно распределить между ними страховые риски. Создавшаяся ситуация может быть разрешена посредством введения в обязательном порядке соответствующих нормативных требований СПО медицинских работников, которые не только позволят включить работу страховых механизмов, но и обеспечат их дальнейшее развитие.

Гораздо сложнее ситуация с формой компенсации материального вреда. Согласно ст. 15 ГК РФ лицо, право которого нарушено, может требовать полного возмещения причиненных ему убытков, если законом или договором не предусмотрено возмещение убытков в меньшем размере. Однако ст. 1086 исключает возможность уменьшения размера возмещения, указывая, что вред, причиненный личности гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Полный объем возмещения причиненного вреда подразумевает компенсацию реальному ущербу и упущенной выгоды.

Согласно ст. 1085 ГК РФ реальный ущерб гражданину при причинении ему увечья или ином повреждении его здоровья включает понесенные гражданином расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Реальный ущерб устанавливается, исходя из плана лечебно-восстановительных мероприятий, определяющего размер предстоящих расходов, или на основании финан-

совых документов, подтверждающих, что такие расходы были сделаны. В подавляющем большинстве случаев реальный ущерб может быть рассчитан заранее и компенсирован потерпевшему единовременным платежом.

Иное дело — упущенная выгода. В рассматриваемом случае под упущенной выгодой подразумевается утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь (ст. 1085 ГК РФ), или утраченная часть заработка умершего, которую получали или имели право получать лица, находившиеся у него на иждивении. Данные нормы берут начало в советском гражданском законодательстве. Стоит напомнить, что в дореформенный период трудовая деятельность являлась конституционной обязанностью и имела государственное значение. С точки зрения теории и практики этого времени каждый трудоспособный гражданин должен был иметь единственный источник дохода — свою трудовую деятельность, выражающийся в стабильных ежемесячных платежах, установленных в централизованном порядке.

В соответствии с данной схемой снижение трудоспособности фактически означало уменьшение ежемесячного дохода гражданина, а также размеров материального обеспечения членов его семьи. В условиях ранее существовавшей административно-политической системы обязательство по компенсации утраченных доходов государство, как правило, принимало на себя в виде выплат ежемесячных пособий по нетрудоспособности или пенсий по инвалидности, восстанавливающих материальное положение гражданина и его иждивенцев.

Несмотря на то, что рыночные реформы коренным образом изменили значение трудовой деятельности, приведенная схема нашла свое отражение в действующем ГК РФ с той лишь разницей, что компенсация утраченного заработка теперь возложена не на государство, а на причинителя вреда. Каких-либо значительных изменений в остальном не произошло. Так, согласно ст. 1086 размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим дохода определяется в процентах к его среднему месячному заработку до утраты им трудоспособности. Порядок возмещения утраченного заработка — это фиксированные платежи, которые причинитель вреда должен осуществлять ежемесячно (ст. 1092 ГК РФ).

В данной связи стоит отметить, что трудовая деятельность в РФ уже более 15 лет назад перешла из категории обязанностей гражданина в категорию его прав. В настоящее время многие граждане являются безработными и живут на доходы родственников и накопленные сбережения, а в ряде случаев — на разовые или нелегальные («теневые») заработки. Кроме того, уровень доходов в государственных учреждениях и частных фирмах и компаниях может отличаться в десятки раз, что влечет существенные различия в размерах компенсаций для специалистов, имеющих равную квалификацию. Наконец, получение увечья далеко не всегда означает уменьшение дохода, что характерно в основном для лиц, имеющих высокую квалификацию и, соответственно, высокую заработную плату (например, программистов, юрисконсультов, банковских служащих, дизайнеров и т.д.).

Изучение западного опыта показывает, что в настоящее время более существенным для населения является страхование не риска утраты трудоспособности, а ухудшения качества жизни, влияющего как на доход, так и на социальную адаптацию и полноценную жизнедеятельность индивида. Рассматривая пути восстановления утраченного качества жизни, следует указать, что они включают компенсацию как материального, так и морального вреда. При этом размер необходимой компенсации может быть оценен заранее и выплачен потерпевшему с учетом его расходов в будущем.

Что же происходит в реальности? Причинитель вреда согласно ст. 1092 ГК РФ должен компенсировать упущенную выгоду потерпевшему в размере утраченного им заработка ежемесячными платежами до восстановления последним трудоспособности или пожизненно. В отношении платежей по возмещению вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти кормильца, ситуация в целом аналогичная (ст. 10X8 ГК РФ).

Естественно, что медицинские организации и частнопрактикующие врачи просто не в состоянии осуществлять подобные выплаты столь длительные промежутки времени.

Материальная компенсация в случае смерти кормильца выплачивается:

- несовершеннолетним до достижения ими возраста 18 лет;
- учащимся старше 18 лет до окончания учебы в учебных учреждениях по очной форме обучения, но не более чем до 23 лет;
- женщинам, достигшим возраста 55 лет, и мужчинам, достигшим возраста 60 лет, пожизненно;
- инвалидам на срок инвалидности;
- одному из родителей, супругу (супруге) либо другому члену семьи, неработающему и занятому уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, до достижения ими возраста 14 лет либо изменения состояния здоровья.

Ежемесячная компенсация утраченного заработка выплачивается пострадавшему в течение всего периода стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Приведенные нормы ГК РФ фактически связывают деятельность по СПО медицинских работников, поскольку ни одна страховая компания не возьмет на себя риск возмещения причиненного вреда, которое может осуществляться десятилетиями и со временем даже увеличиваться в размере (ст. 1090, 1091 ГК РФ).

Необходимо отметить, что степень утраты трудоспособности играет значительную роль не только в гражданском, но и уголовном праве. Например, причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности наказывается штрафом до 80 000 р., а то же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, — лишением свободы на срок до 1 года (ч. 1 и 2 ст. 118 УК РФ (в ред. от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ)). При этом одним из признаков тяжкого вреда здоровью является стойкая полная утрата профессиональной трудоспособности потребителем медицинских услуг.

Возникает резонный вопрос: если осуществление многолетних ежемесячных выплат по возмещению вреда не под силу ни его причинителю, ни страховой организации, то как же работает гражданско-правовой институт компенсации вреда здоровью граждан? Ответом является обязательное государственное социальное страхование, которое фактически восстанавливает ранее существовавшую систему государственных пособий лицам, утратившим трудоспособность, с той лишь разницей, что размер пособия рассчитывается в процентах к утраченному заработку. Однако и он в настоящее время ограничен строго фиксированной максимальной величиной.

В Ч99Н т. был принят первый закон об обязательном социальном страховании, который регулирует лишь вопросы страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Следовательно, схема материальной компенсации, определенная ГК РФ и основанная на критерии утраты трудоспособности, находит полноценное применение только в деликтных отношениях в процессе трудовой деятельности, т.е. фактически обслуживает сама себя.

В итоге СПО медицинских работников в РФ сталкивается с серьезными правовыми проблемами, связанными с существующими в настоящее время гражданско-правовыми механизмами компенсации вреда потерпевшему. Выходом из ситуации может стать внесение некоторых изменений в ГК РФ или принятие специального закона, направленного на обязательное социальное страхование жизни и здоровья пациентов путем включения данного вида страхования в существующую систему обязательного социального страхования. Не стоит исключать также переход к модели единовременной компенсации человеку потерь из-за снижения качества его жизни. Такая компенсация может включать как реальный ущерб, так и упущенную выгоду, но рассчитанную заранее, и осуществляться в виде единовременного платежа. Переход к единовременному возмещению вреда, причиненного в процессе лечения, позволит осуществлять

СПО медицинских работников на основании действующих норм ГК РФ.

Гражданский кодекс Российской Федерации не содержит прямых указаний на счет страхования морального вреда (физических и нравственных страданий), связанного с утратой здоровья пациентом или его смертью, однако не исключает возможность такого страхования. Компенсация морального вреда в последнее время приобретает все большее значение, поскольку ее размер не ограничен и определяется судом самостоятельно, исходя из критериев разумности и справедливости (ст. 1101 ГК РФ). Кроме того, денежная оценка морального вреда имеет тенденцию к постоянному росту не только в абсолютном значении, но и относительно размеров компенсации материальных убытков.

В этой связи необходимо отметить, что по данным ряда авторов около 80% общих сумм выплат пациентам и их родственникам за вред, причиненный здоровью и жизни в процессе лечения, составляет компенсация именно морального вреда. При этом определяющим мотивом в составлении исковых требований является желание получить компенсацию за ухудшение качества жизни единовременным платежом. Это подтверждает предположение о снижении роли компенсации утраченного дохода в восстановлении имущественного положения пострадавших лиц. Стоит также указать, что в некоторых случаях материальный вред возмещению вообще не подлежит. Например, смерть члена семьи, не являющегося кормильцем, позволяет рассчитывать его родственникам лишь на компенсацию морального вреда.

В настоящее время страхование профессиональной ответственности медицинских работников, связанной с компенсацией морального вреда пациентам и их родственникам, может быть осуществлено беспрепятственно и требует лишь желания органов управления и ЛПУ здравоохранения, а также экономической заинтересованности страховых компаний и организаций.

8.2. Страхование ответственности при проведении клинических исследований.

Значение биомедицинских, в том числе клинических, исследований для развития медицинской и фармацевтической деятельности неоспоримо. Тем не менее, они постоянно находятся в поле зрения критики, касающейся, прежде всего, очевидной угрозы клинических исследований для жизни и здоровья людей, являющихся их непосредственными участниками.

Возможность применения нового лекарственного средства должна быть подтверждена теоретическим обоснованием его безопасности для человека путем изучения фармакологического и токсикологического действия на животных. Однако основным условием массового производства фармацевтического препарата является успешное клиническое испытание на человеке. Поэтому рано или поздно возникает момент, когда препарат должен быть впервые введен в человеческий организм без полной уверенности в благоприятном исходе.

Безусловно, биомедицинское исследование должно быть максимально безвредным для испытуемого. В то же время стремление к полной безопасности может существенно ограничить возможности учреждений здравоохранения в проведении исследований, что является отрицательным фактором для медицинской деятельности в целом. В связи с этим разрешительные инстанции должны выдерживать строгий баланс между стремлением к обеспечению безопасности для человека, участвующего в эксперименте в настоящее время, и необходимостью развивать данную деятельность, способную помочь страдающим от заболеваний в будущем.

Разумный подход к соблюдению указанного баланса означает невозможность полного исключения риска для жизни и здоровья испытуемых. Но поскольку такой риск является добровольным, контролируемым и социально оправданным, представля-

ется вполне целесообразным направлять усилия не столько на его снижение, сколько на формирование устойчивой системы защиты интересов испытуемых при возникновении повреждения индивидуального здоровья и членов их семей в случае смерти испытуемого в результате исследования.

С точки зрения гражданского права подобная система подразумевает механизмы материальной компенсации вреда, причиненного испытуемому и членам его семьи, обеспечивающие как быстрое восстановление имущественных потерь пострадавших лиц, так и восстановление таких потерь в полном объеме (ст. 1064 ГК РФ).

Согласно положениям, требованиям и нормам, изложенным в ГК РФ, полный объем материальной компенсации потерпевшему лицу подразумевает:

- оплату расходов, вызванных повреждением его здоровья, в том числе на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и др. (ст. 1085);
- возмещение утраченного потерпевшим заработка (дохода), который он имел либо определенно мог иметь (ст. 1085);
- компенсацию материальных утрат, связанных со смертью кормильца (ст. 1088);
- оплату расходов на погребение потерпевшего (ст. 1094);
- компенсацию морального вреда потерпевшему и его близким родственникам (ст. 1099).

Вполне очевидно, что объем компенсаций в случае повреждения здоровья или причинения смерти испытуемому может составить немалую сумму, которую учреждение здравоохранения, проводившее исследование, выплатить просто не в состоянии. Обращение в суд, безусловно, в ряде случаев позволяет защитить интересы потерпевшего и членов его семьи, однако ожидание вынесения судебного решения и его последующего исполнения может растянуться на весьма значительный срок.

Существует еще одно обстоятельство, осложняющее деятельность учреждений здравоохранения, проводящих исследования, которые связаны с тем, что новый лекарственный препарат или лечебно-диагностическая методика, изучаемые в процессе клинического исследования, способны оказывать непредсказуемое влияние на здоровье испытуемых. В связи с этим биомедицинское исследование может быть охарактеризовано как деятельность, осуществление которой создаст повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека (Постановление Пленума Верховного суда РФ от 28 апреля 1994 г. № 3 «О судебной практике по делам возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья»). С точки зрения ГК РФ подобная деятельность является источником повышенной опасности и подразумевает компенсацию причиненного ею вреда жизни и здоровью лицом, осуществляющим такую деятельность, независимо от его вины, кроме случаев непреодолимой силы или умысла потерпевшего (ст. 1079).

Практика свидетельствует, что возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности, в большинстве случаев является мерой ответственности за виновное причинение вреда. Однако это не исключает возможности использования в необходимых случаях иных начал возмещения, в частности системы специального риска. Поэтому к формуле «ответствен тот, кто виновен» добавляется требование «возмещает субъективно случайный вред тот, кто создал повышенную опасность» или, иначе говоря, последствия необычной повышенной опасности ложатся на того, кто ее создаст, т.е. на владельца источника риска.

При биомедицинских исследованиях на людях владельцем источника повышенной опасности признается ЛПУ здравоохранения или научная медицинская организация, непосредственно их проводящие. В целях снижения степени риска для испытуемых клинические исследования проводятся только после получения положительного заключения Национального комитета по этике и разрешения на проведение клиниче-

ских исследований, выдаваемого федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. В то же время наличие указанных согласований означает лишь законность проведения исследования и не является основанием для отказа гражданину в возмещении причиненного ему вреда.

В литературе встречается мнение, согласно которому в возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя не нарушают нравственные принципы общества. Таким образом, достаточно получить информированное согласие испытуемого, выплатить ему гонорар за участие в клиническом исследовании, и возмещения причиненного вреда можно полностью или частично избежать. Действительно, ст. 1064 ГК РФ содержит подобную норму, однако заключение договора с испытуемым вовсе не означает, что он соглашается на причинение ему вреда. Гражданин дает лишь согласие подвергнуться определенной степени риска получить такой вред, что далеко не одно и то же. Более того, гражданин должен быть уверен в минимальном риске возможного причинения ему вреда, что и является условием обязательного получения согласия на участие в клиническом исследовании, которое установлено не только отраслевым законодательством (ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан), но и ст. 21 Конституции РФ.

Таким образом, согласно ГК РФ ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью испытуемых, возложена на учреждения и организации здравоохранения, проводящие клинические исследования. Она наступает независимо от их вины и может выражаться в весьма значительных суммах компенсаций. В связи с этим возникает проблема не только защиты материальных интересов испытуемых, но и материальной защиты исследователя от наступления ответственности за причинение вреда.

Прежде чем рассмотреть механизмы такой защиты, обратим внимание на то, что испытуемый предоставляет свой организм на определенный промежуток времени для изучения влияния на него какого-либо лекарственного препарата или нового лечебно-диагностического метода, как правило, с целью получения вознаграждения. Между испытуемым и медицинской организацией заключается договорное соглашение об условиях указанной сделки, которое по своей сути является трудовым договором (Договорные отношения между испытуемыми и медицинскими организациями весьма характерны, однако трудовой характер они имеют далеко не всегда). Из заключенного трудового соглашения автоматически вытекает ряд правовых последствий, в том числе требование о соблюдении норм ТК РФ, а также необходимость обязательного социального страхования работника от несчастного случая на производстве, к которому может быть отнесено и причинение вреда жизни или здоровью испытуемого при проведении клинических испытаний.

Подобное требование установлено Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», который определяет не только правовые и экономические основы такого страхования, но и порядок возмещения вреда. Согласно закону обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является видом социального страхования и предусматривает полное возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту).

Под страховым случаем в обязательном социальном страховании подразумевается подтвержденный в установленном порядке факт повреждения здоровья застрахованного вследствие несчастного случая на производстве, т.е. события, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту), повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть.

Основным видом обеспечения по обязательному социальному страхованию яв-

ляются ежемесячные страховые выплаты либо застрахованному в течение всего периода стойкой утраты им профессиональной трудоспособности, либо лицам, имеющим право на их получение, в случае смерти застрахованного. Размер ежемесячной страховой выплаты определяется как доля среднего месячного заработка застрахованного до наступления страхового случая, исчисленная в соответствии со степенью утраты им профессиональной трудоспособности, которая устанавливается учреждением медико-социальной экспертизы в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

В Федеральном законе «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» определен порядок практически всех видов компенсаций материального вреда, причиненного жизни и здоровью, установленных ГК РФ. Кроме того, предусмотрен и ряд других страховых выплат, к которым относятся:

- пособия по временной нетрудоспособности, назначаемые в связи со страховыми случаями и выплачиваемые за счет средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве;
- единовременные страховые выплаты застрахованному гражданину либо лицам, имеющим право на получение такой выплаты в случае его смерти.

Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается за весь период временной нетрудоспособности застрахованного лица до его выздоровления или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности в размере 100% его среднего заработка.

Размер единовременной страховой выплаты определяется в соответствии со степенью утраты застрахованным профессиональной трудоспособности, исходя из шестидесятикратного размера МРОТ, установленного федеральным законом на день такой выплаты. В случае смерти застрахованного лица единовременная страховая выплата устанавливается, исходя из указанного ранее размера оплаты труда.

Решение о назначении или отказе в назначении страховых выплат принимает страховщик не позднее 10 дней (в случае смерти застрахованного — не позднее 2 дней) со дня поступления заявления на получение обеспечения по страхованию и всех необходимых документов по определенному им перечню.

Для включения в программу обязательного социального страхования учреждения здравоохранения, проводящее исследование, обязано зарегистрироваться в исполнительных органах Фонда социального страхования РФ, а также выплачивать страховые взносы, рассчитанные на основании страховых тарифов. Страховые тарифы, дифференцированные по группам отраслей (подотраслей) экономики в зависимости от класса профессионального риска и установлены Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 167-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2004 год». Правила их отнесения к классу профессионального риска утверждены Постановлением Правительства РФ от 31 августа 1999 г. № 975 «Об утверждении Правил отнесения отраслей (подотраслей) экономики к классу профессионального риска».

Таким образом, обязательное социальное страхование является основным механизмом материальной защиты испытуемых в случае повреждения их здоровья и членов их семей в случае смерти испытуемого в результате клинических исследований, а также защиты учреждений здравоохранения, проводящих исследование, от наступления материальной ответственности за причинение вреда*.

Несмотря на то, что социальное страхование работников является обязательным, в ст. 38 Федерального закона от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» сказано, что договор о проведении клинических исследований, заключаемый между

учреждением здравоохранения и организаций — разработчиком лекарственного средства, должен содержать сведения об условиях страхования здоровья пациентов, участвующих в клинических исследованиях лекарственного средства.

Поскольку социальное страхование от несчастных случаев, связанных с выполнением трудовых обязанностей, регулируется социальным федеральным законом, какие-либо иные условия договора о таком страховании не имеют юридической силы. Однако обязательное социальное страхование не исключает других видов страхования, например добровольного страхования жизни и здоровья испытуемых или страхования ответственности учреждения здравоохранения за причинение вреда.

В последние годы правовая база социального страхования постоянно совершенствуется. Так, в ст. 2 Федерального закона от 9 декабря 2003 г. № 172-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации» написано: «Страхование — отношения по защите интересов физических и юридических лиц, ... и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков».

В ст. 4 перечисляются объекты страхования. Среди них следует отметить в первую очередь наиболее значимые в медицинской деятельности.

Объекты личного страхования, которыми могут быть имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование).

Объекты имущественного страхования, которыми могут быть имущественные интересы, связанные, в частности, с обязанностью возместить причиненный другим лицам вред (страхование гражданской ответственности).

Классификация видов страхования приведена в ст. 32ч. Необходимо обратить особое внимание на ч. 1 этой статьи, в которой говорится, что страховщики имеют право получать лицензии и на такие виды страхования, как страхование жизни на случай смерти, страхование от несчастных случаев и болезни, медицинское страхование, страхование гражданской ответственности за причинение вреда вследствие недостатков товаров, работ и услуг, страхование гражданской ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору. Следовательно, обязательное социальное страхование в настоящее время позволяет полностью удовлетворить имущественные интересы испытуемого и его иждивенцев в случае утраты им трудоспособности или смерти, что делает дополнительное страхование ответственности за причинение вреда жизни и здоровью излишним.

В то же время согласно Федеральному закону от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» возмещение застрахованному морального вреда, причиненного в связи с несчастным случаем на производстве, осуществляет причинитель вреда. С учетом того, что моральный вред, как и материальный, причиненный источником повышенной опасности, возмещается независимо от вины причинителя (ст. 1 100 ГК РФ), его страхование весьма желательно. Поскольку согласно ст. 934 ГК РФ страхование морального вреда договором личного страхования не предусмотрено, наиболее оптимальным является применение нормы ст. 38 Федерального закона «О лекарственных средствах» к страхованию ответственности учреждений здравоохранения за причинение испытуемым морального вреда в результате проведения клинических исследований.

Страхование такой ответственности регулируется ст. 931 ГК РФ и осуществляется за счет спонсора клинических исследований (ст. 40 Федерального закона «О лекарственных средствах»). Кроме того, спонсор обязан взять на себя судебные и финансовые издержки медицинского учреждения при предъявлении ему исков в связи с ис-

следованием за исключением случаев преступной халатности и/или врачебной ошибки (ОСТ 42-51 1—99 «Правила проведения качественных испытаний в Российской Федерации»).

Таким образом, несмотря на большую роль, которую страхование ответственности за причинение вреда должно сыграть в деятельности учреждений здравоохранения, проводящих исследования, его конечной целью является защита интересов людей, участвующих в клинических исследованиях. Существующие страховые механизмы позволяют испытуемому не только получить материальную компенсацию в короткие сроки без судебного разбирательства, но и восстановить нарушенные материальные права в полном объеме.

Контрольные вопросы:

1. Почему необходимо страховать профессиональную ответственность медицинских работников? В чем она заключается?
2. Каковы важнейшие характеристики работы в сфере здравоохранения, отличающие ее от иных видов деятельности и имеющие существенное правовое значение?
3. Что такое деликтное обязательство и когда оно возникает в сфере здравоохранения?
4. Согласно какой статье ГК РФ регулируется страхование имущественной ответственности за причинение вреда и в каких случаях оно применяется?
5. Какие действия медицинских работников подлежат социальному страхованию и страховому возмещению?
6. Как, в каких случаях и кому возмещается причиненный пациенту вред?
7. Что такое материальный и моральный вред, причиненный пациенту? В каких случаях и при каких условиях он возмещается?
8. Кому выплачивается материальная компенсация в случае смерти кормильца, наступившей в результате оказания ненадлежащей медицинской помощи или по неосторожности медицинского персонала?
9. Как осуществляется компенсация морального вреда, причиненного пациенту, и какие правовые критерии используются при этом?
10. В каких случаях можно страховать профессиональную ответственность медицинских работников, связанную с компенсацией морального вреда?
11. Что подразумевается под страхованием ответственности при проведении биомедицинских, в том числе клинических, исследований и экспериментов?
12. Какие требования согласно ГК РФ входят в полный объем материальной компенсации потерпевшему лицу, участвовавшему в биомедицинских исследованиях и экспериментах?
13. Кто согласно ГК РФ несет ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью испытуемых?
14. Может ли заключаться договорное соглашение между испытуемым и медицинской организацией и с какой целью?
15. Что такое страховой случай в обязательном социальном страховании и как осуществляются страховые взносы при его возникновении?
16. В каких случаях и по какой методике назначается и выплачивается пособие при возникновении временной нетрудоспособности граждан?
17. Охарактеризуйте правовую базу социального страхования. Какие его объекты наиболее значимы в медицинской деятельности?

ГЛАВА 9

ПРАВОВЫЕ КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

9.1. Правовое соотношение понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга»

Поиски эффективных путей вывода из кризиса отечественную здравоохранения ведутся на протяжении почти 15 лет. Значительное число концепция, разработанных и разрабатывающихся в этом направлении, опирается на различные методологические подходы, среди которых можно указать реформирование и реорганизацию системы здравоохранения, увеличение финансирования, оптимизацию управления и структуры отрасли, совершенствование правового регулирования охраны здоровья, развитие лечебных технологий, повышение профессионального уровня врачей.

В то же время можно выделить важнейший элемент, присутствующий практически во всех крупных программах, посвященных развитию здравоохранения и совершенствованию охраны здоровья населения. Речь идет о повышении качества медицинской помощи, которое является достаточно сложным и многофакторным явлением, лежащим на стыке интересов государства и населения, органов управления здравоохранением и медицинских организаций, администраций лечебных учреждений и медицинских работников, врачей и пациентов.

Главный субъект правоотношений в сфере здравоохранения — население, которое нуждается в доступной медицинской помощи, предоставляемой в объеме, покрывающем его основные потребности. Право на такую помощь гарантировано Конституцией РФ и обеспечивается государством.

Следующее по значимости право в сфере охраны здоровья — получение медицинской помощи надлежащего качества, которое подразумевает самый широкий спектр финансовых, организационных, методических и технологических мероприятий, обеспечивающих удовлетворенность населения медицинским обслуживанием.

С теоретических позиций указанные права нередко объединяют в одно комплексное право — право на доступную медицинскую помощь надлежащего объема и качества, что практически является базисом всей системы здравоохранения. Совокупная деятельность ЛПУ и иных медицинских организаций здравоохранения, системы ОМС, различных органов государственной и муниципальной власти должна быть направлена на реализацию указанных прав и носит, как правило, надстроечный характер.

В рамках решения проблемы качества медицинской помощи можно определить значение, структуру и механизмы деятельности различных учреждений и организаций системы здравоохранения, объемы их должного финансирования, содержание правовой базы в сфере охраны здоровья населения.

Для подробного анализа правового соотношения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» рассмотрим в первую очередь понятие «медицинская помощь», пол которой подразумевается специальная деятельность, направленная на профилактику заболеваний, обследование здоровья, диагностику, лечение, уход и реабилитацию в связи с заболеваниями, иными расстройствами здоровья, беременностью и родами. Она осуществляется медицинскими работниками с использованием профессиональных знаний, умений и навыков.

Как видно из определения, медицинская помощь является весьма широким понятием, что обуславливает достаточно общее определение ее качества. Под качеством понимается совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их применения, соответствие медицинской помощи современному уровню

медицинской науки, нормативно закреплённым стандартам, а также потребностям пациентов. В то же время весьма важно иметь представление о значении указанных понятий с правовой точки зрения. Это необходимо по той причине, что ряд терминов, широко применяемых в медицинской научной и практической среде, не имеет юридического закрепления, в связи с чем их нельзя использовать для правовой квалификации медицинской деятельности.

В ст. 41 Конституции РФ установлено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Специализированные законодательные акты в сфере охраны здоровья граждан также оперируют понятием «медицинская помощь». Кроме того, оно широко применяется в подзаконном правовом регулировании деятельности в сфере здравоохранения. Все это указывает на его правовой характер и юридическую значимость.

Понятие «качество медицинской помощи» также является правовым, а следовательно, юридически значимым. Оно используется в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», ряде других законов и подзаконных НПА.

При этом следует обратить внимание на то, что в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» наряду с термином «медицинская помощь» широко используется термин «медицинская услуга», причём оба понятия практически тождественны. Более того, в ст. 23 этого закона понятие «медицинская услуга» прямо указывается как синоним понятия «лечебно-профилактическая помощь».

По всей видимости, законодатель столкнулся с некоторой терминологической проблемой, суть которой заключается в том, что страхование в целом и медицинское страхование в частности являются гражданско-правовыми институтами, что указывает на приоритет в их правовом регулировании со стороны ГК РФ. В отличие от термина «медицинская помощь», который в ГК РФ не встречается, понятие «медицинская услуга» является гражданско-правовым отношением и входит в примерный перечень услуг, приведённый в ст. 779 этого кодекса.

В отличие от терминологии ГК РФ в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», регулирующем правовые отношения в сфере здравоохранения, использовано понятие «медицинская помощь», широко применяемое в отрасли и привычное для представителей медицинской профессии. Сюит заметить, что некоторые подзаконные правовые акты в сфере здравоохранения также используют оба термина, не проводя между ними значимых различий (например, Приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24 октября 1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»), а в проекте Федерального закона «О здравоохранении в Российской Федерации» они прямо указаны как синонимы.

В связи с этим возникает проблема юридической корреляции рассматриваемых понятий. В литературе встречаются различные взгляды относительно такой корреляции. Например, по мнению известного исследователя проблем оказания медицинских услуг А.В. Тихомирова (1998, 2001) понятие «медицинская помощь» не является правовым вовсе и, следовательно, не должно использоваться в правовых актах. Другие авторы считают, что медицинская помощь — родовое понятие, представляющее собой совокупность услуг, оказываемых лечебным учреждением.

Прежде чем перейти к вопросу о соотношении рассматриваемых понятий, остановимся на определении понятия и классификации медицинских услуг. В соответствии с Приказом Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 19 января 1998 г. № 1212 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении» под медицинской услугой подразумеваются мероприятия (или комплекс мероприятий), направленные на про-

филактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также имеющие самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Следовательно, отличительной характеристикой медицинской услуги от медицинской помощи является дискретность, позволяющая четко определить ее границы, отделить от других услуг, оказываемых в системе здравоохранения, и, следовательно, включить в гражданско-правовой оборот в качестве самостоятельного товара. Указанная характеристика положена в основу классификации медицинских услуг, которые подразделяются:

- на простую (неделимую) услугу, выполняемую по формуле: Пациент + Специалист = Один элемент профилактики, диагностики или лечения (классификатор простых медицинских услуг приведен в Приказе Минздрава России от 10 апреля 2001 г. № 113);
- сложную услугу — набор простых медицинских услуг, для реализации которых нужен определенный состав персонала, комплексное техническое оснащение, специальные помещения; она отвечает формуле: Пациент + Комплекс простых услуг = Этап профилактики, диагностики или лечения;
- комплексную услугу — набор сложных и/или простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения (стационарного, реабилитационного и т.д.) по формуле: Пациент + Простые услуги + Комплексные услуги = Проведение профилактики, установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения (классификатор сложных и комплексных медицинских услуг приведен в Приказе Минздрава России от 16 июля 2001 г. № 181).

Исходя из приведенной классификации, можно сделать вывод, что любая медицинская услуга представляет собой законченное действие, имеющее начало и конец, которое осуществляется медицинским работником-специалистом в отношении одного пациента. В отличие от нее медицинская помощь воспринимается как единый процесс, включающий действия медицинского и немедицинского характера, выполняемые в отношении одного или нескольких пациентов.

Медицинская помощь, оказанная одновременно в отношении одного пациента, может быть представлена в виде простой, сложной или комплексной медицинской услуги, что позволяет говорить о близости рассматриваемых понятий. Если же речь идет о медицинской помощи, оказываемой человеку в течение всей его жизни, или о медицинской помощи, оказываемой, например, медицинским учреждением всем лицам, находящимся в нем на лечении, рассматриваемые правоотношения выходят за пределы гражданско-правового регулирования в сферу публичного права, которое не может ограничиваться термином «медицинская услуга».

Безусловно, важнейшая особенность медицинской деятельности заключается в том, что, являясь составной частью гражданско-правового оборота, она имеет высокое социальное значение. Это предполагает наличие большого числа НПА, которые регулируют не только правовые отношения медицинских организаций и пациентов, но и вопросы общественного и индивидуального здоровья. Поэтому они не могут оперировать лишь термином «медицинская услуга», имеющим выраженную потребительскую окраску в отношении одного конкретного лица.

Безусловно, для гражданско-правового регулирования термин «медицинская услуга» незаменим. В остальных случаях можно использовать оба термина в зависимости от контекста. При этом, расценивая их в целом как синонимы, необходимо отметить, что понятие «медицинская помощь» может иметь как более узкий, так и более широкий смысл, чем «медицинская услуга». В первом случае подразумевается непосредственная деятельность врача, составляющая содержание оказываемой им услуги, во втором — медико-социальная деятельность, осуществляемая в пределах конкретного образования (отделения, больницы, субъекта РФ или всей страны).

В свою очередь понятия «качество медицинской помощи» и «качество медицинской услуги» соотносятся аналогичным образом. В контексте гражданско-правовых от-

ношений, связанных с заключением договоров на оказание медицинских услуг или привлечением к ответственности исполнителя за их ненадлежащее предоставление, может быть использован только второй из указанных терминов. В остальных случаях правовая состоятельность понятия «качество медицинской помощи» не вызывает сомнения, что не исключает возможности использования в медицинской практике обоих терминов.

9.2. Правовые критерии оценки качества медицинской помощи и медицинских услуг.

В действующих правовых актах критерии оценки качества медицинских услуг и качества медицинской помощи имеют некоторые отличия. Например, Закон РФ «О защите прав потребителей» определяет качество услуги (в том числе медицинской) как соответствие:

- условиям договора;
- требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода;
- целям, которые преследовал потребитель;
- обязательным требованиям к качеству, установленным законом или стандартом.

Примером одного из ключевых НПА, посвященных вопросам оценки качества медицинской помощи, может служить совместный Приказ Минздрава России и Федерального Фонда ОМС «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», определяющий основные принципы экспертной оценки качества медицинской помощи и функциональные обязанности специалистов, которым поручен контроль за ним. В соответствии с требованиями и нормами этого документа контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения осуществляется по следующим критериям:

- удовлетворенность пациента от взаимодействия с системой здравоохранения;
- соответствие медицинской помощи показателям, характеризующим ее качество и эффективность (стандартам);
- наличие дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок;
- состояние показателей деятельности учреждений здравоохранения и состояния здоровья населения (распространенность и поздняя диагностика социально значимых заболеваний, первичный выход на инвалидность и смертность лиц трудоспособного возраста, инвалидность в детском возрасте, эффективность реабилитации больных и инвалидов, охват новорожденных скринингом на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, показатели уровня численности аборт, младенческой и детской смертности и др.).

Согласно Методическим рекомендациям «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования», утвержденным Приказом Федерального фонда ОМС от 6 сентября 2000 г. № 73, медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) — это оказанная медицинским работником медицинская помощь, исключая негативные последствия:

- затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессировать! имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса;
- приводящие к затруднению оптимального использования ресурсов медицинского учреждения;
- вызывающие неудовлетворенность пациента при его взаимодействии с медицинским учреждением.

На основании анализа НПА, регулирующих вопросы качества медицинской помощи (медицинских услуг), можно выделить три основных критерия его оценки:

- удовлетворенность пациента (потребителя);
- соответствие современным медицинским технологиям;
- соблюдение нормативных требований и стандартов.

Прежде чем дать оценку каждому из приведенных критериев, рассмотрим значение качества медицинской помощи в правовом регулировании медицинской деятельности. Как известно, медицинская деятельность, являясь достаточно сложной по структуре, регулируется несколькими отраслями права, среди которых основную роль играют:

- административное право (регулирует правоотношения между органами управления системой здравоохранения, с одной стороны, и медицинскими организациями, с другой, а также вопросы их административной ответственности);
- гражданское право (регулирует договорные отношения между различными субъектами системы здравоохранения, а также вопросы гражданско-правовой ответственности);
- уголовное право (регулирует вопросы уголовной ответственности медицинских работников);
- трудовое право (регулирует трудовые отношения в медицинских организациях, а также вопросы дисциплинарной ответственности медицинского персонала).

Таким образом, качество медицинской помощи является не только важным аспектом медицинской деятельности, но и элементом комплексных правоотношений.

9.3. Качество медицинской помощи в административном праве.

Значение качества медицинской помощи в административном праве определяется ее местом в управляющих процессах системы здравоохранения. Органы административного управления и контроля не в состоянии отслеживать и контролировать текущую деятельность каждой медицинской организации. В условиях рыночной экономики и существования разных форм собственности задача эффективного управления в системе здравоохранения решается путем разработки унифицированных, или стандартных, требований к медицинским организациям, выполнение которых позволяет положительно оценить их деятельность. В целом, подобные стандарты направлены либо на обеспечение качества медицинской помощи, либо на осуществление его оценки.

Первая группа стандартов (группа А) регламентирует состояние и структуру помещений, уровень коммуникаций, технико-инструментальное оснащение медицинской организации и профессиональный уровень ее персонала, которые являются необходимыми и достаточными для оказания современной медицинской помощи надлежащего качества.

Вторая группа стандартов (группа Б) непосредственно определяет уровень медицинской помощи, который связан с установлением ее качества, позволяя выявить и устранить некачественное медицинское обслуживание пациентов. К данной группе можно отнести стандарты объема медицинской помощи, диагностические и лечебно-технологические, а также и медико-социальные стандарты. Более подробно обе группы стандартов будут рассмотрены далее.

В структуре административных правоотношений, складывающихся в сфере здравоохранения, особая роль отводится системе лицензирования медицинской деятельности, представляющей собой институт предоставления, приостановления или лишения права на ее осуществление. В процессе лицензирования лицензирующий орган осуществляет комплексную оценку возможностей юридического лица или частного предпринимателя оказывать в будущем медицинскую помощь надлежащего качества. Поскольку непосредственно оценить качество медицинской помощи можно только в процессе практической деятельности, лицензию выдаю] на основе косвенных критериев, указывающих на возможность систематического достижения качества в принципе.

К указанным критериям относятся стандарты качества медицинской помощи группы А. Поскольку важнейшими принципами лицензирования являются унификация и обезличенность, единственно применимым критерием оценки качества медицинской помощи в данном случае являются нормативные требования в виде стандартов. Эксперт лицензирующего органа должен дать оценку того, достигнут стандарт или нет, что позволяет говорить о преобладании в процессе лицензирования объективного фактора. Принятие во внимание субъективных мнений экспертов о вероятном качестве медицинской помощи или о целесообразности выдачи лицензии противоречит как правовой природе лицензирования, так и действующему законодательству.

Медицинские организации, получившие лицензию и осуществляющие практическую медицинскую деятельность, находятся в административных правоотношениях с органами управления здравоохранением. Подобные отношения с медицинскими организациями, находящимися в частной собственности, ограничены в связи с установлением нормативных правил такой деятельности (в том числе стандартов качества медицинской помощи) и постоянным контролем за соблюдением их выполнения с привлечением нарушителей к административной ответственности.

Административные правоотношения органов управления здравоохранением — собственников имущества и медицинских организаций (государственных и муниципальных унитарных предприятий государственных и муниципальных учреждений здравоохранения), использующих его на основании права хозяйственного ведения или оперативного управления, — более глубокие. Например, собственник имущества, находящегося в хозяйственном ведении, решает вопросы создания и ликвидации предприятия, определения предмета и целей его деятельности, назначает и увольняет директора (руководителя) предприятия. Данные полномочия позволяют более широко использовать рычаги административного управления по обеспечению качества медицинской помощи.

Различная степень административного влияния в государственно-муниципальном и частном секторах здравоохранения означает отличие критериев оценки качества медицинской помощи. В отношении медицинских организаций, находящихся в частной собственности, органы управления здравоохранением могут требовать соблюдения только стандартов качества медицинской помощи. Выбор лечебно-диагностической технологии, обеспечивающей выполнение данного стандарта, является внутренним делом руководства таких медицинских организаций и их учредителей. Неудовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказанной в медицинской организации частного сектора, при отсутствии нарушений правовых норм, лицензионных требований и условий также не может быть основанием для мер административного воздействия со стороны органов управления здравоохранением, поскольку конфликты с пациентами являются предметом гражданско-правовых отношений в целом и законодательства о защите прав потребителей в частности.

Для ЛПУ и иных медицинских организаций, находящихся в государственной и муниципальной собственности, жалобы пациентов, напротив, служат основанием для разбирательства со стороны органов управления здравоохранением — учредителей. Последние могут также определять медицинские технологии, применяемые в процессе лечения, особенно в отношении высокоспециализированной медицинской помощи.

Также можно отметить, что в правоотношении «орган управления здравоохранением — медицинская организация» стандарт качества медицинской помощи представляет собой некую степень ожидания пациентов, что позволяет органу управления здравоохранением осуществлять стратегическое планирование и текущее управление медицинской деятельностью.

Подводя итог анализу вопроса о правовом значении качества медицинской помощи в административных правоотношениях, складывающихся в системе здравоохранения, отметим его роль в механизмах административной ответственности медицин-

ских организаций. Несоблюдение медицинской организацией стандартов качества медицинской помощи является основанием для наложения административного взыскания, которое проявляется в виде приостановления действия или аннулирования лицензии либо административного штрафа. Неудовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием может служить основанием для проверки соблюдения лицензионных требований и нормативных предписаний с указанными ранее последствиями в случае их нарушения, а для медицинских организаций, находящихся в государственной и муниципальной собственности, кроме того, основанием для административного разбирательства, выговора руководителю или его увольнения. К этим же последствиям может привести и невыполнение ими требований по соблюдению медицинских технологий.

9.4. Качество медицинских услуг в гражданском праве.

Роль качества медицинской помощи в гражданском праве обусловлена его значением в договорных правоотношениях и обязательствах, связанных с причинением вреда в процессе оказания медицинской помощи. Следует обратить внимание на то, что применительно к гражданско-правовому регулированию вместо понятия «качество медицинской помощи» используют термин «качество медицинских услуг».

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

Вопросам качества при выполнении подрядных работ посвящена ст. 721 ГК РФ, положения которой вполне приемлемы и для договоров по оказанию медицинских услуг. Однако нормы о бытовом подряде, к сожалению, не регламентируют вопросы качества. При этом дается ссылка на Закон РФ «О защите прав потребителей», так как в нем вопросам качества товаров, работ и услуг зелено самое пристальное внимание (ст. 4.13-15, 18-22, 29). Суммируя положения ст. 721 ГК РФ и ст. 4 Закона РФ «О защите прав потребителя», применительно к качеству медицинской услуги можно выделить следующие соответствия:

- оказываемой услуги условиям качества, указанным в договоре, или конкретным целям, оговоренным при заключении договора;
- услуги требованиям, обычно предъявляемым к подобным услугам, или целям их обычного использования, если в договоре отсутствуют условия о качестве и целях такой услуги;
- требованиям стандарта, если им предусмотрены обязательные требования к качеству оказываемой услуги.

Следует обратить внимание на то, что при определении качества медицинской услуги необходимо исходить из стандарта, устанавливающего минимальные требования к ее объему и содержанию. Стандарт должен быть выполнен в обязательном порядке, а это значит, что соглашение между исполнителем услуги (ЛПУ или иной медицинской организацией, а также частнопрактикующим врачом) и ее потребителем (пациентом), игнорирующее требование стандарта, является ничтожным.

В то же время согласно ст. 721 ГК РФ исполнитель может принять на себя по договору обязанность оказать услугу, отвечающую более высоким требованиям к ее качеству по сравнению с установленными стандартами. В данном случае, если исполнитель не выполнит принятые на себя обязательства, он может понести гражданско-

правовую ответственность даже в случае соблюдения им требований стандарта. Данное положение подтверждает мнение о том, что одним из критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность пациента уровнем предоставленной ему услуги. Однако требования пациента не могут быть бесконечными. Медицинская организация обычно гарантирует только то качество услуги, достигнуть которое она в состоянии. В то же время пациент чаще всего настроен на получение максимально возможного уровня качества. В случае возникновения такой ситуации, если компромисс не будет найден, договор не должен заключаться.

Заключение договора с указанием ожидаемого сторонами качества медицинских услуг означает, что неудовлетворенность пациента качеством медицинской помощи приобретает юридическое значение только в случае невыполнения условий договора. В противном случае услуга считается качественной независимо от того, остался пациент удовлетворенным или нет.

Приведенная модель в целом является идеальной, однако в настоящее время она недостижима. Это связано с тем, что, с одной стороны, медицинские услуги, особенно сложные и комплексные, могут иметь весьма широкое содержание, не позволяющее учесть все их нюансы на страницах договора. С другой стороны, потребитель медицинской услуги — пациент, как правило, не разбирается в тонкостях лечебного процесса, что не позволяет ему вести квалифицированные переговоры с медицинской организацией.

Данная проблема решается законодателем путем введения понятия «цель использования услуги». Подобная цель может быть легко сформулирована потребителем медицинской услуги и подчиняет себе большое число профессиональных требований. В этом случае при оценке качества медицинской услуги пациент исходит из того, достигнута ее цель или нет, оставляя без внимания уровень лечебно-диагностических технологий и их ресурсное обеспечение. Следовательно, цель услуги должна быть сформулирована достаточно широко, включая, например, не только «удаление аппендицита и осуществление восстановительного лечения», но и такие параметры, как «минимизация болевых ощущений», «незаметность следов операции на коже», «комфортное пребывание в стационаре», «отсутствие послеоперационных осложнений».

Наконец, последним критерием оценки качества медицинской услуги с точки зрения гражданского законодательства является соответствие услуги требованиям, предъявляемым к подобным услугам или целям их обычного использования. Такой критерий используется достаточно широко, поскольку нормативные требования относительно качества ряда видов медицинских услуг попросту отсутствуют, а большое количество пациентов не позволяет медицинским учреждениям осуществлять детальную проработку условий каждого договора.

Указанная ситуация не относится к особенностям рынка медицинских услуг и является характерной для гражданско-правовых отношений. В самом широком смысле речь идет о правовых обычаях, или деловых обыкновениях, которые не только учитываются участниками гражданского оборота, но и являются источниками права, т.е. используются судами в гражданском процессе наряду с правовыми нормами.

Так, в п. 4 Постановления пленумов Верховного суда РФ и Высшего арбитражного суда РФ от 1 июня 1996 г. № 6/8 «О некоторых вопросах, связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» в качестве примера обычая названы традиции исполнения тех или иных обязательств. В медицинской деятельности подобные традиции связаны с лечебно-диагностическими технологиями, которые признаны медицинским сообществом, широко применяются, соответствуют канонам медицинской науки и позволяют достичь максимально положительного результата, исходя из реальных возможностей врачей и медицинских организаций. Следовательно, договор на оказание медицинских услуг может и не содержать требований к их качеству даже при отсутствии стандартов медицинской помощи, так как пациент не

только вправе рассчитывать на применение традиционных лечебно-диагностических методик и достижение обычного в данных условиях результата лечения, но и имеет возможность защитить это право во внесудебном и судебном порядке.

Предоставление потребителю медицинских услуг ненадлежащего качества влечет наступление гражданско-правовой ответственности. Согласно ст. 29 Закона РФ «О защите прав потребителя» при обнаружении недостатков оказанной услуги потребитель вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- безвозмездного повторного выполнения работы;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

Кроме того, потребитель вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный указанным договором срок ее недостатки не устранены исполнителем. Потребитель также может расторгнуть договор об оказании услуги, если им обнаружены ее существенные недостатки или иные существенные отступления от условий договора. Наступление гражданско-правовой ответственности исполнителя за нарушения им договорных обязательств предусматривается, как правило, в случае наличия его вины (умысла или неосторожности).

Оказание медицинских услуг ненадлежащего качества нередко приводит не только к нарушению условий договора, но и к причинению вреда здоровью пациента. Поскольку во втором случае нарушаются не только экономические права потребителя, но и его важнейшие конституционные права на жизнь и охрану здоровья, гражданское законодательство предусматривает более широкие основания наступления гражданско-правовой ответственности. В частности, согласно ст. 1095 ГК РФ причиненный жизни и здоровью гражданина вследствие недостатков услуги вред подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу (исполнителем), независимо от его вины, что накладывает дополнительные требования к ЛПУ по обеспечению качества медицинских услуг.

Более подробно рассмотрим место качества медицинской услуги в структуре гражданско-правовой ответственности, а также в процессе гражданского судопроизводства. Как известно, основанием любого вида ответственности является состав правонарушения, который включает объект, объективную сторону, субъект и субъективную сторону правонарушения.

Объект правонарушения в гражданском процессе презюмируется и доказательству не подлежит. Субъект правонарушения в случае оказания медицинской помощи в рамках одной медицинской организации также не является существенным для наступления гражданско-правовой ответственности, поскольку такая ответственность налагается не на медицинского работника, а на юридическое лицо, т.е. его работодателя (ст. 402 и 1068 ГК РФ). Субъективная сторона правонарушения в гражданском процессе (вина субъекта) имеет значение только для наступления ответственности за нарушения договорных обязательств. При этом отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство (ст. 401 ГК РФ), т.е. исполнителем. В случае причинения вреда жизни и здоровью пациента доказательства вины не требуется, поскольку ГК РФ предусматривает наступление ответственности и в случае его отсутствия.

Указанные обстоятельства свидетельствуют об усеченном характере состава гражданского правонарушения, единственным постоянным элементом которого, требующим доказательства в гражданском процессе, является объективная сторона. К объективной стороне правонарушения относится факт противоправно-го действия, наличие неблагоприятных последствий, а также причинно-следственная связь между ними.

Противоправность действий медицинских работников в случае нарушения условий договора или причинения вреда здоровью пациента может быть установлена судом, если нарушены требования законодательства, стандартов медицинской помощи или ус-

ловия договора. Однако если стандарты отсутствуют, а в договоре требования пациенту к качеству медицинских услуг не определены, противоправность действий (или бездействия) медицинского персонала можно установить, исходя из несоблюдения им деловых обыкновений, т.е. традиционных лечебно-диагностических методик. Однако суд, не обладая специальными познаниями в медицинской сфере, не может самостоятельно решить, какие методики должны были использоваться и соблюдены они или нет. В данном случае в судебное разбирательство вступает важнейшее процессуальное лицо — эксперт, который, обладая специальными познаниями, способен сделать профессиональное заключение относительно рассматриваемого вопроса.

В тех случаях, когда искивые требования направлены на возмещение вреда здоровью пациента, причиненною в результате невинных действий медицинского персонала, эксперт должен установить не противоправность сто действий, а наличие недостатков оказанной услуги (ст. 1095 ГК РФ). Согласно Закону РФ «О защите прав потребителя» под недостатком услуги понимается ее любое несоответствие обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора.

Заключение эксперта играет в судебном процессе весьма большую роль, однако не стоит его переоценивать. Подобное заключение расценивается судом не как факт или свидетельские показания, которые должны быть обязательно учтены, а лишь как субъективное мнение специалиста. Суд может принять к сведению такое мнение, а может его не принимать, мотивировав при этом свое решение (ст. 187 ГПК РФ). Кроме того, по требованию любой из сторон процесса может быть назначена дополнительная или повторная экспертиза.

Если экспертиза относительно противоправности действий медицинского персонала может быть поручена любому лицу, обладающему специальными познаниями в медицине, то установить неблагоприятные последствия в виде причинения вреда здоровью человека поручают, как правило, особому специалисту — судебно-медицинскому эксперту. Поскольку констатация повреждений, причиненных в процессе лечения, имеет существенное значение в структуре доказательства и оценивается не как мнение специалиста, а как факт, она проводится в рамках СМЭ, которая является государственной некоммерческой структурой, наделенной специальными правами и обязанностями. Судебно-медицинский эксперт должен не только обладать специальными познаниями в области судебной медицины, но и быть независим от представителей органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций.

При смерти пациента экспертное установление факта неблагоприятных последствий не требуется, если они являются очевидными. Причинно-следственная связь, объективно обусловившая наступление неблагоприятных последствий в результате противоправных действий, на судебном процессе, предметом которого является ненадлежащее качество медицинских услуг, может быть установлена только на основании заключения эксперта. В данном случае экспертиза основывается на глубоком понимании анатомии, физиологии и патологии человека и доступна лишь специалисту высокого класса. Нередко для установления причинно-следственной связи привлекают несколько специалистов, мнения которых могут быть диаметрально противоположными. Однако в большинстве случаев суд опирается на мнение судебно-медицинского эксперта. При этом следует отметить, что и любом случае суд оценивает доказательства по внутреннему убеждению, основанному на беспристрастном, всестороннем и полном рассмотрении имеющихся в деле доказательств в их совокупности (ст. 67 ГПК РФ).

Приведенные положения не исчерпывают значение качества медицинской помощи в гражданско-правовых отношениях, возникающих в системе здравоохранения. Подобные правоотношения складываются также между ЛПУ и СМО и регулируются не

только законодательством о медицинском страховании, но и заключаемыми между ними договорами.

Подобные договоры, как правило, содержат значительный перечень условий, касающихся качества медицинской помощи и возлагающихся на медицинскую организацию. Для контроля выполнения подобных условий СМО осуществляет периодическую и выборочную экспертизу, по результатам которой к ЛПУ и иным медицинским организациям могут быть применены различные штрафные санкции.

9.5. Качество медицинской помощи в уголовном праве.

Значение качества медицинской помощи в уголовном процессе в значительной степени совпадает с его местом в гражданско-процессуальном производстве, поэтому рассмотрим лишь некоторые особенности.

Так, в первую очередь необходимо отметить, что к уголовной ответственности обычно привлекается лицо, виновное в совершении преступления. К преступлениям, в той или иной степени связанным с оказанием некачественной медицинской помощи, следует отнести причинение смерти или вреда здоровью по неосторожности (ст. 109 и 118 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом профессиональных обязанностей, нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание людей или смерть человека.

Субъект преступления и его виновность устанавливаются судом на основании фактов, собранных по делу, свидетельских показаний, а также заключений экспертов. Эксперты могут быть привлечены для установления лица, чьи действия явились непосредственной причиной наступления негативных последствий, например в случае, когда пациент лечился у нескольких врачей. Кроме того, необходимо отметить довольно значимую роль экспертного заключения в установлении виновности. Согласно ст. 28 УК РФ деяние признается совершенным невиновно, если лицо, а о совершившее, не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть. Однако в случаях, связанных с причинением тяжкого вреда здоровью или смертью пациента, без проведения детального изучения их причин можно легко поддаться искушению обвинить медицинского работника в грубых просчетах. В то же время эксперт обязан сделать объективное заключение, основанное на том, как должны были поступив в данной ситуации иные специалисты (врач, фельдшер или медицинская сестра), имеющие в наличии те же технические возможности, состояние здоровья пациента и информацию, что и обвиняемый. Исходя из подобного заключения, суд принимает решение о виновности или невиновности медицинского работника, что является важнейшим условием для дальнейшего рассмотрения дела.

Что касается объективной стороны преступления, то, как и в гражданском процессе, суд устанавливает наличие общественно опасных последствий (либо самостоятельно, либо на основании заключения СМЭ), а также выявляет причинно-следственную связь между действиями обвиняемого и наступлением угнанных последствий на основании заключения экспертизы. При определении противоправности деяния в отличие от гражданского процесса деловые обыкновения не рассматриваются как источник права. В уголовном разбирательстве обычно указываются конкретные нормы права, например стандарты, которые были нарушены.

Принимая во внимание то, что профессиональная деятельность в значительной степени не регламентирована, УК РФ использует еще один критерий, указывающий на противоправность деяния, — ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей. Такие обязанности (правила) могут быть установлены законом, другим нормативным актом, утверждены администрацией медицинской организации, ус-

тановлены отраслевым стандартом (стандарты качества медицинской помощи). При привлечении медицинского работника к уголовной ответственности за причинение смерти человеку по неосторожности в результате нарушения профессиональных обязанностей должно быть установлено, что данное лицо знало эти обязанности и было предупреждено об ответственности за их нарушения.

Нарушение стандартов качества медицинской помощи или официально утвержденных профессиональных обязанностей расценивается как фактическое обстоятельство. Поэтому заключение эксперта о том, имела ли место противоправность в действиях медицинского работника, в данном случае обычно не требуется.

9.6. Качество медицинской помощи в трудовом праве.

Последнюю группу правоотношений, играющих существенную роль в медицинской деятельности, составляют трудовые отношения между администрацией лечебного учреждения и медицинскими работниками. Поскольку оказание медицинской помощи надлежащего качества входит в обязанность медицинской организации как работодателя, ее администрация делегирует эту обязанность своим работникам посредством трудовых соглашений, коллективных договоров и правил внутреннего трудового распорядка ЛПУ. Администрация медицинской организации принимает на работу врачей и средний медицинский персонал, имеющих дипломы о получении соответствующего образования и сертификаты специалиста, которые свидетельствуют о знании ими современных лечебно-диагностических технологий и удостоверяют их способность оказывать медицинскую помощь надлежащего качества.

Медицинский работник, осуществляющий профессиональную деятельность в ЛПУ, обязан подчиняться принятым в нем требованиям трудового распорядка (ст. 21 ТК РФ). Фактически это означает, что он должен встраиваться в систему обеспечения качества медицинской помощи, сложившуюся в данной медицинской организации и включающую трудовой распорядок дня, правила взаимоотношений с пациентами, технологии лечебно-диагностического процесса.

Несоблюдение качества медицинской помощи является основанием для наложения на работника дисциплинарного взыскания независимо от того, повлекло ли это неблагоприятные последствия или нет. Для вынесения взыскания должны быть установлены не только факт нарушения медицинским работником требований к качеству медицинской помощи, но и его вина. Как правило, факт оказания некачественной медицинской помощи является основанием для внутрибольничного разбора на КЭК, клинико-анатомической конференции или собрании медицинского персонала, решения которых являются основанием для наложения дисциплинарного взыскания.

При незначительных нарушениях администрация ЛПУ ограничивается замечанием или выговором. Несоблюдение стандартов качества медицинской помощи, приведшее к причинению вреда или смерти пациента, может повлечь увольнение медицинского работника, а также привлечение его к другим видам ответственности.

Таким образом, анализ вопроса о правовом значении качества медицинской помощи в правоотношениях, складывающихся в системе здравоохранения, свидетельствует о его существенной роли в наступлении различных видов ответственности, которая может быть реализована посредством трех правовых институтов: стандартов качества медицинской помощи; его экспертизы; деловых обыкновений.

9.7. Место стандартов, экспертизы и деловых обыкновений в оценке качества медицинской помощи.

Стандарты качества медицинской помощи представляют собой минимальный уровень различных медико-социальных показателей, который отражает современный этап развития медицины и может быть достигнут всеми медицинскими организациями РФ, имеющими разрешение на осуществление конкретных видов медицинской деятельности. Понятно, что выполнить требования стандартов относительно всех видов лечебно-диагностических мероприятий в состоянии далеко не каждая медицинская организация. Поэтому администрация вновь созданного, а в ряде случаев и существующего лечебного учреждения, прежде чем обращаться за получением лицензии на определенные виды деятельности, должна реально оценить свои возможности.

Лицензирующий орган оценивает способность медицинской организации оказывать качественную медицинскую помощь по косвенным показателям (стандарты группы А). Согласно Постановлению Правительства РФ от 21 мая 2001 г. № 402 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» к лицензионным требованиям и условиям (Лицензионные требования и условия — совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности) относятся:

- выполнение требований законодательства РФ;
- наличие помещения, соответствующего экологическим, санитарно-эпидемиологическим, гигиеническим, противопожарным нормам и правилам;
- наличие в штате юридического лица необходимой численности работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженеров, техников и др.), имеющих профессиональное образование, подтверждаемое представлением соответствующих документов на право занятия профессиональной деятельностью по специальности, и специальную подготовку согласно требованиям и характеру выполняемой работы. Кроме того, для индивидуальных предпринимателей, оказывающих медицинские услуги, необходимо наличие высшего или среднего медицинского образования и специальной подготовки, соответствующих требованиям и характеру выполняемой работы;
- наличие организационно-технических возможностей и материально-технического оснащения (включая оборудование и инструменты) для осуществления указанных в лицензии работ и услуг.

Нарушение лицензионных требований или стандартов качества медицинской помощи является основанием для приостановления действия лицензии или ее аннулирования, а также отказа в продлении срока действия лицензии.

Стандарты качества медицинской помощи группы Б включают стандарты объема медицинской помощи, диагностические и лечебно-технологические, а также медико-экономические и медико-социальные стандарты. Первые из них применяются, например, в системе ОМС и включают минимальный перечень видов медицинской помощи, оказываемых гражданам бесплатно (Постановление Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»). К ним можно отнести:

- отраслевые стандарты объема медицинской помощи, которые определяют упорядоченную последовательность лечебно-диагностических мероприятий, их объем и характер и отражают достижения науки и практики в сочетании с оценкой эффективности медицинской деятельности (Приказ Минздравмедпрома России от 8 апреля 1996 г. № 134 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи»);
- отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям, предназначенные для оценки объема и качества оказываемой медицинской помощи детскому населению (Приказ Минздрава России от 7 мая 1998 г. № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям»);
- отраслевые стандарты объемов акушерско-гинекологической помощи (Приказ Мин-

здрава России от 5 ноября 1998 г. № 323 «Об отраслевых стандартах объемов акушерско-гинекологической помощи»).

Диагностические и лечебно-технологические стандарты устанавливают методологические требования к выполнению тех или иных лечебно-диагностических манипуляций. Базовым правовым актом в данной сфере является Приказ Минздрава России от 31 мая 2000 г. № 299 «О введении в действие отраслевого стандарта «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования», в соответствии с которым разрабатываются и утверждаются нормативные документы системы стандартизации, содержащие совокупность методик выполнения простых медицинских услуг.

Эти стандарты представлены протоколами ведения больных, направленными на систематизацию современных подходов к тактике ведения больных и унификацию оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса при определенных заболеваниях, синдромах или клинических ситуациях. Они утверждаются приказами Минздрава содружества России. Для примера укажем:

- Приказ Минздрава России от 2 февраля 1998 г. № 33 «Об утверждении стандартов (модели протоколов) лечения больных туберкулезом»;
- Приказ Минздрава России от 17 апреля 1998 г. № 125 «О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения»;
- Приказ Минздрава России от 28 апреля 1998 г. № 140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных»;
- Приказ Минздрава России от 9 октября 1998 г. № 300 «Об утверждении стандартов (протоколов) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких»;
- Приказ Минздрава России от 17 апреля 2002 г. № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролечни»;
- Приказ Минздрава России от 27 мая 2002 г. № 164 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность».

К медико-технологическим стандартам также относятся лечебно-диагностические модели, устанавливающие единственно возможную последовательность действий медицинского персонала. Такие модели необходимы в том случае, когда выполнение диагностических и лечебных манипуляций жестко регламентировано анатомическими и физиологическими свойствами организма (переливание крови, прямой массаж сердца, введение подключичного катетера).

Медико-экономические стандарты используются для определения перечня лечебно-диагностических мероприятий, оказываемых населению бесплатно. Эти стандарты направлены на оценку качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой медицинскими организациями или их структурными подразделениями за определенный промежуток времени на основании статистических данных (по заболеваемости, внутрибольничной летальности, послеоперационным осложнениям, внутрибольничным инфекциям, длительности пребывания в стационаре, частоте расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов и т.д.). Стандарты данной группы позволяют оценить деятельность всей медицинской организации с позиции качества медицинской помощи и могут быть использованы, например, при вынесении решения о продлении срока действия лицензии.

Стоит подчеркнуть, что указанные группы стандартов разделены с целью осуществления их анализа, поскольку на практике они нередко объединены и входят в сводные таблицы стандартов качества медицинской помощи, устанавливаемых ведомственными НПА.

Роль экспертизы в оценке качества медицинской помощи уже была подробно рассмотрена. В контексте данного анализа следует отметить, что оценочная деятельность эксперта может носить как объективный, так и субъективный характер. В первом случае эксперт констатирует соблюдение или несоблюдение того или иного норматив-

ного или договорного требования к качеству медицинской помощи, например в рамках его контроля, осуществляемого страховой организацией или установления факта противоправности деяния и его негативных последствий в уголовном и гражданском процессе. Во втором случае эксперт высказывает свое субъективное мнение, основанное на личном понимании патофизиологических процессов в организме и влияния на них внешних и внутренних факторов. Мнение эксперта может быть использовано судом при определении субъекта преступления и его виновности в совершении преступления, а также для установления причинно-следственных связей как в уголовном, так и в гражданском процессе.

Последним правовым институтом, применяемым в юридической оценке качества медицинской помощи, являются деловые обыкновения, которые направлены на введение в гражданский оборот устойчиво сложившихся и широко применяемых лечебно-диагностических методик, не имеющих нормативного закрепления. Стоит заметить, что согласно ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, а также медицинские технологии, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Однако согласно сложившейся практике разрешенными можно считать любые методы, на использование которых не наложены нормативные ограничения.

Широкое использование института деловых обыкновений связано с недостаточным развитием стандартизации в отечественном здравоохранении. По мере принятия новых диагностических и лечебно-технологических стандартов оно будет постепенно уменьшаться. В то же время медицинская деятельность является настолько сложной и многогранной, что не может быть полностью регламентирована даже самыми скрупулезными стандартами, что обуславливает сохранение значительной юридической роли рассматриваемого правового института в будущем.

Поскольку правовое значение медицинской помощи имеет прежде всего практическую направленность, рассмотрим реально существующие механизмы контроля и обеспечения ее качества.

9.8. Правовые механизмы контроля и обеспечения качества медицинской помощи.

В настоящее время в сфере правовых механизмов контроля и обеспечения качества медицинской помощи наибольшее развитие получила система анализа легальных исходов, направленная на изучение причин смерти пациентов в процессе стационарного лечения. Значение указанной системы как важнейшего механизма контроля качества медицинской помощи связано с тем, что легальный исход является наиболее негативным и непоправимым последствием оказания медицинской помощи ненадлежащего качества.

Причины летальных исходов пациентов оценивает патолого-анатомическая служба ЛПУ, которая устанавливает причину смерти, расхождение клинических и патолого-анатомических диагнозов, а также влияние на них различных объективных и субъективных факторов. Случаи смерти, в которых предполагается влияние ненадлежащего обеспечения качества медицинской помощи, подлежат обязательному рассмотрению последовательно на комиссиях по изучению летальных исходов, КЭК и клинико-анатомических конференциях. В наиболее спорных ситуациях последнее слово принадлежит прозекторским комиссиям, которые выносят окончательное решение относительно причин смерти.

Система анализа летальных исходов обеспечивает принятие более объективных и эффективных административных и дисциплинарных решений, т.е. является внутри-больничным механизмом контроля и повышения качества медицинской помощи. К та-

кому же механизму можно отнести проведение анализа случаев внутрибольничных инфекций, послеоперационных осложнений, причинения вреда пациентам в процессе лечения, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года, заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности). Эти случаи рассматриваются на заседаниях КЭК или собраниях персонала по инициативе администрации ЛПУ.

Следующим механизмом контроля и обеспечения качества медицинской помощи является работа органов, организаций и учреждений системы здравоохранения с жалобами и обращениями населения. Жалобы пациентов и их родственников на недостаточный уровень качества медицинской помощи могут поступать к заведующим отделениями, руководящим работникам медицинских организаций и ЛПУ, в органы управления здравоохранением, другие органы исполнительной власти, фонды ОМС, СМО, лицензирующие органы, ассоциации по защите прав потребителей, к уполномоченным по правам человека, депутатам, а также в правоохранительные органы.

В настоящее время администрации ЛПУ и органов управления здравоохранением уделяют самое пристальное внимание жалобам пациентов, поскольку это позволяет в значительной степени снизить претензионное напряжение и предотвратить их обращение за защитой в судебные инстанции. Поэтому жалоба пациента расценивается как сигнал к оценке качества медицинской помощи, оказываемой конкретным медицинским работником или лечебным учреждением в целом, а также к принятию соответствующих управленческих решений. К подобным сигналам можно отнести также случаи обращения пациентов в суд, связанные с оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества, соответствующие публикации в прессе, депутатские запросы и т.д.

Количество поступающих сигналов о некачественной медицинской помощи можно снизить, если органы управления здравоохранением и администрация ЛПУ будут вести систематическую работу по повышению качества медицинской помощи. Подобная деятельность имеет незначительную правовую регламентацию, однако, обусловлена существенными правовыми последствиями. Стремление не допустить такие последствия со стороны органов управления здравоохранением и ЛПУ следует рассматривать как самостоятельный механизм контроля и обеспечения качества медицинской помощи. Речь идет о плановых и выборочных проверках качества медицинской помощи, осуществляемых по инициативе органов управления здравоохранением и руководства ЛПУ, а также об их систематической деятельности, направленной на повышение качества медицинской помощи. Эти проверки не связаны с жалобами пациентов или негативными явлениями, так как являются профессиональной обязанностью административных работников в сфере охраны здоровья населения.

Некоторые механизмы контроля и повышения качества медицинской помощи продиктованы нормативными требованиями. Например, в совместном приказе Минздрава России и Федерального фонда ОМС «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» указаны четкие требования к методике и механизмам осуществления ведомственной и вневедомственной экспертизы. Они являются обязательными для исполнения ЛПУ, иными медицинскими организациями и органами вневедомственного контроля (прежде всего, фондами ОМС и СМО).

Стремление к повышению качества медицинской помощи со стороны ЛПУ в значительной степени продиктованы и экономическими соображениями, связанными со стремлением предотвратить наступление материальных санкций за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Наконец, последним из наиболее значимых механизмов контроля и повышения качества медицинской помощи является стратегическое планирование развития и деятельности отрасли на основе статистических данных и некоторых других показателей.

Органы государственной власти, в частности органы управления здравоохранением, осуществляют анализ деятельности отрасли на основании различных показателей, которые могут демонстрировать как негативные тенденции, так и пути повышения качества медицинской помощи. Подобный анализ является базой для принятия управленческих решений, влияющих на системные процессы в отрасли, и направлен на повышение уровня медицинского обслуживания и качества медицинской помощи в целом. К таким решениям могут относиться требования как к улучшению технического оснащения ЛПУ и повышению качества лекарственных препаратов, так и к внедрению новых медицинских технологий, повышению образовательного уровня медицинского персонала, введению более совершенных стандартов качества медицинской помощи, совершенствованию правового обеспечения отрасли.

Подводя итог, необходимо обратить внимание на то, что качество медицинской помощи в системе здравоохранения обеспечивается: правильным выбором приоритетов, ресурсным обеспечением отрасли, национальными стандартами по оснащению медицинских организаций, технологиями лечебно-диагностического процесса, результатами лечебных мероприятий, квалификацией медицинского персонала, а также эффективностью самой системы контроля качества медицинской помощи.

Таким образом, качество медицинской помощи, являясь объектом исследования и управления, представляет собой свойство процесса взаимодействия врача и пациента. Это свойство обусловлено квалификацией врача, т.е. его способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с ЛПУ в частности и системой здравоохранения в целом.

Несмотря на то, что процесс оказания медицинской помощи представляет собой сложный комплекс различных видов деятельности врачей, медицинских сестер, технического и обслуживающего персонала, результаты многих исследований показывают, что именно от качества выполнения лечебно-диагностических мероприятий во многом зависят результаты лечения пациентов и оптимальность использования ресурсов медицинского учреждения.

В заключение необходимо отметить, что проведение анализа правовых аспектов качества медицинской помощи может способствовать развитию и совершенствованию механизмов его обеспечения и контроля, а это, как известно, является одним из значимых элементов для решения многих проблем отечественного здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Кто является субъектами правоотношений в сфере здравоохранения?
2. Что понимают под терминами «медицинская помощь» и «медицинская услуга»?
3. Что такое качество медицинской помощи и в чем проявляется его значение?
4. В какой статье Конституции РФ говорится о праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь?
5. По каким документам осуществляется контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения?
6. Какие выделяют основные критерии качества медицинской помощи?
7. Каково значение качества медицинской помощи в административном праве?
8. Каковы роль и признаки качества медицинской помощи в гражданском праве?
9. В чем заключается понятие «потребность в медицинской услуге» и какими критериями она оценивается?
10. Как оценивается качество медицинской помощи в структуре гражданской ответственности?

11. Какие факторы формируют значение качества медицинской помощи в уголовном праве?
12. В каких случаях возникает ответственность медицинских работников в трудовых отношениях и как она проявляется?
13. Какими документами и как регламентируются стандартизация и лицензирование в системе здравоохранения?

ГЛАВА 10

ЮРИДИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10.1. Определение понятий «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи».

Вопрос о врачебных ошибках рассматривается в медицинской литературе еще со времен Гиппократов. В России большое внимание врачебным ошибкам уделяли такие видные ученые, как Н.И. Пирогов, В.В. Вересаев, И.В. Давыдовский, С.С. Юдин, И.А. Кассирский, А.П. Громов, Н.В. Эльштейн и др. Н.И. Пирогов, который много сделал для привлечения внимания медицинской общественности к врачебным ошибкам, постоянно подчеркивал, что только беспощадная критика в отношении своих ошибок может быть адекватной расплатой за их высокую цену.

В процессе анализа данной проблемы необходимо учитывать три важнейших составляющих ее аспекта: теоретический, юридический и практический. Теоретический аспект позволяет установить значение врачебных ошибок в медицинской профессии, а также указать основные пути снижения их числа. Юридический подразумевает правовое определение понятий «дефект медицинской помощи» и «врачебная ошибка», а также их место в системе уголовного и гражданско-правового регулирования. Практический аспект ставит вопрос о роли рассматриваемых явлений в повседневной деятельности врача.

Теоретические споры вокруг понятия «врачебная ошибка» ведутся до сих пор. К сожалению, в обществе весьма распространено представление о том, что каждый случай врачебных ошибок и связанных с ними осложнений является криминальной ситуацией, что в корне неверно. В то же время многие ученые считают, что врачебная ошибка — это непреднамеренное нанесение вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

Одно из наиболее распространенных определений понятия «врачебная ошибка» основывается на мнении И.В. Давыдовского, который определил ее как «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, либо в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности и медицинского невежества» (цит. по Попов В.Л. Правовые основы медицинской деятельности / В.Л. Попов, Н.П. Попова. — СПб.: Деан, 1997. — С. 56-57).

При анализе этого определения возникает вопрос о его практической значимости. Если оно преследует цель профессиональной оценки деятельности врача, то под него можно подвести значительную часть повседневной медицинской работы, как имеющей негативные последствия, так и не имеющей таковых. Если определение направлено на решение вопроса ответственности, то нельзя исходить только из такого факта, как заблуждался врач или нет, поскольку основным условием наступления ошибки является наличие общественно опасных последствий. В данном случае необходимо согласиться с мнением некоторых авторов, которые считают, что любое добросовестное или недобросовестное заблуждение само по себе не причинит вреда здоровью человека, но до тех пор, пока оно не приведет к ошибочным действиям врача, которые и повлекут неблагоприятные последствия. Заблуждение лишь предопределяет возможность ошибочных действий, а не является таким действием само по себе. Поэтому врачебная ошибка должна рассматриваться не как заблуждение, а как неоправданное (неправильное, ошибочное) действие врача или его бездействие.

Еще один распространенный подход к определению данного понятия основан на

мнении Р. Ригельмана, подразумевающего под врачебной ошибкой нежелательные результаты в лечении больного, связанные с неведением или недомыслием врача по причине нехватки информации о пациенте и его болезни (рис. 10.1).

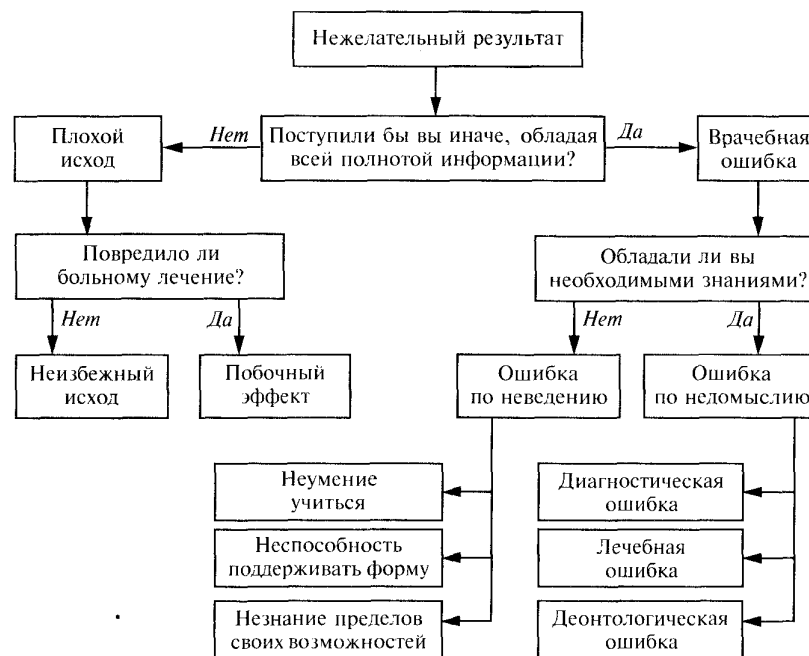


Рис. 10.1. Алгоритм выявления врачебной ошибки (Р. Ригельман, 1994)

Введение в структуру понятия о врачебной ошибке таких определений, как «халатность», «невнимательность», «медицинское невежество», «неведение» и «недомыслие», ставит вопрос о необходимости их корреляции с такими юридическими терминами, как «неосторожность», «легкомыслие» и «небрежность», указывающими на наличие вины. Если подразумевается совпадение этих понятий, то И.В. Давыдовский называет врачебной ошибкой невинные действия врача, а позиция Р. Ригельмана направлена на его виновность.

Юридическое определение понятия «врачебная ошибка» отсутствует. Косвенно о врачебных ошибках говорится в ст. 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, предусматривающей страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Сопоставляя термины «врачебная ошибка» и «профессиональная ошибка», следует отметить, что в случае профессиональных ошибок среднего медицинского персонала или фармацевтических работников, по-видимому, можно употребить термин «медицинская ошибка». Врачебная ошибка входит в понятие «медицинская ошибка», однако выделяется в самостоятельное явление. Медицинская ошибка входит в понятие «профессиональная ошибка», которое охватывает все виды профессиональной деятельности (рис. 10.2).

Таким образом, врачебная ошибка является разновидностью профессиональных ошибок, используется в медицинской профессии и относится к отрицательным последствиям деятельности врачей. Юридическая и научная неопределенность данного понятия говорит о том, что оно представляет собой тонкую материю философского отношения к медицине и возможностям человека в лечении заболеваний.

Медицина не всесильна. Большое число болезней до сих пор неизлечимо (онкологические заболевания, СПИД, системная красная волчанка, рассеянный склероз, многие

психические расстройства). Как известно, медицина основывается на науке о человеке, которая не дает однозначных ответов на многие вопросы. Для примера необходимо указать, что до настоящего времени еще окончательно и достоверно не выяснена основная причина некоторых заболеваний, включая такие «изученные» патологии, как гипертоническая и мочекаменная болезнь, псориаз и шизофрения, какова роль нервной системы в развитии патогенных процессов, каков механизм действия генетического аппарата в развитии человеческого организма и предрасположенности его к заболеваниям.

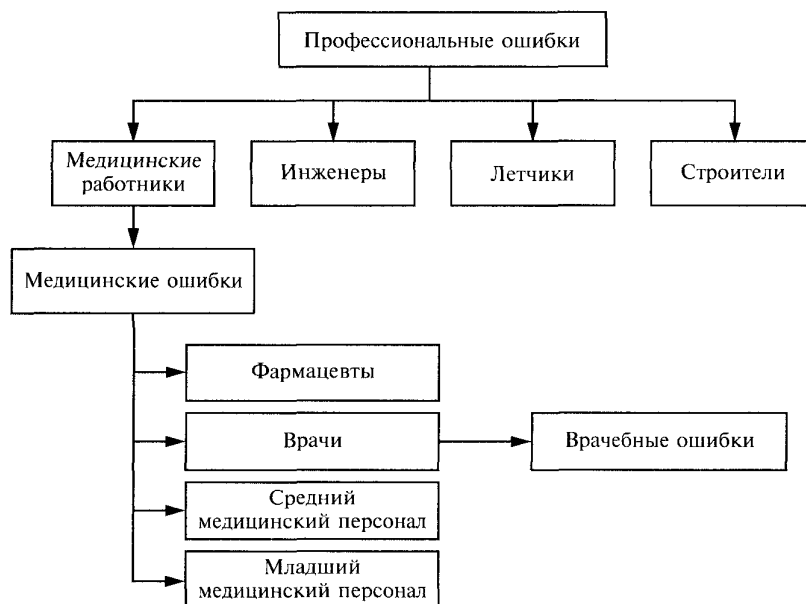


Рис. 10.2. Соотношение понятий «профессиональная ошибка» и «врачебная ошибка»

Кроме того, необходимо учитывать, что в процессе обучения врачей используют классические примеры болезней с развернутой клинической картиной и всеми характерными признаками. В реальной жизни все больше болезней приобретает нетипичное течение, нередко со «смазанной» клинической картиной и нехарактерными свойствами. Клиническое проявление распространенных нозологий может в значительной степени зависеть от свойств конкретного организма. При этом все чаще встречаются смешения различных патологических процессов, что затрудняет их диагностику и лечение, и случаи редких заболеваний, которые врачи не только узкой специальности, но и тем более общей практики могут и не знать, что также является объективной причиной совершения врачебных ошибок.

Для осуществления профессиональной деятельности в этом потоке информации врач должен иметь клиническое мышление, которое формируется в процессе постоянной и непосредственной работы с больными, систематического изучения специальной литературы, регулярного совершенствования знаний и повышения своей квалификации, а также тщательной работы над своими ошибками. Необходимый уровень клинического мышления приобретается годами практической деятельности. Значение клинического мышления является частью «тонкой материи» врачебной ошибки. Врачу можно поставить в вину незнание каких-либо теоретических постулатов. Но можно ли обвинять, например, молодого специалиста в том, что он не успел приобрести достаточный уровень квалификации или клинического мышления?

Таким образом, важнейшим критерием, определяющим понятие «врачебная ошибка», является наличие или отсутствие вины врача в причинении вреда здоровью пациента. Естественно, что врачебной ошибкой не может быть признано умышленное причинение вреда. Причинение вреда здоровью в результате легкомыслия (халатности)

или небрежности с точки зрения Основ также не является врачебной ошибкой. С юридических позиций отсутствие умысла, легкомыслия или небрежности в действиях лица означает его невиновность, поэтому определяющей характеристикой врачебной (профессиональной) ошибки согласно Основам является невиновность медицинского работника.

В гражданском и уголовном праве термин «врачебная ошибка» не встречается, что означает безразличное отношение к факту наличия или отсутствия врачебной ошибки при судебном разбирательстве. Для установления уголовной или гражданской ответственности во внимание принимаются другие факторы, что обуславливает необходимость их использования в определении врачебной ошибки либо выводит данное понятие из сферы правового регулирования в теоретическую плоскость.

Теперь обратимся к понятию «дефект медицинской помощи», под которым подразумевается неоказание или некачественное оказание медицинской помощи, заключающееся в различных нарушениях процесса диагностики, лечения или организации медицинской помощи, которые привели или могут привести к ухудшению здоровья пациента. К дефектам медицинской помощи относятся и те случаи некачественной медицинской помощи, которые не привели к ухудшению здоровья пациента, а лишь могут повлечь подобные последствия в результате нарушения порядка лечебно-диагностического процесса. Понятие «дефекты медицинской помощи» является собирательным и используется для квалификации деятельности различных работников ЛПУ, а не только врачей (рис. 10.3).



Рис. 10.3. Общая схема дефектов медицинской помощи

Как видно из общей схемы, представленной на рис. 10.3, дефекты медицинской помощи можно классифицировать по нескольким группам.

1. Дефекты общей организации медицинской помощи. В данную группу входят:

- случаи неправомерного отказа в оказании медицинской помощи по формальным основаниям (например, проживание обратившегося за помощью в другом субъекте РФ);
- технические задержки в оказании неотложной помощи и госпитализации (например, поломка транспорта, отсутствие мест в отделении);
- отсутствие в ЛПУ необходимых диагностических и лечебных средств, положенных по штатному оснащению (например, поломка УЗИ, отсутствие фармацевтических препаратов, указанных в минимальном перечне);
- нехватка в ЛПУ медицинского персонала, предусмотренного штатным расписанием (например, отсутствие рентгенолога);
- нарушение преемственности в лечении (например, нарушение сроков и условий перевода в другие отделения или лечебные учреждения).

Дефекты общей организации медицинской помощи возникают, как правило, по вине администрации ЛПУ или органов управления здравоохранением, что подразумевает их ответственность в случае ухудшения здоровья пациента. Наличие объективных причин неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи (задержка в госпитализации по причине снежного заноса или отключение электричества по причине обрыва линий электропередач ураганом) выводит данные случаи из разряда ее дефектов.

Нередко вину за дефекты общей организации медицинской помощи пытаются возложить на медицинский персонал. Известны случаи, когда смерть больного в результате самопроизвольного отключения аппарата искусственной вентиляции легких трактуется как вина врача и становится основанием для привлечения его к ответственности, что не может считаться правомерным.

2. Дефекты в процессе осуществления лечебно-диагностических мероприятий врачебным персоналом. Среди них можно отметить:

- дефекты диагностики (например, неправильное установление диагноза основного и сопутствующих заболеваний, невыявление опасных для жизни осложнений);
- дефекты лечения, к которым относятся недостижение врачом лечебного эффекта или необоснованное причинение вреда здоровью и жизни больного в результате оказания медицинской помощи ненадлежащего объема и содержания;
- ятрогении (нанесение психогенной травмы пациенту действиями или неосторожными высказываниями врача);
- нарушения прав пациентов (например, права на выбор врача, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него);
- дефекты в оформлении лечебно-медицинской документации (например, нарушение правил построения диагноза, оформления истории болезни, составления эпикриза).

Необходимо заметить, что дефект медицинской помощи относится к рассматриваемой группе только в том случае, когда врач мог и должен был достичь положительного результата, а также избежать отрицательных последствий при лечении больного. В противном случае дефект должен быть отнесен к другой группе или отсутствует вообще.

3. Дефекты в процессе осуществления лечебно-диагностических мероприятий средним медицинским персоналом. В эту группу входят ошибки среднего медицинского персонала, приведшие к отрицательным последствиям для больного (например, ошибки в применении медицинских препаратов, некачественное осуществление внутривенного доступа, нарушение правил сбора анализов, нанесение физических и психических травм больным при уходе и т.д.).

4. Дефекты медицинской помощи, связанные с действиями технического персонала ЛПУ. К этой группе относятся редкие случаи, которые имеют место при ока-

зании медицинской помощи (например, отключение света в операционной по вине электрика, потеря медицинской документации по вине курьера, падение больного на мокром полу по вине санитарки и т.д.).

10.2. Место понятий «дефект медицинской помощи» и «врачебная ошибка» в системе уголовного и гражданско-правового регулирования.

Выявление дефекта медицинской помощи подразумевает определенную степень вины медицинского работника. Подобное заключение можно сделать, например, исходя из Правил СМЭ тяжести вреда здоровью (в настоящее время утверждающий их приказ Минздрава России отменен). В частности, в п. 20 Правил говорится, что осложнения операций или примененных сложных методов диагностики, являющиеся следствием причин, исключающих вину медицинского работника (тяжесть состояния больного, непредвиденные особенности реакции больного и др.), не относятся к дефектам медицинской помощи и не подлежат судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью.

Стоит заметить, что в случае дефекта медицинской помощи речь идет только о вине в форме неосторожности. Умышленное нарушение прав пациента или причинение ему вреда не могут быть расценены как дефект медицинской помощи, так как они в основном являются дефектом психики лица, совершившего такой поступок.

Наличие вины медицинского работника влечет наступление той или иной ответственности в зависимости от степени общественной опасности его действий. Поэтому дефект медицинской помощи считается юридически значимым понятием и факт его наличия будет иметь соответствующее юридическое значение при установлении меры наказания. Если дефект медицинской помощи выразился лишь в нарушениях процесса диагностики, лечения или организации медицинской помощи, не приведших к ухудшению здоровья пациента, то он является основанием для наложения на медицинского работника дисциплинарной ответственности. Дефект медицинской помощи, последствиями которого стало причинение смерти или вреда здоровью человека, влечет наступление гражданской, административной, а в некоторых случаях и уголовной ответственности.

Под действие УК РФ дефект медицинской помощи подпадает при наличии следующих двух условий: 1) действие или бездействие лица, связанные с дефектом, квалифицируются как преступление; 2) деяние является виновным. Поскольку дефекты медицинской помощи подразумевают определенную степень вины, в случаях, предусмотренных УК РФ, они ведут к наступлению уголовной ответственности.

Следовательно, ошибки при оказании медицинских услуг, не связанные с легкомысленным или небрежным выполнением специалистами своих профессиональных обязанностей, относятся к невиновным действиям врачебного персонала, что не влечет наступление уголовной ответственности (рис. 10.4).

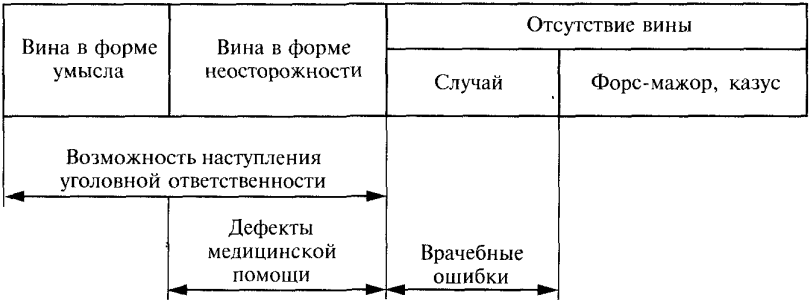


Рис. 10.4. Соотношение понятий «дефекты медицинской помощи» и «врачебные ошибки» с указанием возможности наступления уголовной ответственности

Рассматриваемый подход определяет понятия «дефекты медицинской помощи» и «врачебная ошибка» как фактически исключающие друг друга. В этой связи необходимо заметить, что понятия «ошибка врача» и «врачебная ошибка» не являются тождественными. Ошибкой врача можно назвать любое неправильное действие при исполнении должностных обязанностей, проявляющееся либо в виде дефекта медицинской помощи, либо в виде врачебной ошибки. В этой связи термин «врачебная ошибка» можно охарактеризовать как самостоятельный фразеологический оборот, устойчиво сложившийся и используемый для обозначения ошибочных действий врача, не содержащих признаков его вины.

С точки зрения ГК РФ материальная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью вследствие недостатков услуг (в том числе медицинских) подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от его вины (ст. 1095 ГК РФ). В данной ситуации встает вопрос, что подразумевается под недостатком медицинской услуги.

В соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» недостаток услуги определяется как любое ее несоответствие обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется. В случае дефекта медицинской помощи недостаток услуги налицо. Намного сложнее вопрос о наличии недостатка медицинской услуги в случае врачебной ошибки, которая подразумевает добросовестное выполнение существующих требований к порядку ее оказания. По всей видимости, недостаток имеет место, поскольку остается недостигнутой цель медицинской услуги, заключающаяся в максимальном улучшении здоровья человека при минимальном причинении ему вреда в процессе лечения.

В любом случае установление наличия или отсутствия недостатка медицинской услуги является основным предметом гражданско-правового разбирательства в случае невиновного причинения вреда жизни и здоровью пациента в процессе оказания ему медицинской помощи.

Причинение вреда в случае отсутствия недостатков медицинских услуг (например, удаление органа по показаниям или осуществление высокоинвазивного исследования, необходимого больному) не предусматривает наступления гражданско-правовой ответственности. Гражданско-правовая ответственность также не наступает в случае причинения вреда пациенту, явившегося следствием его умысла (ст. 1083 ГК РФ) или непреодолимой силы (форс-мажор).

Под непреодолимой силой понимаются чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях ситуации (ст. 401 ГК РФ). К ним могут быть отнесены как стихийные явления (землетрясение, наводнение, ураган), так и -экстремальные факторы и обстоятельства общественной жизни (военные действия, эпидемии, крупномасштабные забастовки). К таким ситуациям не может быть отнесено отсутствие лекарств у больницы, поломка аппарата искусственной вентиляции легких или заболевание врача-специалиста.

Безусловно, с позиций ГК РФ невиновность может быть разделена на случай (несчастное действие) и форс-мажор. Случай — это ситуация, которую заранее никто предвидеть не может. Если при взаимоотношениях между медицинским работником и пациентом имел место случай, то его вины может и не быть. Поскольку случай заранее предвидеть невозможно, он характеризуется субъективной непредотвратимостью. Вместе с тем, если бы лицо знало о предстоящем случае, оно могло бы его предотвратить.

Как известно, случаи причинения вреда пациентам ЛПУ в принципе возможны. Следовательно, для предотвращения возникновения таких ситуаций руководство медицинской организации обязано заботиться о своевременной закупке современного диагностического оборудования, внедрении современных технологий лечения, а также о повышении квалификации медицинского персонала. На этом и основано положение ГК

РФ о наступлении гражданской ответственности при случайном (невиновном) причинении вреда.

Если случай связан с субъективной непредотвратимостью, то для непреодолимой силы она характеризуется как объективная реальность. Ее не только невозможно предвидеть, но и невозможно предотвратить любыми доступными для лица средствами даже тогда, когда лицо могло предвидеть действие непреодолимой силы. Возникновение непреодолимой силы является трагедией для людей и связано с неспособностью человека влиять на природные и социальные катаклизмы, что исключает возможность наступления какой бы то ни было ответственности медицинских работников (рис. 10.5).



Рис. 10.5. Соотношение понятий «дефекты медицинской помощи» и «врачебные ошибки» с указанием на возможность наступления гражданской ответственности в виде компенсации материального вреда

Возможность наступления гражданско-правовой ответственности при отсутствии вины является сложным психологическим и материальным фактором. В целях сглаживания материальной остроты проблемы врачебных ошибок ст. 63 Основ устанавливает в этом случае возможность страхования врачебной ошибки, что подразумевает компенсацию материального вреда жизни и здоровью пациента не за счет врача, а за счет страховой организации.

Подводя итог анализу материалов о наступлении гражданско-правовой ответственности в сфере здравоохранения, следует отметить, что компенсация морального вреда, причиненного пациенту в процессе оказания медицинской услуги, возможна только в случае виновных действий медицинских работников (ст. 1100 ГК РФ), т.е. при возникновении дефектов медицинской помощи.

Теперь обратимся к одному из ключевых вопросов рассматриваемой проблемы, а именно к тому, что является критерием правильности или неправильности действий врача. Здесь речь идет о стандартах медицинской помощи. В настоящее время одним из таких критериев являются стандартные модели (протоколы) лечения отдельных нозологий, утвержденные приказами Минздрава России.

Протокол ведения больного — это нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации. В настоящее время утверждены стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных неспецифическими заболеваниями легких, наркологических больных, больных туберкулезом, заболеваниями органов пищеварения, детских болезней и ряда других патологий.

Существуют некоторые ограничения в стандартизации лечебно-диагностического процесса. Во-первых, стандарты (протоколы) лечения больных людей установлены в отношении весьма незначительного числа заболеваний. Во-вторых, действующие стандарты постоянно подвергаются критике со стороны различных научных школ, практикующих иные лечебно-диагностические подходы. В-третьих, не решен вопрос о том, как трактовать действия врача, выполненные в полном соответствии

со стандартом, однако приведшие к негативным последствиям для больного. Наконец, следует учесть, что имеются патологические состояния (крайне редкие и комбинированные заболевания, атипичное течение болезни, нестандартные реакции организма), для которых разработка стандартных моделей лечения в принципе невозможна, что можно отнести к особенностям медицинской деятельности.

Стандартизация лечения не является безупречной и в юридическом смысле. Регистрация отклонений в действиях врача от стандартной модели является лишь констатацией нарушений технологии лечебного процесса, которые могут иметь различные последствия — от самых негативных до весьма положительных. В то же время даже при дословном соблюдении стандарта лечебно-диагностических мероприятий вопросы качества медицинской помощи, наличия недостатков в медицинской услуге и ответственности медицинского персонала остаются открытыми.

Исходя из особенностей врачебной деятельности, необходимо отметить, что любой стандарт, каким бы качественным он ни был, не может гарантированно и неукоснительно точно рекомендовать врачу, как поступать в той или иной ситуации. Врач, исходя из фактических проявлений заболевания, особенностей больного, а также своего опыта, должен принимать самостоятельное решение. Строгие стандарты лечебно-диагностических мероприятий возможны только в отношении небольшого числа urgentных патологий, поскольку задержки в принятии решений в этих случаях сами по себе могут быть губительны для больного.

Как известно, стандарт позволяет установить минимальный объем лечебно-диагностических мероприятий, основанных на существовании общепризнанных подходов к диагностике и лечению большинства заболеваний, который врач выполнить обязан.

В западном здравоохранении деятельность врача настолько регламентирована, что строгое выполнение требований инструкций и стандартов может освобождать его от ответственности. В России такой подход пока невозможен, поскольку население не имеет достаточной правовой защиты и обычно рассчитывает только на сознательность и полную самоотдачу врача.

Единственный вывод, который не вызывает сомнения, заключается в том, что причинение вреда в результате отклонения от стандарта является четким критерием дефекта медицинской помощи и основанием для наступления той или иной ответственности медицинского персонала. Таким образом, несмотря на указанные проблемы, введение стандартов медицинской помощи считается существенной основой для юридической оценки уровня качества и выявления дефектов при ее оказании, установления вида и степени ответственности как ЛПУ, так и непосредственных исполнителей медицинских услуг.

Оценка качества медицинской помощи, оказанной пациенту в целом (суммарное качество представленных потребителю медицинских услуг), является прерогативой экспертов и не может подлежать стандартизации. Только индивидуальное рассмотрение специалистами конкретных лечебно-диагностических мероприятий с учетом особенностей состояния больного, течения его заболевания и других имевших место факторов может быть основанием для выявления недостатков медицинской помощи.

В отечественной статистике обобщенные данные о численности случаев причинения вреда пациентам, тем более послуживших причиной судебных разбирательств в рамках как гражданских, так и уголовных процессов, обычно не отражаются. Кроме того, в средствах массовой информации и особенно в научно-практической литературе также довольно редко публикуются материалы в этом направлении. В странах, где подобная судебная практика распространена и носит устойчивый характер, такого рода информация вполне доступна для населения.

В Великобритании, например, в 1995 г. судебные расходы, связанные с рассмотрением дел о врачебных ошибках, составили около 150 млн. фунтов стерлингов. В

США количество поступающих от пациентов исков также велико. В период с 1991 г. по 1994 г. число выплат по искам увеличилось вдвое по сравнению с предшествующим периодом и составило более 800 тыс. случаев. При этом суммы, выплачиваемые в качестве компенсации, были весьма значительны. В 79 случаях они превысили 1 млн. долл. США. Как правило, выплатить такие большие суммы практикующему врачу не под силу, что свидетельствует о роли и значении медицинского страхования.

По данным ряда исследователей почти половина дел по искам к врачам обусловлена ошибками при установлении причины болевого синдрома в грудной клетке, а главная претензия по ним — неправильная диагностика инфаркта миокарда. При анализе подобных случаев выясняется, что в более чем 30% из них диагноз «стенокардия» был известен и четко зафиксирован в амбулаторной карте больного. Однако врачи или были невнимательны при знакомстве с содержащейся в ней информацией, или не проявили должной настойчивости, чтобы получить эту карту для ознакомления.

Примерно в 25 % случаев ошибку провоцируют конфликты с родственниками, справедливо, но грубо требующими от врача экстренной госпитализации. По чисто психологическим причинам любой нажим вызывает противодействие, и врач в эмоционально напряженной ситуации или в стрессовом состоянии, теряя способность рассуждать объективно, может принять неправильное решение. Кроме того, английские врачи, работающие в скорой медицинской помощи, находятся под сильным давлением обстоятельств, связанных с нехваткой мест в отделениях. Их подвергают жесткой критике, если они госпитализируют пациента с болями в груди, причиной которых является, например, скелетно-мышечная патология. Вполне естественно, что в подобных условиях неизбежно возникают ошибки.

В Российской Федерации мониторинг судебных разбирательств, связанных с оказанием медицинской помощи, ведется только в системе обязательного медицинского страхования. Согласно данным Федерального фонда ОМС за 5 лет (с 1997 по 2001 г.) суды РФ рассмотрели 1 457 дел, связанных с защитой прав граждан в системе ОМС.

В настоящее время в РФ отмечаются тенденция снижения количества уголовных исков против врачей и увеличение численности гражданско-правовых дел. Это свидетельствует о том, что пациенты все меньше хотят «посадить» врача и все больше стремятся к материальной компенсации причиненного им вреда.

Исходя из такого положения, можно определить практическое значение выявления врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи с точки зрения права и профессиональной медицинской деятельности. Прежде всего необходимо особо указать, что наибольшую роль данные понятия приобретают при исследовании случаев причинения вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи. Так, если причиненный вред является следствием деятельности врача и наличие его вины установлено, то действия (бездействие) врача предусматривают ту или иную ответственность (в основном, гражданско-правовую или уголовную). В случае, когда возникает задача установления вины врача, то перед судом встает вопрос, имело ли место невиновное действие (врачебная ошибка) или некачественное оказание медицинской помощи по вине врача (дефект оказания медицинской помощи).

При невиновном причинении вреда (казусе) действие (бездействие) врача не предусматривает уголовной ответственности. Данный случай может быть рассмотрен на клинко-анатомической конференции с целью повышения теоретических знаний врачебного персонала ЛПУ.

Если негативное развитие патологического процесса не связано с действиями медицинского персонала, а является следствием тяжести состояния больного или объективных особенностей течения заболевания, нет смысла говорить о причинении вреда вообще.

Отличием невиновного причинения вреда от ухудшения состояния здоровья или смерти по объективным причинам является наличие причинно-следственной связи ме-

жду действиями медицинского персонала и состоянием больного.

С точки зрения ГК РФ установление вины врача в случае причинения вреда пациенту играет роль только для компенсации морального вреда (ст. 1100 ГК РФ). Для компенсации вреда жизни и здоровью пациента наличие вины не существенно. Определяющим в данном случае считается наличие или отсутствие недостатка медицинской услуги. Поэтому выявление врачебной ошибки, наоборот, является основанием для возмещения материального вреда, поскольку ее совершение при оказании медицинской услуги указывает на ее недостаток.

Необходимо заметить, что в случае причинения вреда пациенту действия врача в обязательном порядке подлежат оценке коллег-специалистов (экспертов, судебно-медицинских экспертов, патологоанатомов). Только специалисты на основе тщательного анализа ситуации и взвешенного коллегиального мнения могут сделать заключение о том, имела ли место врачебная ошибка или причина нанесения вреда пациенту кроется в другом действии и иной ситуации (дефект медицинской помощи, вина больного, тяжесть его состояния или форс-мажор).

На основании изложенного можно сформулировать основные признаки врачебной ошибки.

Врачебная ошибка может быть допущена врачом (врачебным персоналом, имеющим высшее медицинское образование) в процессе оказания медицинской помощи пациенту.

Врачебная ошибка может быть обнаружена в результате действий (бездействия) врача. Ошибочная трактовка теоретических вопросов в медицине расценивается как заблуждение врача.

Врачебная ошибка реально проявляется в случае причинения вреда пациенту. Ошибочные действия врача, не имеющие отрицательных последствий, можно расценивать как нарушение методики лечения. В то же время правильность методик лечения определяется на основании мнения большинства или влияния той или иной врачебной школы. Одна врачебная школа может успешно применять свои методики лечения, другая — считать их ошибочными. Кроме того, не признанные на каком-то этапе развития общества методики лечения со временем могут стать общепринятыми, а общепринятые — ошибочными, что связано с постоянным развитием медицины.

Врачебная ошибка является следствием недостаточно развитого клинического мышления молодого врача, нетипичного течения болезни, нетипичной реакции организма и других трудно прогнозируемых обстоятельств. Врачебной ошибкой нельзя называть действия врача в случае его недостаточных знаний и практических навыков, если он обязан был иметь их в соответствии со своей квалификацией.

Диагностической врачебной ошибкой следует считать случаи, когда врач добросовестно и полностью проводит обследование больного, однако ставит неправильный диагноз в результате атипичного течения болезни. Это может иметь место, когда все данные диагностического обследования указывают на другую болезнь или какая-либо сопутствующая нозология не имеет клинических проявлений либо они смазаны другой нозологией. При этом врачу нельзя ставить в вину, что он не провел дополнительных исследований, если к этому не было достаточных оснований.

Необходимо отметить, что широкое использование таких современных методов исследования, как, например, ядерно-магнитный резонанс и компьютерная томография, снижает вероятность врачебных ошибок при постановке диагноза.

В случае диагностической врачебной ошибки врач добросовестно выполняет правила диагностики, правильно трактует полученные данные, однако при постановке диагноза совершает ошибку, основанную на объективной невозможности проведения полномасштабного обследования каждого больного. Однако при наличии неопределенности в постановке диагноза нежелание проводить дальнейшее обследование можно расценивать как невыполнение врачом диагностического алгоритма, что выходит за

пределы определения понятия «врачебная ошибка».

Мог ли врач предвидеть ошибочность своих действий? Наверное, мог, потому что каждый врач знает, что может ошибиться. Должен ли был врач предпринять дополнительные шаги по проверке и перепроверке поставленного диагноза? В тот момент, когда ошибка будет обнаружена, может показаться, что очень много признаков ранее свидетельствовало о том, что диагноз поставлен неверно и врач должен был провести дополнительное исследование или поставить правильный диагноз сразу. Однако только объективный разбор конкретных действий врача в реальной ситуации позволит ответить на вопрос, имела ли место врачебная ошибка или действия врача явились следствием небрежности и невнимательности.

Иногда возникают ситуации, когда врачи перестраховываются и при малейшем подозрении на какую-либо опасную нозологию проводят дополнительные исследования, в том числе и инвазивные. Если опасения врача не подтвердятся и исследование окажется излишним, может опять возникнуть вопрос о причинении вреда пациенту. В таком случае речь опять идет о врачебной ошибке, однако и в этом случае врач должен обосновать причину своих опасений.

В Российской Федерации принято разбирать все врачебные ошибки диагностики, приведшие к смерти и тяжелым осложнениям, и классифицировать их по трем категориям. Делается это на клинических исследованиях летальных исходов и КЭК, а также на патолого-анатомических конференциях. Однако случаи, когда врачебный коллектив или руководство ЛПУ решаются вскрыть всю полноту тяжести ошибки и отразить ее в официальном протоколе, пока еще являются большой редкостью.

Лечебной терапевтической врачебной ошибкой следует считать случаи, когда врач осуществлял адекватное лечение заболевания, диагностированного, в свою очередь, с врачебной ошибкой. Если врач правильно диагностировал заболевание, но из возможных схем лечения выбрал такую, которая должна была принести, но в силу особенностей данного больного не принесла должного результата, ее также следует трактовать как врачебную ошибку. Ошибка может быть и при реализации в целом правильно выбранной схемы лечения. Это обычно происходит в случаях возникновения непредвиденной реакции больного на введение лекарственного препарата (например, если произойдет его кумулятивное накопление или аллергизация организма в процессе лечения) или когда врач не учел и не мог учесть психологической реакции больного на какую-либо процедуру, хотя тот дал предварительное информированное согласие на ее проведение.

Лечебной хирургической врачебной ошибкой следует считать случаи, когда в процессе операции врач принимает решение о проведении хирургической манипуляции при наличии необходимых показаний, однако наталкивается на непредвиденную реакцию тканей, неостанавливаемое кровотечение или рассекает артерию при ее нетипичном расположении. Кроме того, в процессе операции у больного может возникнуть непредвиденная реакция на само вмешательство и реанимационные мероприятия. Столкновение врача с такой реакцией больного, приведшей к повреждению его здоровья, также можно считать врачебной ошибкой.

Врачебные ошибки, связанные с организацией медицинской помощи, могут возникать в случаях, когда, например, врач скорой помощи принимает решение не госпитализировать больного при отсутствии соответствующих показаний, а госпитализация была необходима, или, наоборот, обнаруживает показания для госпитализации, в осуществлении которой необходимости не было. Также к этой группе относятся случаи, когда больной с его согласия направляется на операцию, к которой он морально не готов, или выписывается из больницы по всем основаниям, а по дороге домой наступает ухудшение его здоровья и т.д.

Как видно, во всех случаях врачебной ошибки наблюдается возможность осознанного выбора врачом того или иного поведения. Если врач добросовестно выполнил

единственно возможный алгоритм действий, предписанный стандартом или инструкцией, его действия не могут быть признаны ошибкой. Данное мнение продиктовано тем, что у врача просто не было выбора действовать по-другому и в случае причинения вреда пациенту ошибочными должны быть признаны сами методики (стандарты) лечебно-диагностических мероприятий.

В случае наличия выбора он должен быть связан с правомерными действиями. Однако выбор, который делает врач, может быть ошибочным. При его оценке необходимо учитывать как объективные (особенности течения болезни и реакции организма больного, сложившаяся система оказания медицинской помощи), так и субъективные критерии (недостаточная развитость клинического мышления, отсутствие надлежащего опыта у молодого специалиста, недостаточная врачебная интуиция, недостаточное внимание к ряду несущественных с точки зрения клиники факторов, таких как озабоченность больного, плохое настроение, незначительное повышение температуры, незначительные изменения аппетита и т.д.).

Проведенный анализ позволяет привести более точное и правильное определение врачебной ошибки. Итак, врачебная ошибка — это отрицательный результат диагностических, лечебных или организационных мероприятий врача, т.е. когда им оказана медицинская помощь надлежащего объема и содержания, однако пациенту причинен вред или положительный эффект лечения не достигнут при отсутствии вины врача. Следовательно, врачебная ошибка является многофакторным явлением. С одной стороны, она обычно определяется результатом действия или бездействия врача, с другой — оказанная медицинская помощь должна быть надлежащего объема и содержания. В то же время отрицательные последствия в диагностике и лечении больного могут являться результатом невиновного действия врача.

В медицинской и юридической практике необходимо учитывать соотношение понятий «медицинская помощь надлежащего объема и содержания» и «недостаток медицинской услуги». Данные понятия довольно разные по своему существу. Достаточный объем количественных показателей не всегда означает приемлемый уровень качества. Является ли оказанная медицинская помощь надлежащего качества или нет устанавливается экспертами на основании теоретических подходов к технологиям лечения больных. Эксперты могут прийти к выводу, что при оптимальном обеспечении медицинской услуги, выполненной в необходимом объеме и с соответствующим содержанием, ее качественные показатели оказались не достигнуты.

В то же время любое отсутствие положительного результата в диагностике и лечении, хотя в принципе его достижение планировалось, может трактоваться как недостаток медицинской услуги.

Таким образом, все врачи, как и представители других профессий, ошибаются. Один из виднейших клиницистов России И. А. Кассирский писал: «Врачебные ошибки — это серьезная и всегда актуальная проблема врачевания. Надо признать, что как бы ни было хорошо поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический стаж, с прекрасной клинической школой, очень внимательного и серьезного, который в своей деятельности мог бы безошибочно определить каждое заболевание и столь же безошибочно лечить его, делая идеальные операции» (Кассирский И.А. О врачевании / И.А. Кассирский. — М.: Медицина, 1970. — С. 228).

Меньше всего ошибок у тех врачей, которые проявляют в своей работе крайнюю осторожность, придерживаясь принципа «как бы чего не вышло». Но едва ли у кого-то вызовет сомнение, что чрезмерная осторожность врача может нанести не меньший вред, чем чрезмерная решительность. С юридической точки зрения врач будет нести ответственность не только за противоправное действие, но и за бездействие, которое прямо или косвенно причинило вред здоровью человека.

Врачи готовы признать, что не являются специалистами по всем болезням. С го-

раздо меньшей охотой они соглашаются с тем, что не в состоянии вылечить всех тех, чьи болезни попадают в сферу их профессиональных интересов. Неспособность признать неудачу, воспользоваться советом и откровенно обсудить упущенные возможности — четкая формула краха медицинской карьеры.

В заключение можно привести слова И.А. Кассирского: «Ошибки — неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, ошибки — это всегда плохо, и единственно оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было. Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться, и виновен не тот врач, который допускает ошибку, а тот кто не свободен от трусости отстаивать ее» (там же, С. 229).

Контрольные вопросы:

1. Что такое врачебная ошибка?
2. Что подразумевает под врачебной ошибкой Р. Ригельман?
3. Дайте определение понятию «дефекты медицинской помощи». На какие группы они классифицируются?
4. В каких случаях не наступает гражданско-правовая ответственность врача после причинения вреда пациенту?
5. С какой целью в здравоохранении используются стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных?
6. Каково практическое значение выявления врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи с точки зрения права и профессиональной медицинской деятельности?
7. Какие основные признаки характерны для врачебных ошибок?

ГЛАВА 11

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

11.1. Нормативно-правовое обеспечение.

Судебная экспертиза — это процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, для разрешения которых необходимы специальные знания в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, проводящим дознание, следователем или прокурором в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу. Установление причины смерти и характера телесных повреждений, а также решение других вопросов на основе специальных познаний в судебной медицине осуществляется посредством проведения СМЭ.

Судебно-медицинская экспертиза назначается при расследовании преступлений против жизни и здоровья граждан, профессиональных правонарушений медицинских работников, а также в случаях, требующих применения судебно-медицинских знаний в гражданском процессе. Например, согласно Приказу Минздравмедпрома России от 29 апреля 1994 г. № 82 «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» труп подлежит обязательному судебно-медицинскому исследованию в случае смерти человека от насильственных причин или при подозрении на них, от механических повреждений, отравлений (в том числе этиловым алкоголем), механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после осуществления искусственного аборта вне лечебного учреждения, а также при отсутствии установления личности умершего.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» все работы и услуги по СМЭ подлежат обязательному лицензированию, которое осуществляется этим ведомством.

Судебно-медицинская экспертиза проводится в гражданском и уголовном судопроизводствах. Правовую основу проведения СМЭ составляют процессуальное законодательство. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в ред. от 30 декабря 2001 г. № 196-ФЗ), ст. 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также ведомственные нормативно-правовые акты. При этом СМЭ является лишь одним из направлений экспертной работы, осуществляемой в рамках судебного разбирательства.

Например, согласно ГПК РФ для разъяснения возникающих в процессе рассмотрения дела вопросов, для решения которых необходимы специальные знания в различных областях науки, техники, искусства, ремесла, суд назначает экспертизу (ст. 79). Экспертиза проводится экспертами судебно-экспертных учреждений по поручению руководителей этих учреждений или иными экспертами, которым она поручена судом (ст. 84). В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения.

Экспертиза проводится в суде или вне суда, если это необходимо по характеру исследования либо в силу невозможности или затруднительности доставить предмет исследования в суд. Заключение эксперта должно содержать подробное описание проведенного исследования, а также сделанные по результатам его анализа выводы и ответы на поставленные судом вопросы (ст. 86 ГПК РФ). После завершения экспертизы эксперт передает в суд свое заключение в письменной форме. Если суд сочтет необходимым личное присутствие эксперта в судебном заседании, он может потребовать от него явиться по вызову суда (ст. 85 ГПК РФ).

Заключение эксперта в гражданском процессе не является для суда обязательным (ст. 86 ГПК РФ), поскольку согласно ст. 67 ГПК РФ суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств.

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации весьма подробно регламентирует судебно-экспертную деятельность. Согласно ст. 57 УПК РФ эксперт — это лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в установленном порядке для проведения судебной экспертизы и дачи заключения. На основании ст. 283 УПК РФ судебная экспертиза назначается судом по ходатайству сторон или по собственной инициативе, в том числе для оценки тех или иных действий медицинских работников. В данном случае эксперты должны установить, были ли такие действия правильными, а в случае их неправильности выяснить, в чем она заключалась и к каким последствиям привела. Эксперту нельзя задавать вопросы о вине и степени ответственности медицинского работника, поскольку они относятся к исключительной компетенции суда.

Судебная экспертиза в уголовном процессе проводится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями (ст. 195 УПК РФ). В соответствии со ст. 196 УПК РФ назначение и проведение судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

- причины смерти;
- характер и степень вреда, причиненного здоровью;
- психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, если возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;
- психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;
- возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, если это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

При проведении судебной экспертизы в экспертном учреждении следователь направляет руководителю соответствующего экспертного учреждения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, необходимые для ее осуществления (ст. 199 УПК РФ).

В соответствии со ст. 52 Основ СМЭ проводится в медицинских учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения экспертом бюро СМЭ, а при его отсутствии — врачом, привлеченным для осуществления экспертизы, на основании постановления лица, проводящего дознание, следователя, прокурора или определения суда.

Различают первичную, повторную, дополнительную, комиссионную и комплексную СМЭ.

Первичной СМЭ называется первое исследование объекта экспертизы с составлением заключения эксперта по его результатам. Форма СМЭ, проведение которой обусловлено необходимостью подтверждения или уточнения данных, полученных в результате первичной экспертизы (поручается другому эксперту), называется повторной СМЭ.

Проведение дополнительной СМЭ обусловлено необходимостью восполнения пробелов в заключении, данном ранее (поручается тому же или другому эксперту).

Комиссионная СМЭ назначается в тех случаях, когда необходимо заключение нескольких экспертов (двух и более) одной или разных специальностей. Когда для решения вопроса требуются не только медицинские знания, но и знания в других областях науки (математике, криминалистике, антропологии и др.), комиссионная экспертиза становится комплексной.

Объектами экспертизы являются вещественные доказательства, документы, предметы, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому проводится судебная экспертиза. Исследования осуществляются также в отношении живых лиц.

Основанием для проведения СМЭ по материалам дела является постановление следователя, прокурора или определение суда. Вместе с постановлением в адрес учреждения, специалистам которого поручена экспертиза, направляется уголовное или гражданское дело, а при возникновении необходимости получения дополнительных данных — подлежащие изучению вещественные доказательства и другие объекты.

Начальник бюро СМЭ (или его заместитель по экспертной работе) изучает поступившие постановления (определения) и материалы дела и решает вопросы об их достаточности для проведения экспертизы, необходимом объеме и характере исследований, персональном составе экспертов и сроке экспертизы. На основании анализа и оценки полученных результатов выносится соответствующее решение, в том числе и о невозможности проведения экспертизы.

Судебно-медицинские эксперты кроме осуществления СМЭ могут проводить также судебно-медицинские исследования и обследования. Под судебно-медицинским исследованием понимается вид экспертизы, проводимой судебно-медицинским экспертом или врачом-экспертом на основании письменного обращения работника правоохранительных органов или граждан в тех случаях, когда дело не находится в судебном производстве, однако существует необходимость в проведении исследования в судебно-медицинском порядке.

Судебно-медицинское обследование (освидетельствование живых лиц) — вид экспертизы, проводимой судебно-медицинским экспертом или врачом-экспертом для установления наличия, характера и давности причинения телесных повреждений, степени вреда здоровью, определения возраста, состояния здоровья, половых состояний и решения других вопросов, требующих познаний в области судебной медицины. Судебно-медицинское обследование проводится на тех же основаниях, что и судебно-медицинское исследование.

По результатам СМЭ составляется заключение эксперта, а в остальных случаях — акт судебно-медицинского исследования (обследования).

Заключение эксперта — это результаты всех видов СМЭ, представленные в документальной форме в соответствии с действующим процессуальным законодательством. Акт судебно-медицинского исследования (обследования) — это результаты судебно-медицинского исследования трупов, различных предметов, материалов и веществ, органов, тканей и жидкостей человека, обследования живых лиц на основании письменного обращения работника правоохранительного органа или гражданина в случае, если дело не находится в судебном производстве.

Одной из наиболее распространенных причин назначения СМЭ является установление тяжести вреда здоровью потерпевшего. При этом под вредом здоровью понимаются либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

Определение тяжести вреда здоровью необходимо для установления как тяжести преступления, что позволяет определить меру наказания при уголовном разбирательстве, так и степени утраты трудоспособности, что позволяет определить утраченный заработок истца в гражданском процессе. В связи с этим для наглядности рассмотрим случай.

Случай 1. Между судмедэкспертом С. одного из межрайонных отделений СМЭ Псковской области и санитаром этого же отделения Т. 23 октября 1997 г. после 19.00 возникла ссора. В результате гражданину Т. было причинено телесное повреждение —

проникающее колото-резаное ранение левой подвздошной области. В ходе расследования данного дела была назначена СМЭ гражданина Т., которую провела судмедэксперт отделения СМЭ П. — коллега обвиняемого. По ее заключению было определено, что пострадавшему причинен тяжкий вред здоровью. Квалифицирующим фактом было выявлено наличие обширной массивной забрюшинной гематомы и сильного продолжительного кровотечения.

По этому же делу в Тверском областном бюро СМЭ провели повторную комиссионную СМЭ без привлечения достаточно квалифицированных специалистов. При этом не были использованы все возможные данные для оценки размера кровопотери и фактического состояния пострадавшего. В результате эксперты сделали аналогичные выводы. Судмедэксперт С. был заключен под стражу.

Благодаря высокому профессионализму и активности адвоката М., интересующемуся современной литературой в области СМЭ, в середине апреля 1998 г. была назначена третья СМЭ. Проведение экспертизы было поручено Смоленскому областному бюро СМЭ, начальник которого в 1997 г. выпустил практическое пособие для медиков и юристов под названием «Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью». В нем был представлен комментарий по вышедшим накануне «Правилам по судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью» с конкретными примерами их трактовки и рядом справочных материалов, в частности касающихся и освещаемого случая. Для участия в СМЭ были привлечены доктора медицинских наук, профессора ведущих кафедр Смоленской государственной медицинской академии.

В результате установлено, что размеры кровопотери после причинения телесного повреждения гражданина Т. определены неправильно, опасности для его жизни не было, следовательно, степень вреда здоровью установлена неверно и соответствует легкому вреду здоровью. Учитывая существенное расхождение в определении причиненного вреда здоровью между первыми двумя и третьей экспертизой, была назначена четвертая СМЭ, которую провел Российский центр СМЭ. При этом также было установлено, что здоровью гражданина Т. причинен легкий вред.

Таким образом, справедливость восторжествовала. Первоначально допущенная ошибка, которая могла роковым образом сказаться на судьбе человека, была устранена, и судмедэксперт С. выпущен на свободу (В.В. Хохлов, Ю.А. Хозяинов, 2000).

До недавнего времени тяжесть вреда здоровью устанавливалась на основании положений Приказа Минздрава России от 10 декабря 1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз». Федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения осуществлена подготовка нового НПА, направленного на правовое урегулирование данного вопроса. В связи с этим был издан Приказ Минздрава России от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы». Инструкция определяет работу врача — судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа на месте его обнаружения, а также проведение экспертных исследований живых лиц, трупов и различных объектов в учреждениях СМЭ в соответствии с действующим уголовно-процессуальным законодательством Российской Федерации, Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

11.2. Материалы судебно-медицинской экспертизы и их правовая оценка.

С целью анализа и оценки деятельности СМЭ в РФ целесообразно рассмотреть результаты СМЭ по материалам заключений.

Заключение 1. Основание: определение городского суда города Н. от 8 июля

1996 г. Повторная экспертиза по материалам уголовного дела по обвинению гражданина Т. по ст. 105 УК РФ — убийство гражданина К. Срок проведения — 6—11 февраля 1997 г.

Обстоятельства дела. Гражданин Т. 4 марта 1996 г. в ходе обоюдной драки умышленно с целью убийства нанес удар ножом гражданину К. в жизненно важный орган — шею, причинив телесные повреждения, в результате которых наступила смерть. Из заключения судебного медицинского эксперта следует, что смерть наступила от колото-резаных ранений боковой поверхности шеи слева, сопровождавшихся кровотечением в мягкие ткани шеи, полным пересечением кивательной мышцы и сквозным повреждением трахеи слева.

В день поступления гражданина К. в центральную районную больницу ему провели операцию — первичную обработку раны с хаотичным наложением кетгутовых швов на мягкие ткани шеи по ходу раневого канала без обработки сквозного повреждения трахеи. Послеоперационный период осложнился аспирацией крови, обширной подкожной эмфиземой грудной клетки спереди, эмфиземой легких с очагами ателектаза при наличии кровоизлияний под легочную плевро.

Так как во время операции не была проведена обработка сквозного повреждения трахеи, то через эти повреждения в дыхательные пути постоянно проникала кровь, в результате чего нарастала эмфизема легких с очагами ателектаза, а также подкожная эмфизема с последующим развитием сердечно-легочной недостаточности.

Для правильности решения вопроса о квалификации действий подсудимого суду необходимо было уточнить: наступила бы смерть К. или нет в случае оказания ему квалифицированной медицинской помощи, т.е. в случае, если бы было проведено ушивание сквозного повреждения трахеи.

Вывод СМЭ. При оказании медицинской помощи гражданину К. 41 г. врачом центральной районной больницы было заподозрено ранение трахеи, однако при первичной хирургической обработке раны на шее повреждение трахеи не было обнаружено и, как следствие, осталось не-ушитым.

Оценивая это повреждение с позиций возможного сохранения жизни, следует иметь в виду, что при подобных ранениях смерть может наступить до поступления в больницу и оказания медицинской помощи, во время ее оказания и после медицинских мероприятий, выполненных квалифицировано и своевременно. Вместе с тем, сохранение жизни в течение 2,5 сут после ранения при неустановленном источнике развития осложнений позволяет полагать, что при обнаружении и ушивании сквозного ранения стенки трахеи жизнь гражданина К. могла быть спасена.

В данном случае гражданин Т. совершил деяние, являющееся основанием для привлечения его к уголовной ответственности. Однако остается открытым вопрос о квалификации его действий. Если смерть гражданина К. является неизбежным следствием нанесенного ему повреждения, то действия Т. квалифицируются как убийство (ст. 105 УК РФ). Если же жизнь гражданина К. в обычных условиях могла быть спасена, то действия гражданина Т. квалифицируются как покушение на убийство (ст. 30 УК РФ), что предусматривает менее суровое наказание (ч. 3 ст. 66 УК РФ).

По заключению СМЭ при оказании гражданину К. медицинской помощи надлежащего качества его жизнь могла быть спасена, что не позволяет квалифицировать действия гражданина Т. как убийство. В то же время данное заключение определяет действия врача как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), что может явиться основанием для другого судебного разбирательства.

Заключение 2. Основание: определение районного суда города Н. от 9 июля 1997 г. Первичная экспертиза по гражданскому иску гражданки Ф. к двум городским ЛПУ о возмещении материального и морального вреда в связи со смертью ее мужа — гражданина Ф. Срок проведения — 16 — 31 октября 1997 г.

Обстоятельства дела. Гражданка Ф. обратилась с иском о возмещении материального и морального вреда к ЛПУ, а также их врачам (пять врачей), считая их виновными в смерти своего мужа — гражданина Ф. 59 лет, умершего 29 октября 1996 г., на том основании, что на этапах оказания медицинской помощи были допущены недостатки и диагностические ошибки, приведшие к поздней диагностике хирургической патологии и запоздалому оперативному лечению.

Исследования. В анамнезе гражданина Ф. были множественные обращения по поводу бронхита, в 1989 г. — правосторонняя плевропневмония со стационарным лечением, в этом же году — обследование с подозрением на липому кардиодиафрагмального угла перикарда, обследование по подозрению на хронический калькулезный холецистит без результата (в заключении сказано лишь, что «возможно, пузырь склерозирован»). В 1994 г. гражданин Ф. перенес стационарное лечение по поводу острого панкреатита. Согласно истории заболевания он поступил в ЛПУ 20 ноября 1994 г. с диагнозом «острый холецистит». Диастаза мочи составляла 256 ед. В результате консервативного лечения она упала до 16 ед. На ультразвуковом исследовании (УЗИ) от 30 ноября 1994 г. «желчный пузырь не виден, кисты почки, диффузные изменения в поджелудочной железе». Гражданин Ф. был выписан 30 ноября 1994 г. с рекомендациями по диете и диагнозом «острый панкреатит».

Гражданин Ф. 20 октября 1996 г. был доставлен попутным транспортом в противотуберкулезный диспансер. Его осмотрели врач-хирург и врач-терапевт. Был поставлен диагноз «подозрение на инфаркт миокарда, панкреатит». Вызвана кардиобригада, врач которой отметил: «заболел внезапно, после физической нагрузки появились боли в эпигастрии с иррадиацией за грудину и влево, холодный пот». В анамнезе отмечены «хронический панкреатит и стенокардия напряжения». Результаты объективного исследования: «состояние удовлетворительное, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 60 уд./мин, артериальное давление (АД) 120/80 мм рт.ст., тоны ритмичные, живот мягкий, слегка болезненный в подложечной области». Была сделана ЭКГ. Поставили диагноз «острый панкреатит, рефлекторная стенокардия».

Больной был госпитализирован и доставлен в хирургический приемный покой ЛПУ-1 г. Тулы, где его осмотрел врач-хирург. При осмотре отмечены «боли в области сердца, одышка, живот мягкий, безболезненный. Перитониальных симптомов нет». Острая хирургическая патология была исключена, и больного направили в кардиологическое отделение ЛПУ-2 г. Тулы. При транспортировке у него отметили усиление загрудинных болей.

При поступлении в кардиологическое отделение состояние больного было определено как тяжелое. Поставили диагноз «ишемическая болезнь сердца; острый инфаркт миокарда (?); Н-1». Из-за патологии со стороны брюшной полости нельзя было провести лечебно-диагностические мероприятия, соответствующие диагнозу.

У больного отметили 21 октября 1996 г. периодические рецидивирующие боли в эпигастрии, иррадиирующие за грудину. Живот пальпаторно мягкий и безболезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Зарегистрированы нарушения сердечного ритма (желудочковая экстрасистолия) и проводимости сердца.

Заведующий отделением осмотрел больного 21 и 23 октября 1996 г. Результаты осмотра 23 октября 1996 г.: «загрудинных болей и болей в области сердца нет. Боли в нижних отделах грудной клетки справа и в правом подреберье. Необходима дифференциальная диагностика с обострением хронического панкреатита, сопровождающимся кардиалгией». Больного осмотрел врач-хирург, поставивший диагноз «желчнокаменная болезнь, хронический холецистит». Рекомендовано проведение УЗИ брюшной полости, которое не было осуществлено, так как в ЛПУ-2 отсутствовал УЗИ-аппарат.

Заведующий отделением осмотрел больного 24 октября 1996 г. Было выявлено улучшение состояния больного, его перевели из палаты интенсивной терапии в общую палату с диагнозом «правосторонняя пневмония, желчнокаменная болезнь, хрониче-

ский холецистит». Состояние больного продолжило улучшаться. Отмечены лишь небольшие боли в правом подреберье.

В 17.00 24 октября 1996 г. отмечено резкое ухудшение состояния больного. Данные обследования: «Частота дыхания (ЧД) 32 в 1 мин, АД 140/80 мм рт.ст., язык суховат, живот вздут, напряженный, болезненный». При осмотре в 18.00 данных, свидетельствующих о хирургической патологии в правом подреберье, не было выявлено. Поставлен диагноз «правосторонняя плевропневмония, хронический холецистит». На рентгенограмме, сделанной 24 октября 1996 г. и описанной 25 октября 1996 г., был определен свободный газ под куполом диафрагмы справа.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось при явлениях интоксикации и клиники перитонита. В 7.45 25 октября 1996 г. на консилиуме врачей диагностирована клиника острого живота с перфорацией полого органа.

Больного перевели в хирургическое отделение ЛПУ-1. На операции был выявлен гангренозно-перфоративный холецистит, разлитой перитонит. В послеоперационном периоде диагностирована правосторонняя пневмония и острая почечная недостаточность. Смерть наступила 29 октября 1996 г.

Результаты патолого-анатомического вскрытия. Основной диагноз «гангренозно-перфоративный калькулезный холецистит», осложнения «вскрывшийся перипузырно-надпочечный абсцесс, разлитой фибринозно-гнойный перитонит», сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, умеренно выраженный атеросклероз коронарных артерий, мелкоочаговый кардиосклероз. Смерть наступила от разлитого перитонита с явлениями почечной недостаточности.

Проблемы, выявленные СМЭ. Не полностью собран анамнез, не отражена настороженность хирурга на патологию в брюшной полости, не проведен необходимый комплекс исследования, не приглашен врач-кардиолог при переводе больного из хирургического в кардиологическое отделение, нет рекомендаций для ведения и исключения хирургической патологии.

Общее заключение СМЭ. При осмотре больного в течение 1,5 ч пятью врачами отмечалась сложная клиническая картина, способная развиваться как при остром инфаркте миокарда с острым абдоминальным синдромом, так и при остром холецистите с кардиоваскулярным синдромом.

Выводы. 1. С момента обращения гражданина Ф. за медицинской помощью он постоянно находился под наблюдением медицинского персонала. Среди лечащих и консультирующих больного врачей было как минимум 11 квалифицированных специалистов.

Заболевание симулировало острый панкреатит, общий инфаркт миокарда, стенокардию напряжения, обострение хронического холецистита, желчнокаменную болезнь, правостороннее воспаление легких, прободную язву желудка. Окончательный диагноз был поставлен только на операции.

В основе поздней диагностики заболевания желчного пузыря и его неблагоприятного исхода лежало атипичное клиническое течение, имитирующее заболевание сердца.

Прогноз исхода заболевания сложен, так как и при своевременности и полноте объема медицинской помощи положительный исход заболевания не гарантирован.

Гражданке Ф. предоставлена справка по разбору ее жалобы Департаментом здравоохранения субъекта РФ от 20 ноября 1996 г.

К сожалению, уровень развития современной медицины не позволяет осуществлять стопроцентную диагностику в случае нетипичного течения заболевания, особенно при том состоянии материального обеспечения, в котором находится отечественное здравоохранение (например, в ЛПУ-2 отсутствовал УЗИ-аппарат). Тем не менее, с врачебного персонала никто не снимает ответственность за ошибки в диагностике и лечении, приведшие к летальному исходу.

Особенностью данного случая является то, что он имеет гражданско-правовую и уголовно-правовую составляющие. С точки зрения ГК РФ (ст. 1095) вред, причиненный жизни вследствие недостатков услуги (в том числе медицинской), подлежит возмещению лицами, оказавшими услугу (в частности, ЛПУ-1 и ЛПУ-2), независимо от их вины. В данном случае речь идет именно о недостатке услуги, так как при наличии необходимого оборудования патология, по всей вероятности, была бы диагностирована. Объем и характер возмещения вреда определяется на основании параграфа 2 гл. 59 ГК РФ. Компенсация морального вреда возможна только в случае наличия вины причинителя (ст. 1100 ГК РФ). Уголовная ответственность медицинского персонала возможна в случае признания его вины в смерти гражданина Ф.

Таким образом, выяснение виновности врачей направлено на установление возможности взыскания с ЛПУ компенсации морального вреда гражданкой Ф., а также привлечения врачей, виновных в смерти гражданина Ф., к уголовной ответственности.

По заключению СМЭ вина врачебного персонала не установлена, так как непосредственной причиной неблагоприятного исхода названы атипичное течение заболевания и объективная сложность диагностики. Тем не менее, данный случай стал причиной для внутриведомственного разбирательства, в результате которого было принято соответствующее решение областного департамента здравоохранения.

Заключение 3. Основание: постановление следователя прокуратуры от 26 апреля 1998 г. Повторная экспертиза. Срок проведения: 12 — 28 мая 1998 г.

Обстоятельства дела. В ЛПУ города Н. 18 ноября 1997 г. была доставлена гражданка Р. 16 лет с диагнозом «внутреннее кровотечение». Во время ее транспортирования из машины скорой медицинской помощи в приемное отделение у больной наступило состояние клинической смерти. Реанимация продолжалась 20 мин. Проведенные реанимационные мероприятия положительного результата не дали. Была констатирована смерть, причина которой — острая кровопотеря в результате разрыва измененной селезеночной артерии при пороке ее развития.

В то же время отец умершей гражданки Р. настаивал на том, что медицинские работники недостаточно квалифицированно подошли к исполнению своих профессиональных обязанностей.

По данным эксперта-гистолога «порок развития магистральных артерий селезенки с неравномерным истончением мышечного слоя и фиброзом интимы, хроническая спленомегалия. Обширные кровоизлияния в мягких тканях в области ворот селезенки и поджелудочной железы».

Патолого-анатомический диагноз. Основное заболевание: «порок развития селезеночной артерии с неравномерным истончением стенки, деформацией ее и разрывом», осложнения: «острая кровопотеря 1 300 мл, общее малокровие мозга и внутренних органов».

Выводы СМЭ. Изменение артериального сосуда относится к довольно редкой патологии и при жизни диагностируется либо во время операции, либо при ангиографии. Особенность развития клиники внутреннего кровотечения у гражданки Р. состояла в локализации разрыва, прикрытого окружающими тканями, пропитывании и скоплении крови в забрюшинном пространстве с последующим прорывом в брюшную полость.

Выявленные в ходе осмотра гражданки Р. врачом скорой медицинской помощи болезненные проявления — обморочное состояние, бледность, потемнение в глазах, АД 100/70 мм рт.ст., пульс 72 уд./мин удовлетворительного качества, мягкий живот и отсутствие признаков раздражения брюшины — указывались в диагнозе «вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу».

В условиях работы линейной бригады скорой медицинской помощи в этот период развития заболевания установить диагноз «внутреннее кровотечение» представлялось чрезвычайно трудным. Медикаментозная помощь соответствовала установленно-

му диагнозу и не оказала отрицательного влияния на дальнейшее течение заболевания.

При осмотре гражданки Р. бригадой скорой медицинской помощи были выявлены достаточно явные признаки острого малокровия, которые фельдшер оценил правильно как признаки внутреннего кровотечения, а состояние больной — как тяжелое, требующее немедленной госпитализации с участием бригады специалистов-реаниматологов.

Реаниматологическая бригада правильно оценила состояние больной, подтвердила диагноз внутреннего кровотечения, однако не приняла мер по осуществлению кровезаместительной терапии, комплекса противошоковых мероприятий, не подготовила больную к транспортировке по причине нарушения табельного оснащения.

Смерть не связана с недостатками оказания медицинской помощи. Учитывая наличие редкой патологии, особенностей течения, массивность и быстроту кровопотери, нельзя исключить возможность неблагоприятного исхода и при своевременном оказании необходимого объема медицинской помощи.

По результатам СМЭ вина медицинского персонала в наступлении смерти гражданки Р. не установлена. Кроме того, качество оказанной медицинской помощи признано надлежащим. В данном случае, по-видимому, имел место казус (несчастное событие), который выводит его как за пределы уголовной, так и гражданско-правовой ответственности.

Заключение 4. Основание: постановление заместителя начальника следственного отдела ГУВД города Н. от 29 января 1997 г. Повторная экспертиза. Срок проведения: 10 — 28 февраля 1997 г.

Обстоятельства дела. Гражданка К. 29 августа 1995 г. нанесла гражданке Г. два удара металлической полый трубой в левую часть головы, причинив ей телесное повреждение.

В заключении врача травмпункта от 29 августа 1995 г. указано: «рана 4,0х0,5 см, состояние удовлетворительное».

Со слов больной 31 августа 1995 г. она теряла сознание (не подтверждено), у нее отмечалась тошнота. По данным объективного исследования: «зрачки ровные, нистагма нет, сухожильные рефлексы равны, патологические знаки отсутствуют». Диагноз «острая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушибленная рана головы». Больная была госпитализирована.

В стационаре она предъявила жалобы на головную боль, теряла сознание. Были отмечены АД 130/90 мм рт.ст., двусторонний горизонтальный нистагм, общая слабость. По данным объективного исследования ригидность затылочных мышц, в слуховом проходе следы крови, умеренное снижение слуха на правое ухо.

На рентгенограмме (утеряна) был виден перелом без смещения левой височной области. Диагноз «черепно-мозговая травма, перелом основания черепа, перелом свода черепа».

В эпикризе указан другой диагноз — «рана поверхности головы, ушибы, ссадины затылочной области».

На эргографии (вид рентгенологического исследования) костей черепа от 31 августа 1995 г. костных повреждений не обнаружено.

По данному делу была проведена первичная СМЭ (16 октября — 22 декабря 1995 г.), которая определила, что у гражданки Г. обнаружены телесные повреждения, относящиеся к легким, повлекшие кратковременное расстройство здоровья.

Дополнительная экспертиза была проведена 16 декабря 1996 г. в связи с тем, что у гражданки Г. в апреле 1996 г. на экспертной комиссии по временной нетрудоспособности (ВТЭК) была определена II группа инвалидности. По результатам дополнительной экспертизы эксперт подтвердил свое первоначальное заключение.

Прокурор города Н. дал указание провести повторную СМЭ в связи с тем, что первые два заключения «не мотивированы, не конкретны и вызывают сомнения в их

правильности».

Выводы. Гражданке Г. 29 августа 1995 г. был поставлен диагноз «ушибленная рана головы», 31 августа 1995 г. с диагнозом «острая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга» больная поступила в стационар.

На рентгенологическом снимке 7 сентября 1995 г. был обнаружен перелом без смещения в области пирамиды левой височной области. Снимок утерян. В ноябре 1995 г. было проведено повторное рентгенологическое исследование, при этом повреждение обнаружено не было. Снимок также утерян.

Невропатолог 15 сентября 1995 г. при единственном осмотре больной поставил диагноз «острая черепно-мозговая травма, перелом основания черепа, свода черепа, ушиб вещества головного мозга легкой степени».

При амбулаторном наблюдении после выписки из стационара у гражданки Г. появились нарушения функций левых конечностей, неврастенический синдром. В ноябре 1995 г. была диагностирована посттравматическая энцефалопатия.

Вместе с тем, анализ медицинской документации гражданки Г. выявил наличие у нее до травмы, полученной в августе 1995 г., ряд серьезных заболеваний нервной и сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей и половой сферы с частыми обострениями, на фоне которых диагностированы:

- в 1985 г. астеноневрастенический синдром с частыми головными болями, головокружениями и общей слабостью;
- с января 1988 г. потливость и боли в обеих руках, присоединившиеся к болям в области спины и общей слабости, а при рентгенологическом обследовании картина остеохондроза грудного отдела позвоночника;
- с 30 сентября 1991 г. острый правосторонний гнойный средний отит с гноетечением из правого уха в течение 3 мес и левосторонний катаральный средний отит;
- в январе 1995 г. остеохондроз поясничного и крестцового отделов позвоночника с явлениями воспаления седалищного нерва;
- в 1995 г. заболевание тромбозом глубоких вен левой нижней конечности с нарушением чувствительности и хромотой.

Совокупность имеющихся у гражданки Г. в момент экспертизы заболеваний и последствия указанных ранее заболеваний врач ВТЭК однозначно оценили как последствия тяжелой черепно-мозговой травмы с переломом основания черепа, посттравматической энцефалопатией I и II степени, внутричерепной гипертензией и выраженным астено-невротическим синдромом, что позволило установить ей II группу инвалидности.

Таким образом, причиненные гражданкой К. повреждения — ушибы головы без повреждения костей черепа и головного мозга — квалифицируются как легкие, повлекшие кратковременное расстройство здоровья или повлекшие легкий вред здоровью. В отношении диагноза, поставленного 31 августа 1995 г., имела место гипердиагностика. Соматическое состояние больной на момент проведения первичной экспертизы можно расценивать как ятрогению.

Инвалидность гражданки Г. установлена по совокупности имеющихся у нее заболеваний и прямой причинной связи с травмой от 29 августа 1995 г. не имеет.

Гражданка К. нанесла гражданке Г. повреждения, причинившие легкий вред ее здоровью. В данном случае при подаче гражданского иска о возмещении материального и морального вреда размер причиненного вреда, вероятно, был бы оценен в незначительную сумму. В случае же установления причинно-следственной связи между повреждением, нанесенным 29 августа 1995 г., и II группой инвалидности, установленной в апреле 1996 г., гражданка Г. могла бы рассчитывать на денежную компенсацию со стороны гражданки К. в размере утраченного заработка, а также дополнительно понесенных ею расходов на лечение, приобретение лекарств, посторонний уход, причем в дан-

ном случае назначение пенсии по инвалидности не влечет уменьшение размера возмещения вреда (ст. 1085 ГК РФ). Кроме того, гражданка Г. могла рассчитывать и на значительную компенсацию морального вреда (ст. 1101 ГК РФ).

В данной ситуации задачей СМЭ является установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи между двумя событиями, которая является важнейшим элементом объективной стороны правонарушения. Трудность данной экспертизы заключается в недостаточности объективных данных (рентгенограммы утраты) и путанности медицинской документации (диагноз в истории болезни и диагноз в эпикризе расходятся).

Тем не менее, существенным является заключение врача травмпункта от 29 августа 1995 г. о том, что обнаружена рана размером 4,0 x 0,5 см, состояние удовлетворительное. Гражданка Г. была госпитализирована только 31 августа 1995 г., что указывает на то, что до этого необходимости в госпитализации не было. Выявленные при госпитализации нарушения: жалобы на головную боль, потеря сознания, АД 130/90 мм рт.ст., двусторонний горизонтальный нистагм, общая слабость, ригидность затылочных мышц, следы крови в слуховом проходе, возможно, связаны с каким-либо повторным повреждением, произошедшим накануне, и не являются следствием повреждения от 29 августа 1995 г.

Приведенные экспертами аргументы и заключение СМЭ свидетельствуют об отсутствии причинной связи инвалидности гражданки Г. с травмой от 29 августа 1995 г., что квалифицирует действия гражданки К. как менее опасные, чем в противном случае.

Контрольные вопросы:

1. Что такое судебная и судебно-медицинская экспертиза? Когда и с какой целью они проводятся?
2. Какие критерии устанавливает судебная экспертиза в соответствии со ст. 196 УПК РФ?
3. Какие существуют разновидности СМЭ и в чем проявляются их особенности?
4. Когда и почему осуществляется деятельность судебно-медицинских экспертов, какие документы и с какими целями ее рекомендуют?
5. На основании каких документов и как можно проанализировать и оценить результаты СМЭ?
6. На основании каких нормативно-правовых документов и в каких случаях к проведению СМЭ могут привлекаться врачи, не являющиеся судебно-медицинскими экспертами?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из основных элементов в системе прав человека занимают права пациентов, т.е. граждан, нуждающихся в медицинской помощи. Раздел VI Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан содержит пять статей. Они посвящены общим правам пациентов, их правам на информацию о состоянии здоровья, согласию на медицинское вмешательство и отказу от медицинского вмешательства, а также случаям оказания медицинской помощи без согласия пострадавшего или больного гражданина РФ. Если право на охрану здоровья возникает еще до рождения человека, то права пациентов реализуются в процессе обращения граждан за медицинской помощью и в ходе ее получения, т.е. проблема здесь сужена до взаимоотношений «врач — больной».

Ранее в российском законодательстве правовые нормы в этой области отсутствовали. Довольно длительное время обсуждался вопрос о целесообразности включения положений о правах пациента в федеральное законодательство. Зарубежный опыт свидетельствовал о том, что часть государств регулирует такие вопросы, как этические категории. В таком случае положения о правах пациента включаются в нормы профессиональной медицинской этики. Существует опыт принятия более универсальных документов, например, таких как Хартия о правах пациентов.

В настоящее время в Российской Федерации положения о правах пациента являются законодательной нормой. В то же время продолжает обсуждаться вопрос о возможности принятия самостоятельного федерального закона о правах пациентов, хотя и существующие нормы законодательства достаточно полно охватывают их возможный круг. Так, в ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан изложены права граждан при обращении за медицинской помощью. Согласно указанной статье пациент имеет право:

- на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор лечащего врача, в том числе врача общей практики (семейного врача), с учетом его согласия, а также выбор ЛПУ в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 Основ;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 Основ;
- отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 Основ;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со ст. 31 Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление ему от-

дельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В России врачебная этика уже давно сформулировала свое отношение к врачебной тайне. Тем не менее, работникам здравоохранения необходимо помнить, что на уровне закона пациенту гарантировано сохранение в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью. Определено само понятие «врачебная тайна», в которое включается информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей. При оказании медицинской помощи врач должен подтвердить пациенту гарантии конфиденциальности сообщаемых им сведений. Только с согласия гражданина или его законного представителя допускается передавать сведения, составляющие врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками за разглашение врачебной тайны несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ. В то же время закон предусмотрел и возможность предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Законодательно сформулированы основания для предоставления такой информации:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 14 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Можно назвать определенным достижением российского законодательства положения о согласии пациента на медицинское вмешательство и об отказе от него. Произошел положительный сдвиг в представлениях о возможностях правового регулирования и этой деликатной сферы, и стереотипов поведения самих медицинских работников в отношении пациентов. Согласно существовавшей ранее традиции считалось, что врач всегда лучше больного знает, что тому полезнее, и может сам принимать решение, что больному знать правду о своем заболевании и состоянии необязательно, что ложь во спасение оправдана и что плох тот хирург, который не убедил больного в необходимости операции. Как видно, в это время права человека самому распоряжаться своей судьбой, своим здоровьем игнорировали.

Несмотря на то, что необходимое для формулирования правовых норм понятие «медицинское вмешательство» не было расшифровано, его прочтение означает выход за пределы собственно оперативного (хирургического) вмешательства и предполагает довольно широкий круг действий медицинских работников, связанных с диагностикой и профилактикой заболеваний, лечением и реабилитацией пациентов.

К базовым правам пациента отнесено право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В соответствии с законодательством инфор-

мированное добровольное согласие гражданина является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Следовательно, в этой норме должны отражаться положения, устраняющие неясности в отношении того, насколько адекватно пациент проинформирован о состоянии своего здоровья, так как только на основании полной информации он может принять соответствующее решение. С учетом высокой значимости указанной информации сформулирована норма, определившая ее содержательную часть, согласно которой информация должна включать сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Пациент должен получить информацию о состоянии своего здоровья в доступной для него форме. Законодательство предполагает, что согласие на медицинское вмешательство дается добровольно, т.е. без принуждения со стороны медицинских работников. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 14 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, должны давать их законные представители. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, но медицинское вмешательство неотложно необходимо по жизненным показаниям, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач.

Другим базовым принципом является право пациента отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Уникальная норма введена для тех случаев, когда родственники пациента действуют в ущерб ему и не дают согласия на медицинское вмешательство. В этом случае при отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 14 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных пациентов, лечебное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов таких пациентов.

Утверждение права пациента на согласие для проведения медицинского вмешательства и права на отказ от него не исключает ситуацию, когда оказание медицинской помощи должно осуществляться без согласия граждан. В этом весьма деликатном для права вопросе нужны довольно четкие и конкретные критерии (стандарты), которые могут сильно расходиться с бытовыми ожиданиями и требованиями граждан. В обществе широко распространяются представления о необходимости принудительного медицинского обследования и лечения лиц, имеющих зависимость от алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов, больных СПИДом, проституток, других лиц из групп риска. Периодически в федеральных и региональных органах законодательной и исполнительной государственной власти появляются законопроекты подобной направленности, однако такие проблемы в настоящее время практически не решаются.

Конституция РФ предоставляет определенную возможность для действий, ограничивающих права и свободы граждан. При этом права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральными законами только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

С этой точки зрения многие проблемы здравоохранения подпадают под действие Конституции РФ. Поэтому оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается только в отношении лиц, во-первых, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для здоровья окружающих, во-вторых, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, в-третьих, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством РФ.

К основным правам пациента следует отнести право на получение информации о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. Информация о состоянии здоровья гражданина может предоставляться ему самому, а в отношении лиц, не достигших возраста 14 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением ЛПУ или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Установлена также норма, в соответствии с которой информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и/или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация. Эта норма начинает приобретать в России довольно существенное значение. Разрушено ранее сложившееся в отечественном здравоохранении табу в отношении медицинской документации и хранящейся в ней информации. Так, например, считалось (вопреки рекомендациям Всемирной организации здравоохранения), что медицинская информация о состоянии здоровья пациентов является достоянием и собственностью лечебных учреждений.

В отличие от этого в настоящее время узаконено право граждан на непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние их здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему должны предоставляться копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. При нахождении в лечебном учреждении пациент имеет право на допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.

Кроме того, введена норма о возможности допуска к пациенту священнослужителя, а в лечебном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок ЛПУ. Последняя норма послужила основанием для открытия в лечебных учреждениях православных церквей и культовых сооружений для реализации прав верующих граждан, представляющих различные конфессии.

В случае нарушения своих прав пациент может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ЛПУ, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд. Пациент, которому при оказании медицинской помощи в ЛПУ нанесен вред здоровью, имеет право на возмещение ущерба. Порядок такого возмещения определен Методическими рекомендациями «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования», утвержденными Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящих органах и у должностных лиц или в суде в соответствии с действующим законодатель-

ством. К числу спорных проблем следует отнести прежде всего те, которые возникают в связи с установленным в законе правом пациента на выбор лечащего врача, а также на выбор ЛПУ. Однако прогрессивные по сути, эти нормы трудно реализуемы в условиях российской действительности. Например, в сельской местности в отдаленных населенных пунктах нередко имеется только одно лечебное учреждение, работает ограниченное число врачей, что нивелирует значение установленных норм. Кроме того, законодательно оговорены некоторые условия:

- для выбора лечащего врача учитывается его согласие;
- выбор ЛПУ возможен только в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования, что не везде может быть выполнено.

Таким образом, жизнь человека и его здоровье являются высшими ценностями для общества, с учетом которых должны определяться все остальные ценности и блага. Особенности права на охрану здоровья заключаются в том, что оно относится к неотчуждаемым правам, является неотъемлемым условием жизни общества и связано не только с необходимостью заботы о своем здоровье каждого гражданина, но и ответственностью государства за сохранение и укрепление здоровья граждан. Достижение хорошего здоровья населения, его охрана и укрепление — не только мечта граждан любой страны, но и соответствующая государственная политика, а также мера ответственности всех институтов власти перед своим народом. Преодоление кризиса в здравоохранении является первоочередной общегосударственной задачей. Поэтому здоровье населения — это не только медицинская, но и социально-экономическая категория, вопрос трудовых ресурсов и национальной безопасности страны.

Упорядочение правовых знаний в области здравоохранения должно способствовать поиску путей и способов выхода из кризиса в периоде его реорганизации и в процессе осуществления реформ в отрасли, обеспечению охраны здоровья и жизни россиян. Определяющую роль в усилиях по преодолению негативных тенденций должны сыграть правовые механизмы, разработка и совершенствование законодательства. Поэтому решение проблем охраны здоровья граждан и реформирования отечественного здравоохранения неразрывно связаны с возможностями их законодательного обеспечения.

В заключение необходимо отметить, что общенациональная система здравоохранения как существенная часть системы защиты прав граждан на охрану здоровья должна строиться в масштабе всей страны на едином законодательстве при соблюдении международных соглашений и принятых международных норм, на единой государственной политике и современных социально-экономических критериях ее развития и деятельности медицинских работников, вбирающих в себя все лучшее из отечественного опыта и учитывающих достижения мировой практики.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Уголовная, административная, дисциплинарная и гражданско-правовая ответственность.

1. Основными видами ответственности являются:
 - а) моральная;
 - б) юридическая;
 - в) государственная;
 - г) профессиональная;
 - д) смешанная.
2. К публично-правовой относится ответственность:
 - а) уголовная;
 - б) административная;
 - в) административного типа;
 - г) гражданско-правовая.
3. К частной правовой относится ответственность:
 - а) уголовная;
 - б) административная;
 - в) административного типа;
 - г) гражданско-правовая.
4. Преступлением является:
 - а) любое серьезное правонарушение;
 - б) общественно опасное действие (бездействие), запрещенное УК РФ под угрозой наказания;
 - в) правонарушение, названное преступным в средствах массовой информации;
 - г) любое причинение вреда жизни и здоровью пациента.
5. К профессиональным медицинским преступлениям, как правило, могут быть отнесены:
 - а) умышленные деяния медицинских работников;
 - б) неосторожные деяния медицинских работников;
 - в) невиновные деяния медицинских работников;
 - г) деяния технического персонала ЛПУ, причинившие вред пациентам;
 - д) преступные деяния администрации ЛПУ.
6. Элементами состава преступления являются:
 - а) объективная сторона;
 - б) субъект;
 - в) общественно опасное деяние;
 - г) вина;
 - д) субъективная сторона.
7. К объективной стороне преступления относится:
 - а) жизнь и здоровье человека;

- б) причинно-следственная связь;
- в) вина;
- г) общественно опасные последствия;
- д) противоправное действие или бездействие.

8. Укажите возраст, с которого, как правило, может наступить уголовная ответственность, лет:

- а) 14;
- б) 16;
- в) 18.

9. Основными формами вины в уголовном праве являются:

- а) умысел;
- б) самонадеянность;
- в) неосторожность;
- г) небрежность;
- д) халатность.

10. Уголовную ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности предусматривает статья УК РФ:

- а) 109;
- б) 116;
- в) 118;
- г) 124.

11. Уголовную ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией предусматривает статья УК РФ:

- а) 118;
- б) 122;
- в) 124;
- г) 236.

12. Уголовную ответственность за нарушение правил хранения, учета, распределения, использования либо уничтожения наркотических средств или психотропных веществ предусматривает статья УК РФ:

- а) 124;
- б) 159;
- в) 228;
- г) 236.

13. Уголовную ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар предусматривает статья УК РФ:

- а) 118;
- б) 122;
- в) 124;
- г) 128.

14. Уголовную ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью предусматривает статья УК РФ:

- а) 228;
- б) 235;
- в) 236;

г) 275.

15. Укажите административные правонарушения, связанные с медицинской деятельностью, которые включены в КоАП РФ:

- а) вызов скорой помощи к пациенту, не нуждающемуся в лечении;
- б) неправомерный отказ в предоставлении гражданину информации, в том числе о его здоровье;
- в) нарушение правил госпитализации инфекционных больных;
- г) незаконное занятие частной медицинской практикой;
- д) нарушения законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

16. Трудовым кодексом Российской Федерации предусмотрены дисциплинарные взыскания:

- а) замечание;
- б) предупреждение;
- в) выговор;
- г) строгий выговор;
- д) увольнение по соответствующим основаниям.;

17. Убытки в гражданском праве состоят:

- а) из морального вреда;
- б) реального ущерба;
- в) упущенной выгоды;
- г) повреждения имущества.

18. Основными видами ответственности в гражданском праве являются:

- а) моральная;
- б) материальная;
- в) договорная;
- г) внедоговорная.

19. Полностью исключают наступление деликтной ответственности следующие условия:

- а) отсутствие вины медицинского работника;
- б) умысел потерпевшего;
- в) договоренность с пациентом о причинении ему вреда;
- г) форс-мажор;
- д) нахождение пациента в состоянии алкогольного опьянения.

20. При определении размеров компенсации морального вреда суд использует основные критерии:

- а) расчеты по специальным таблицам;
- б) материальное положение причинителя вреда;
- в) суммы компенсации, присужденные другими судами по аналогичным делам;
- г) минимальный размер оплаты труда;
- д) разумности и справедливости.

Правовые конфликты в здравоохранении

21. Для разрешения конфликтов между медицинскими организациями и пациентами используются, как правило, нормы;

- а) административного права;
- б) уголовного права;
- в) гражданского права,
- г) трудового права

22. Для разрешения конфликтов между СМО и причинителями вреда здоровью населения используются, как правило, нормы:

- а) административного права,
- б) уголовного права,
- в) гражданского права,
- г) трудового права

23. Для разрешения конфликтов между медицинскими организациями и органами управления здравоохранением используются, как правило, нормы:

- а) административного права,
- б) уголовного права,
- в) гражданского права,
- г) трудового права

24. Для разрешения конфликтов между медицинскими и страховыми медицинскими организациями используются, как правило, нормы:

- а) административного права,
- б) уголовного права,
- в) гражданского права,
- г) трудовую права

25. Для разрешения конфликтов между СМО и фондами ОМС используются, как правило, нормы:

- а) административного права,
- б) уголовного права,
- в) гражданского права,
- г) трудового права

26. Для разрешения конфликтов между фондами ОМС и плательщиками страховых взносов используются, как Правило, нормы:

- а) административного права,
- б) уголовного права,
- в) гражданского права,
- г) трудового права

27. В случае причинения вреда здоровью пациента в результате врачебной ошибки может наступить ответственность:

- а) уголовная,
- б) административная,
- в) дисциплинарная,
- г) гражданско-правовая в виде возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью,
- д) гражданско-правовая в виде возмещения морального вреда

28. В случае причинения вреда здоровью пациента в результате дефекта медицинской помощи может наступить ответственность:

- а) уголовная,

- б) административная,
- в) дисциплинарная,
- г) гражданско-правовая в виде возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью,
- д) гражданско-правовая в виде возмещения морального вреда.

29. Доказательствами в гражданском процессе являются:

- а) договор между ЛПУ и пациентом;
- б) показания свидетелей;
- в) исковое заявление;
- г) аудио- и видеозаписи, представленные ответчиком;
- д) заключения экспертов.

30. Способы защиты медицинских учреждений в гражданском процессе являются:

- а) процессуальные возражения;
- б) материально-правовые возражения;
- в) встречный иск;
- г) признание иска;
- д) мировое соглашение.

Права медицинских работников. Право на занятие медицинской " деятельностью.
Обязанности и ответственность медицинских работников

31. Правам и социальной защите медицинских и фармацевтических работников посвящен раздел Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан:

- а) II;
- б) V;
- в) VII;
- г) X;
- д) XVI.

32. Согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют:

- а) лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ и имеющие диплом, специальное звание и сертификат специалиста;
- б) врачи в период их обучения в учреждениях повышения квалификации государственной или муниципальной систем здравоохранения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку;
- в) лица, не получившие законченное высшее медицинское или фармацевтическое образование (в должностях среднего медицинского персонала);
- г) лица, получившие соответствующую подготовку в иностранных государствах, после сдачи экзамена в профильных учебных заведениях РФ;
- д) народные целители.

33. В РФ используют специальные врачебные звания:

- а) врач-хирург;
- б) врач-стажер;
- в) врач-интерн;
- г) врач-ординатор;

д) врач-специалист.

34. Для осуществления частной врачебной практики кроме диплома о высшем медицинском образовании и сертификата специалиста необходимы:

- а) наличие лицензии;
- б) регистрация врача в качестве индивидуального предпринимателя;
- в) внесение в реестр Минздравсоцразвития России;
- г) разрешение местной администрации по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями;
- д) согласие других врачей, работающих в данном районе.

35. Основаниями для аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности являются:

- а) избыточность медицинских услуг в регионе;
- б) убыточность медицинской организации;
- в) обнаружение недостоверных или искаженных данных в документах, представленных для получения лицензии;
- г) неоднократное или грубое нарушение лицензиатом лицензионных требований и условий;
- д) незаконность решения о выдаче лицензии.

36. Основным документом, регламентирующим право медицинских работников на работу по трудовому договору (контракту), являются: и

- а) Конституция РФ;
- б) ТК РФ;
- в) ГК РФ;
- г) Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- д) правила внутреннего трудового распорядка ЛПУ.

37. В случае незаконного увольнения медицинский работник может обратиться с жалобой:

- а) в суд;
- б) профсоюзную организацию;
- в) государственную инспекцию труда;
- г) профессиональную медицинскую ассоциацию;
- д) вышестоящую организацию.

38. Базовая оплата труда работников здравоохранения в государственных и муниципальных ЛПУ регламентируется:

- а) трудовым договором;
- б) коллективным договором;
- в) договором на оказание медицинских услуг;
- г) единой тарифной сеткой, утвержденной Правительством РФ;
- д) распоряжениями главного врача.

39. Согласно Положению о лицензировании медицинской деятельности, утвержденному постановлением Правительства РФ от 21 мая 2001 г. № 402, для получения лицензии необходимо:

- а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании соответствующих помещений;
- б) наличие соответствующих организационно-технических условий и материально-технического оснащения;

- в) наличие у руководителя организации медицинского образования и опыта работы не менее 3 лет;
- г) наличие и содержание в работоспособном состоянии средств противопожарной защиты (пожарной сигнализации и пожаротушения);
- д) наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно-технических работников и др.), имеющих высшее или среднее профессиональное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг.

40. Лицензия выдается на срок, лет:

- а) не менее 1;
- б) не менее 3;
- в) не менее 5;
- г) не менее 7;
- д) индивидуально.

41. Сертификат специалиста выдается на срок, лет:

- а) 1;
- б) 2;
- в) 3;
- г) 4;
- д) 5.

42. Врачебную тайну обязаны хранить:

- а) лечащие врачи;
- б) средний медицинский персонал;
- в) студенты, проходящие обучение на базе клиник;
- г) сотрудники СМО, получившие сведения о пациентах на законных основаниях;
- д) другие больные, случайно получившие сведения, составляющие врачебную тайну.

43. Для осуществления медицинского вмешательства дееспособному гражданину врач обязан:

- а) проинформировать больного о необходимости осуществить вмешательство, объяснить ему, в чем оно будет заключаться, указать возможные последствия (как положительные, так и отрицательные) медицинского вмешательства;
- б) проинформировать родственников больного;
- в) предоставить больному доказательства того, что вмешательство необходимо, в виде книг, брошюр, заключений специалистов;
- г) убедиться, что согласие гражданина является не только осознанным, но и добровольным;
- д) зафиксировать согласие гражданина в медицинской документации.

44. Согласие на осуществление медицинского вмешательства малолетнему ребенку дают:

- а) родители;
- б) опекуны;
- в) усыновители;
- г) близкие родственники при невозможности получить согласие родителей;
- д) консилиум врачей при отсутствии законных представителей.

45. В общие трудовые обязанности медицинских работников входят:

- а) соблюдение правил внутреннего трудового распорядка организации;
- б) соблюдение трудовой дисциплины;
- в) выполнение требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- г) бережное отношение к имуществу работодателя и других работников;
- д) незамедлительное сообщение работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя.

Социально-правовая защита медицинских работников

46. В настоящее время штатные нормативы, типовые штаты и нормы времени (нагрузки) для персонала ЛПУ являются, как правило:

- а) обязательными;
- б) рекомендательными.

47. Основными видами дополнительного профессионального образования медицинских работников являются:

- а) повышение квалификации;
- б) интернатура;
- в) стажировка;
- г) ординатура;
- д) профессиональная переподготовка.

48. Согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан профессиональные медицинские ассоциации принимают участие:

- а) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- б) разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;
- в) судебных разбирательствах с участием медицинских работников;
- г) соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС и деятельности фондов ОМС;
- д) формировании программ государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

49. Согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан для медицинских работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное страхование на сумму в размере:

- а) установленном соответствующим органом федеральной, региональной и муниципальной исполнительной власти;
- б) 120 месячных должностных окладов;
- в) 120 МРОТ;
- г) 120 000 р.

50. Страхование профессиональной ответственности позволяет защитить медицинского работника:

- а) от дисциплинарной ответственности;
- б) административной ответственности;
- в) гражданской ответственности;

- г) уголовной ответственности;
 - д) всех видов ответственности,
51. При причинении вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи первоначальное требование о возмещении ущерба предъявляется:
- а) медицинскому работнику, если он работает по трудовому договору в ЛПУ;
 - б) медицинскому работнику, осуществляющему частную медицинскую практику;
 - в) главному врачу ЛПУ;
 - г) ЛПУ как юридическому лицу;
 - д) одновременно и ЛПУ, и врачу, виновному в причинении вреда.
52. Законодательство предусматривает возможность получение страхового возмещения пострадавшим пациентом:
- а) в случае невинного причинения вреда;
 - б) неосторожного причинения вреда;
 - в) умышленного причинения вреда;
 - г) во всех трех случаях.
53. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников предусматривает возмещение потерпевшему пациенту:
- а) расходов на лечение, вызванных повреждением здоровья;
 - б) стоимости автомобиля, необходимого для поездки к месту лечения;
 - в) утраченного заработка в случае потери трудоспособности;
 - г) расходов на дополнительное питание и посторонний уход, в которых нуждается потерпевший;
 - д) морального вреда.

Права пациентов

54. Право граждан на бесплатную медицинскую помощь закреплено:
- а) в Конституции РФ;
 - б) Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
 - в) УК РФ;
 - г) ГК РФ;
 - д) КоАП РФ.
55. Правами пациента являются:
- а) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
 - б) выбор врача, в том числе семейного и лечащего, с учетом его согласия, а также выбор ЛПУ в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
 - в) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
 - г) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
 - д) облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
 - е) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 Основ;
 - ж) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 Основ;
 - з) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 Основ;

- и) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со ст. 31 Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- к) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- л) возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- м) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- н) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
- о) бесплатное получение медикаментов при лечении в стационаре и амбулаторно;
- п) предоставление бесплатных консультаций в клиниках за рубежом.

56. Пациент вправе самостоятельно принимать решение о согласии на медицинское вмешательство при достижении им возраста, лет:

- А) 14;
- Б) 15;
- В) 16;
- Г) 18;
- Д) 21.

57. Согласие больного или его законного представителя на медицинское вмешательство получают:

- а) всегда при проведении медицинского вмешательства;
- б) всегда, когда медицинское вмешательство неотложно;
- в) всегда, когда медицинское вмешательство проводится в плановом порядке;
- г) всегда, кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

58. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство должно быть получено с возраста, лет:

- а) 18;
- б) 15;
- в) 16;
- г) 21;
- д) 14.

59. Законным представителем малолетнего ребенка или гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, является:

- а) любой из родственников;
- б) лечащий врач;
- в) родители ребенка;
- г) опекун;
- д) попечитель.

60. Без согласия граждан медицинская помощь оказывается:

- а) лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- б) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами;

- в) лицам в состоянии алкогольного опьянения;
- г) лицам, совершившим общественно опасные деяния;
- д) лицам, страдающим неизлечимыми заболеваниями.

61. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в следующем правовом порядке:

- а) нотариальное заверение;
- б) устная форма;
- в) расписка, написанная пациентом собственноручно;
- г) запись в истории болезни с подписями пациента и лечащего врача;
- д) подпись главного врача больницы.

62. Если больной отказывается от медицинского вмешательства, врач должен:

- а) в доступной форме разъяснить возможные последствия отказа;
- б) изложить отказ от медицинского вмешательства в истории болезни и подписать у главного врача;
- в) изложить отказ от медицинского вмешательства в истории болезни и подписать у больного;
- г) изложить отказ от медицинского вмешательства в истории болезни и подписать у лечащего врача и больного или его законных представителей.

63. Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке являются:

- а) психическое расстройство, представляющее непосредственную опасность для самого больного и окружающих;
- б) беспомощность больного, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) желание родственников лечить больного в условиях стационара;
- г) возможность существенного вреда здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.

64. В соответствии со ст. 53 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан допускается проведение независимой медицинской экспертизы по следующим видам экспертных исследований:

- а) военно-врачебные;
- б) судебно-психиатрические;
- в) медико-социальные;
- г) патолого-анатомические;
- д) временной нетрудоспособности.

65. При отказе от возможных методов лечения заболевания пациент:

- а) подлежит выписке из ЛПУ;
- б) продолжает находиться в ЛПУ весь предусмотренный срок госпитализации;

66. Положение об ответственности за разглашение врачебной тайны распространяется:

- а) только на лечащих и дежурных врачей;
- б) главных врачей и заведующих отделениями;
- в) средний медицинский персонал;
- г) всех лиц, которым в силу служебных отношений известны данные, составляющие врачебную тайну;
- д) лиц из медицинского персонала, имеющих доступ к документации о больном.

67. Разглашение врачебной тайны без согласия пациента допускается:
- а) при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
 - б) для проведения научных исследований;
 - в) по запросу органов следствия и суда;
 - г) для публикаций в научной и учебной литературе;
 - д) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.
68. На бланке листка нетрудоспособности графы «Диагноз» и «Заключительный диагноз»:
- а) заполняются с указанием диагноза заболевания;
 - б) не заполняются;
 - в) не заполняются по просьбе пациента;
 - г) не заполняются по просьбе пациента с разрешения руководителя (главного врача) ЛПУ;
 - д) заполняются по письменному требованию администрации с места работы.
69. Листок нетрудоспособности завершается (закрывается):
- а) по просьбе пациента;
 - б) при признании пациента трудоспособным;
 - в) по требованию предприятия;
 - г) датой смерти;
 - д) при установлении группы инвалидности МСЭК.
70. Пересадка органов и/или тканей осуществляется:
- а) на безвозмездной основе;
 - б) хозрасчетной основе;
 - в) основе ДМС.
71. Вред, связанный с нанесением ущерба реципиенту, возмещает:
- а) донор;
 - б) врач;
 - в) ЛПУ;
 - г) территориальный орган управления здравоохранением.
72. Защита прав застрахованных по ОМС осуществляется:
- а) Федеральным фондом ОМС;
 - б) территориальным фондом ОМС;
 - в) СМО;
 - г) ЛПУ.
73. Максимальный срок рассмотрения заявлений и жалоб граждан, если заявления и жалобы не требуют дополнительного изучения или проверки, составляет, дни:
- а) безотлагательно;
 - б) не более 3;
 - в) не более 7;
 - г) не более 15;
 - д) не более 45.
74. В соответствии с законодательством Российской Федерации эвтаназия:
- а) разрешена в лечебных учреждениях государственной системы здравоохранения;

- б) разрешена в лечебных учреждениях частной системы здравоохранения;
- в) запрещена во всех типах учреждений системы здравоохранения;
- г) разрешена только при наличии специально выданной лицензии во всех видах учреждений системы здравоохранения;
- д) разрешена при наличии сертификата специалиста, специально выданной лицензии, диплома специалиста в специализированных учреждениях системы здравоохранения.

75. В соответствии с международной классификацией под активной формой эвтаназии подразумевают:

- а) эвтаназию, проведенную врачом без согласия пациента, находящегося в сознании, но страдающего от болей, сопровождающих его состояние, и желающего эвтаназии;
- б) эвтаназию, проведенную врачом с согласия пациента, находящегося в сознании, но страдающего от болей, сопровождающих его состояние, и желающего эвтаназии;
- в) эвтаназию, проведенную врачом с согласия родственников пациента;
- г) эвтаназию, проведенную с помощью специально разработанного аппарата, подающего смертельную дозу лекарственного препарата;
- д) эвтаназию, проведенную медицинским работником в отношении «обреченного на смерть» пациента, находящегося под действием аппаратов «искусственное сердце», «искусственные легкие» и т.п.

76. В соответствии с международной классификацией под пассивной формой эвтаназии подразумевают:

- а) эвтаназию, проведенную врачом без согласия пациента, находящегося в сознании, но страдающего от болей, сопровождающих его состояние, и желающего эвтаназии;
- б) эвтаназию, проведенную врачом с согласия пациента, находящегося в сознании, но страдающего от болей, сопровождающих его состояние, и желающего эвтаназии;
- в) эвтаназию, проведенную врачом с согласия родственников пациента;
- г) эвтаназию, проведенную с помощью специально разработанного аппарата, подающего смертельную дозу лекарственного препарата;
- д) эвтаназию, проведенную медицинским работником в отношении «обреченного на смерть» пациента, находящегося под действием аппаратов «искусственное сердце», «искусственные легкие» и т.п.

77. По законодательству судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизу можно проводить в учреждениях:

- а) государственной системы здравоохранения;
- б) муниципальной системы здравоохранения;
- в) частной системы здравоохранения;
- г) всех перечисленных.

Ответы к тестовому контролю

1 — а, б, д; 2 — а, б, в; 3 — г; 4 — б; 5 — б; 6 — а, б, д; 7 — б, г, д;
8 — б; 9 — а, в; 10 — в; 11 — б; 12 — в; 13 — г; 14 — б; 15 — б, г, д; 16 —
а, в, д; 17 — б, в; 18 — в, г; 19 — б, г; 20 — д; 21 — а, б, в, г; 22 — в;
23 — а, г; 24 — в; 25 — в; 26 — а; 27 — г; 28 — а, б, в, г, д; 29 — а, б, г, д;
30 — а, б, в; 31 — г; 32 — а, б, в, г; 33 — б, в, д; 34 — а, б, г; 35 — в, г,
д; 36 — б; 37 — а, б, в, г, д; 38 — г; 39 — а, б, г, д; 40 — в; 41 — д; 42 —
а, б, в, г; 43 — а, г, д; 44 — а, б, в, д; 45 — а, б, в, г, д; 46 — б; 47 — а,
в, д; 48 — а, б, г; 49 — а; 50 — в; 51 — б, д; 52 — г; 53 — а, в, г, д; 54 —
а, б; 55 — а, б, в, г, д, е, ж, з, и, к, л, м, н; 56 — а; 57 — г; 58 — д; 59 —
в, г; 60 — а, б, г; 61 — г; 62 — а, г; 63 — а, б, г; 64 — а, г; 65 — б; 66 —
г; 67 — а, в, д; 68 — б; 69 — б, г, д; 70 — а; 71 — в; 72 — а, б, в, г; 73 —
г; 74 — в; 75 — б; 76 — а, в, г, д; 77 — а, б.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Административная ответственность — вид юридической ответственности, предусмотренный за совершение административного правонарушения.

Административное правонарушение (проступок) — противоправное виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, запрещенное федеральным или региональными кодексами об административных правонарушениях.

Аккредитация — удостоверение способности организации оказывать услуги на необходимом уровне.

Акт правоприменения — документально оформленное решение компетентного органа, принятое на основе норм права, обладающее юридической силой и влекущее определенные правовые последствия для конкретных лиц.

Анализ летальных исходов — деятельность по изучению правильности и своевременности диагностики заболеваний, правильности и адекватности обследования и лечения умерших больных, соблюдения преемственности в лечении, правильности в ведении медицинской документации, а также влияния тех или иных недостатков лечебного процесса на исходы заболеваний.

Аттестация в системе здравоохранения — определение уровня квалификации медицинских работников.

Валеология — наука о формировании здорового образа жизни, направленного на поддержание и обеспечение здоровья всего населения.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи — контроль, осуществляемый экспертным путем должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранением, КЭК, а также штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения.

Вина — психическое отношение лица к совершенному деянию.

Вина в уголовном праве — умышленное (с прямым или косвенным умыслом) или неосторожное (легкомысленное или небрежное) действие (бездействие) лица, повлекшее совершение преступления.

Вина в форме грубой неосторожности — нарушение обычных, очевидных для всех требований, предъявляемых к лицу, осуществляющему определенную деятельность.

Вина в форме косвенного умысла — форма вины, при которой виновное лицо сознавало общественную опасность последствий своих действий (бездействия), предвидело возможность их наступления, не желало, но сознательно допускало их наступление или относилось к ним безразлично.

Вина в форме легкомыслия — форма вины, при которой виновное лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но легкомысленно, без достаточных на то оснований, рассчитывало на их предотвращение.

Вина в форме небрежности — форма вины, при которой виновное лицо хотя и не предвидело возможность наступления опасных последствий, при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть.

Вина в форме простой неосторожности — несоблюдение повышенных требований.

Вина в форме прямого умысла — форма вины, при которой виновное лицо сознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий, а также желало их наступления.

Вина в форме умысла — форма вины, при которой виновное лицо не только предвидело, но и желало либо сознательно допускало наступление вредного результата.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи — контроль, осуществляемый субъектами, не входящими в систему здравоохранения, в пределах своей ком-

петенции.

Врачебная тайна — информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

Вред — любое умаление нематериальных благ, в том числе и таких, как жизнь и здоровье человека.

Вред здоровью — телесные повреждения, т. е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации — орган высшей законодательной (представительной) власти РФ.

Государственная система здравоохранения — федеральные органы и организации здравоохранения, в том числе представляющие интересы федеральной власти на территории регионов, а также органы и организации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Государственные социальные стандарты в сфере здравоохранения — определенные федеральными органами государственной власти социальные нормативы и нормы, являющиеся обязательными при формировании и исполнении бюджетов всех уровней, устанавливающие минимально допустимый уровень удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи, предоставляемой бесплатно и финансируемой за счет средств бюджетов всех уровней и средств фондов ОМС, включая скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение.

Гражданско-правовая ответственность — санкция, применяемая к правонарушителю в виде возложения на него дополнительной гражданско-правовой обязанности (исполнение обязанности в натуре, возмещение убытков, компенсация морального вреда).

Гражданско-правовые правоотношения — правовые отношения между равными субъектами, основанные на автономии воли и свободе договора.

Дефект медицинской помощи — некачественное оказание медицинской помощи пациенту, заключающееся в различных нарушениях процессов диагностики, лечения или организации медицинской помощи, которые привели или могут привести к ухудшению его здоровья.

Диспозитивные нормы — правовые нормы, применение которых основано на желании участников правоотношений.

Дисциплинарная ответственность — вид юридической ответственности, предусмотренный за совершение дисциплинарного проступка.

Дисциплинарный проступок — противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником его трудовых или прочих дисциплинарных обязанностей, установленных для членов коллектива.

Добровольное медицинское страхование — вид медицинского страхования, осуществляемый на основе программ ДМС и обеспечивающий получение гражданами дополнительных медицинских и иных услуг сверх гарантий, установленных программами ОМС.

Добровольное страхование — вид страхования, которое осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком, заключенного по инициативе страхователя.

Договор (контракт) — соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей.

Договор медицинского страхования — соглашение между страхователем и СМО, в соответствии с которым СМО обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и каче-

ства или иных услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Должностные лица в уголовном праве — лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах России.

Закон — нормативный правовой акт, принимаемый в особом порядке, регулирующий наиболее важные общественные отношения и обладающий большей юридической силой по отношению к другим НПА.

Законность (защита права) — режим общественно-политической жизни, состоящий в точном, строгом и неукоснительном соблюдении правовых предписаний всеми субъектами правоотношений.

Законодательная инициатива — деятельность определенных законом субъектов по внесению законодательных актов на рассмотрение органами законодательной власти.

Законотворческая активность — деятельность различных органов, организаций или населения, направленная на подготовку законодательной инициативы.

Законотворческая деятельность — возведение в закон государственной воли путем разработки и принятия НПА компетентными органами государства, уполномоченными государством организациями либо непосредственно народом.

Здравоохранительное право — сфера правового регулирования вопросов лечебно-профилактической помощи населению, порядка оказания медицинской помощи различным категориям граждан, санаторно-курортного лечения, обеспечения населения медикаментами, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, осуществления частной медицинской практики, деятельности народной медицины, предоставления платных медицинских услуг, медицинских аспектов СМЭ.

Императивные нормы — нормы, обязательные для выполнения.

Институт права — совокупность норм, регулирующих сходные (однородные) общественные отношения.

Источник повышенной опасности — любая деятельность, осуществление которой создает повышенную опасность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека.

Категории расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов — степень влияния ошибок диагностики на исход заболевания.

Качество медицинской помощи — совокупность адекватных медицинских технологий и соответствующих медицинских стандартов, применяемых в целях достижения положительного лечебно-диагностического результата.

Качество услуги — совокупность характеристик услуги, определяющих ее способность удовлетворять установленную или предполагаемую потребность потребителя.

Квалифицирующие обстоятельства — факты, отягощающие наказание.

Кодексы — федеральные законы, имеющие высшую юридическую силу в сфере своего правового регулирования.

Конституция РФ — законодательный акт, основной закон страны, обладающий высшей юридической силой на всей территории России.

Контракт в сфере охраны здоровья населения — гражданско-правовой договор между гражданином (пациентом) и медицинским учреждением или лицом, осуществляющим частную медицинскую деятельность, на оказание медицинских услуг.

Координация вопросов здравоохранения как предмет совместного ведения — отнесение, вопросов формирования общей концепции и стратегии развития здравоохранения, организации и оказания медицинской помощи, а также финансирования программ охраны и укрепления здоровья населения к совместным обязанностям как РФ, так и ее субъектов.

Крайняя необходимость — устранение опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Лицензирование — предоставление права на занятие определенными видами деятельности.

Лицензия в системе здравоохранения — документ, дающий право на занятие определенным видом медицинской деятельности.

Медико-санитарное право — сфера правового регулирования, направленная на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Медико-социальная помощь — оказание помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и болезнями, представляющими опасность для окружающих.

Медицинская помощь с использованием высоких технологий — оказание помощи гражданам при заболеваниях, требующих особо сложных методов диагностики и лечения, а также использования уникальных медицинских технологий.

Медицинская услуга — мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющие самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медицинские учреждения — имеющие лицензии ЛПУ, научно-исследовательские институты, медицинские университеты и академии, другие организации, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Медицинское право — сфера правового регулирования вопросов организации, управления, финансирования и информационного обеспечения системы здравоохранения, деятельности медицинских учреждений, а также оформления и обращения медицинской документации.

Моральная ответственность — способность лица претерпевать душевные переживания в связи с совершением им неподобающего поступка.

Моральный вред — физические или нравственные страдания, причиненные лицу.

Наркотические средства в уголовном праве — вещества синтетического или природного происхождения, в том числе и препараты, а также растения, классифицированные в качестве таковых Единой конвенцией о наркотических веществах 1961 г. и включенные в Список наркотических средств, издаваемый Постоянным комитетом по контролю наркотиков при федеральном органе исполнительной власти в области здравоохранения.

Недостаток медицинской услуги — любое несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется.

Незаконная выдача рецепта в уголовном праве — выдача рецепта с нарушением установленных правил оформления или содержащего назначение наркотических средств или психотропных веществ без соответствующих медицинских показаний.

Незаконное осуществление аборта в уголовном праве — проведение аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Некачественное оказание медицинской помощи — оказание медицинской помощи с нарушениями медицинских технологий и правильности их проведения.

Непреодолимая сила — чрезвычайные и непредотвратимые в данных условиях обстоятельства.

Норма права — общеобязательное правило поведения, установленное и охраняемое государством.

Нормативный правовой акт — предписание субъектов правотворчества, содержащее юридические нормы.

Обоснованный риск — риск, при котором общественно полезная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам.

Обращение лекарственных средств — обобщенное понятие деятельности, включающей разработку, исследования, производство, изготовление, хранение, упаковку, перевозку, государственную регистрацию, стандартизацию и контроль качества, продажу, маркировку, рекламу, применение лекарственных средств, уничтожение лекарственных средств, пришедших в негодность или с истекшим сроком годности, и иные действия в сфере обеспечения населения лекарственными средствами.

Объект преступления — общественные отношения, на которые посягает деяние.

Объективная сторона преступления (внешняя характеристика) — совокупность признаков, определяющих внешнюю сторону правонарушения. Основные признаки: деяние, последствия, причинная связь между ними. Дополнительные признаки: время, место, обстановка.

Обязанность субъекта — мера должного поведения субъекта.

Обязательное медицинское страхование — составная часть государственного социального страхования, обеспечивающая всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет обязательных взносов и платежей в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС и государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Обязательное страхование — вид страхования, которое осуществляется в обязательном порядке в силу закона.

Органы законодательной (представительной) власти — представленные выборными физическими лицами государственные учреждения, устанавливающие общеобязательные требования, которые исполнительная власть должна проводить в жизнь, а судебная — использовать при осуществлении судебных разбирательств.

Органы исполнительной власти — государственные учреждения, которые непосредственно осуществляют управление страной или субъектами Федерации.

Органы местного самоуправления — органы муниципальной власти, обеспечивающие самостоятельное решение населением вопросов местного значения, владение, пользование и распоряжение муниципальной собственностью.

Органы управления здравоохранения — органы исполнительной власти, осуществляющие непосредственное руководство деятельностью системы здравоохранения.

Ответственность — негативные последствия для лица в виде определенных лишений (физического, материального или морального характера) в связи с совершением им деяния, направленного против интересов общества.

Отрасль права — совокупность норм, регулирующих определенную сферу общественных отношений.

Охрана здоровья населения — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Первичная медико-санитарная помощь — лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Подзаконные нормативные правовые акты — правовые акты, изданные органами исполнительной власти в соответствии с законом и ему не противоречащие.

Подотрасль права — совокупность «родственных» институтов права.

Право субъекта — мера дозволенного поведения субъекта. , Правовой статус — совокупность прав и обязанностей субъекта.

Правонарушение — общественно опасное, противоправное, виновное деяние, за которое предусмотрена юридическая ответственность.

Правоотношение — возникающее на основе норм права общественное отношение, участники которого имеют субъективные права и юридические обязанности, охраняемые государством.

Правоохранительные органы — государственные учреждения, осуществляющие защиту прав и законных интересов населения.

Правоохранительные правоотношения — правовые отношения между субъектом и полномочным органом, осуществляющим защиту прав и законных интересов.

Превышение пределов крайней необходимости — причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности, т.е. когда причиненный вред равен или более значителен, чем предотвращенный.

Предмет ведения — сфера общественных правоотношений.

Преступление — виновно совершенное общественно опасное действие или бездействие (деяние), запрещенное УК РФ под угрозой наказания (ст. 14 УК РФ).

Пробелы в законодательстве — отсутствие конкретного нормативного предписания в отношении конкретных фактических обстоятельств.

Профессиональная ошибка медицинского работника — ошибка, связанная с профессиональной медицинской деятельностью, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Психотропные вещества в уголовном праве — вещества синтетического или природного происхождения, классифицированные в качестве таковых Конвенцией о психотропных веществах 1971 г. и включенные либо в Список наркотических веществ, либо в Список № 1 сильнодействующих веществ, издаваемый Постоянным комитетом по контролю наркотиков.

Размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) — процент к среднему месячному заработку (доходу) потерпевшего до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующий степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности — степени утраты общей трудоспособности.

Ратификация международного договора — утверждение договора Государственной Думой Российской Федерации в порядке, предусмотренном для принятия федерального закона.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие — состояние здоровья населения и среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие различных, особенно негативных, факторов на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Система анализа летальных исходов — строгая последовательность этапов анализа летальных исходов, каждый из которых решает задачи своего уровня.

Система здравоохранения — совокупность органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения и практической деятельности в области здравоохранения, взаимодействующих в целях профилактики заболеваний, сохранения, укрепления здоровья граждан и оказания им медицинской помощи.

Система правового регулирования РФ — совокупность всех правовых актов федерального, регионального и муниципального уровня.

Скорая медицинская помощь — оказание помощи гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях).

Состав преступления — совокупность установленных законом признаков, определяющих общественно опасное деяние как преступление.

Социальное обеспечение населения — сфера государственной деятельности, основной целью которой является предоставление равных и максимально благоприятных условий жизни всем членам общества независимо от их материального положения и других социальных факторов (пола, возраста, национальности, гражданства, инвалидности и т.д.).

Социальное право — отрасль права, регулирующая вопросы социального обеспечения населения.

Специализированная медицинская помощь — оказание помощи гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Среднемесячный заработок (доход) потерпевшего — сумма, которая подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) потерпевшего за 12 мес работы, предшествовавших повреждению здоровья, на 12. Если потерпевший ко времени причинения вреда работал менее 12 мес, среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за фактически проработанное число месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев.

Стандарт — нормативы, эталоны, технические требования, официально закрепленные в правовых актах и обязательные для исполнения при осуществлении определенной профессиональной деятельности.

Стандартизация — процесс установления и применения стандартов.

Стандарты материально-технического обеспечения — отраслевые нормативы и нормы, устанавливаемые соответствующими федеральными органами исполнительной власти и утвержденные в порядке, определенном Правительством Российской Федерации.

Стандарты уровня и качества медицинской помощи — набор норм, правил и требований к оказываемым медицинским услугам при осуществлении медицинской деятельности, которые отражают реально достижимый на определенный период времени уровень медицинской помощи.

Статистика — вид практической деятельности, направленный на собирание, обработку, анализ и публикацию информации, характеризующей количественные закономерности жизни общества во всем ее многообразии.

Степень утраты общей трудоспособности — снижение совокупности врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги, в процентах к исходной трудоспособности.

Степень утраты профессиональной трудоспособности — снижение способности человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии в процентах к исходной профессиональной трудоспособности.

Страхование — отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Страхователи — юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона.

Страховщики — юридические лица любой организационно-правовой формы, созданные для осуществления страховой деятельности и получившие в установленном федеральным законодательством порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации.

Страховемый (застрахованная сторона) — лицо, в пользу которого заключен договор страхования. В случае ОМС — все граждане РФ.

Субъект преступления — совокупность признаков, характеризующих физическое лицо

(вменяемость, возраст, профессиональный статус).

Субъективная сторона преступления (внутренняя характеристика) — совокупность признаков, определяющих внутреннюю (психическую) сторону правонарушения.

Субъекты правового регулирования — субъекты правоотношений, на которые направлено действие конкретных правовых норм.

Субъекты правоотношения — отдельные индивиды (физические лица) и организации (юридические лица), участвующие в правоотношении.

Судебная экспертиза — процессуальное действие, направленное на установление обстоятельств дела и состоящее в проведении исследования на основе специальных познаний в науке, технике, искусстве или ремесле и даче заключения экспертом по поручению суда, судьи, прокурора, следователя, органа дознания и дознавателя.

Судебно-медицинская экспертиза — вид судебной экспертизы, процессуальное действие, направленное на установление причины смерти и характера телесных повреждений, возраста и решения других вопросов на основе специальных познаний в судебной медицине, других смежных отраслях науки и техники, в целях дачи заключения экспертом по поручению суда, судьи, прокурора, следователя, органа дознания и дознавателя.

Трудовые правоотношения — правовые отношения между работодателем и работником, связанные с осуществлением им трудовой деятельности.

Убийство — умышленное причинение смерти другому человеку.

Убытки в гражданском праве — расходы, которые лицо, чье право нарушено, понесло или должно будет понести для восстановления нарушенного права (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

Уголовная ответственность — вид юридической ответственности, предусмотренный за совершение преступлений.

Устав муниципального образования — основной нормативный правовой акт, принятый органом местного самоуправления или непосредственно населением и регламентирующий вопросы статуса, полномочий, финансирования и управления муниципальным образованием.

Ущерб — материальная оценка вреда.

Федеральные и региональные органы власти — органы государственной власти, осуществляющие властные полномочия соответственно на всей территории РФ или на территории отдельных субъектов Федерации.

Федеральные конституционные законы и федеральные законы — законодательные акты, принятые Государственной Думой Российской Федерации и утвержденные Президентом РФ.

Федеральные целевые программы — программы целевого финансирования отдельных сфер деятельности, осуществляемого федеральными органами власти.

Цена иска — объем материального требования истца к ответчику, указанный в иске.

Частная система здравоохранения — лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Юридическая обязанность субъекта — необходимое поведение, требуемое законодательными и другими правовыми актами либо договором.

Юридическая ответственность — обязанность лица претерпевать неблагоприятные последствия, предусмотренные нормами права за совершенное противоправное деяние и выражающиеся в наложении на виновного конкретной меры государственного принуждения.

Юридическая санкция — конкретный способ юридической ответственности.

Юридическая сила — свойство правовых актов, подразумевающее необходимость соответствия одних НПА, имеющих меньшую юридическую силу, другим, юридическая сила которых выше.

Юридическое право субъекта — возможное поведение, закрепленное в законодательных и других правовых актах либо договоре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации. — М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2001. — 40 с.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации: в 2 ч. — М.: ЭЛИТ, 2003. - 352 с.
3. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации — М.: Проспект, 2003. - 176 с.
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. - М.: ВИТРЭМ, 2002. - 288 с.
5. Трудовой кодекс Российской Федерации. — М.: ЭЛИТ-2000, 2002.- 192 с.
6. Уголовный кодекс Российской Федерации. — М.: НОРМА, 2001.- 152 с.
7. Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 9 января 1996 г. № 2-ФЗ).
8. Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. от 2 апреля 1993 г. № 4741-1).
9. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
10. Закон РФ от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
11. Федеральный закон от 6 декабря 2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации».
12. Федеральный закон от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».
13. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
14. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
15. Федеральный закон от 21 июля 1997 г. № 118-ФЗ «О судебных приставах».
16. Федеральный закон от 21 июля 1997 г. № 119-ФЗ «Об исполнительном производстве».
17. Федеральный закон от 31 июля 1995 г. № 119-ФЗ «Об основах государственной службы Российской Федерации».
18. Приказ Минздрава России от 3 августа 1999 г. № 303 «О введении в действие Отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования».
19. Постановление Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
20. Постановление Минтруда России от 18 июля 2001 г. № 56 «Об утверждении Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания».
21. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20 декабря 1994 г. № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда».
22. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 апреля 1994 г. № 3 «О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья».
23. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27 мая 1998 г. № 9 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами».
24. Методические рекомендации Федерального фонда ОМС от 27 апреля 1998 г.

- «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования».
25. Инструкция по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий, утвержденная приказом Минздрава России от 4 марта 2003 г. № 73.
 26. Арбитражный процесс: учебник / под ред. М.К. Треушникова. — М.: Городец-издат, 2003.
 27. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования: метод, пособие/ [под ред. В.Ф. Чавпецова, В.В.Гришина, В.Ю.Семенова, А.М. Рабец]. — М.: Федеральный фонд ОМС, 1998.
 28. Герасименко Н. Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан / Н.Ф.Герасименко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
 29. Гиппократ. Избранные книги / Гиппократ. — М.: Сварог, 1994.
 30. Гражданское право: учебник: в 3 т. Т. 1 / под ред. А. П.Сергеева, Ю.К.Толстого. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ПБОЮЛ «Л.В. Рожников», 2000.
 31. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине. Этиология / И.В. Давыдовский. — М.: Медицина, 1962.
 32. Кассирский И. А. О врачевании / И. А. Кассирский — М.: Медицина, 1970.
 33. Конгстведт П. Р. Управление медицинской помощью: в 2 т. / П. Р. Конгстведт ; пер. с англ. под общ. ред. О. П. Щепина. — М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2000.
 34. Коротких Р. В. Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников / [Р. В. Коротких и др.] // Здоровоохранение. — 2000. — № 7, — С. 54.
 35. Корчагин В. П. Стоимость национального «груза болезней» в России в 1993—1997 гг. // Здоровоохранение. — 1998. — № 6. — С. 32.
 36. Леонтьев О. В. Медицинская помощь: права пациента / О.В.Леонтьев. — СПб.: Невский проспект, 2002.
 37. Материалы по обобщению арбитражной практики по делам с участием территориальных фондов обязательного медицинского страхования: в 6 т. Т. 6 / под общ. ред. А. М. Таранова. — М.: Федеральный фонд ОМС, 2002.
 38. Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования: метод, рекомендации. — М.: Федеральный фонд ОМС, 2001.
 39. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования: учеб. пособие / под ред. В.З.Кучеренко, А.И. Вялкова, П.А. Воробьева. — М.: ММА им. И.М.Сеченова, Федеральный фонд ОМС, 2000.
 40. Попов В. Л. Правовые основы медицинской деятельности: справочно-информационное пособие / В.Л.Попов, Н.П.Попова. — 2-е изд., дораб. и доп. — СПб.: Деан, 1999.
 41. Правоведение: в 2 ч. Ч. 1 / под ред. Ю.Л. Шевченко, В. П. Сальникова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
 42. Правовые основы здравоохранения в России / под ред. Ю.Л.Шевченко. - М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2000.
 43. Рабец А. М. Обязательства по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью / А.М. Рабец. — М.: Федеральный фонд ОМС, 1998.
 44. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок: книга практикующих врачей: пер. с англ. / Р. Ригельман. — М.: Практика, 1994.
 45. Семин В. Ф. Деятельность юридических служб территориальных фондов обязательного медицинского страхования по предъявлению исков к плательщикам страховых взносов (платежей) на ОМС о взыскании с них задолженности: метод,

- пособие / В.Ф.Семин, О.П. Сегодина, Г.М. Сегодина; под ред. В.В.Гришина, В.Ю.Семенова. — М.: Федеральный фонд ОМС, 1998.
46. Сергеев Ю.Д. Медик и закон // Медицинская газета. — 1996. — 4 декабря. — № 96. — С. 9.
47. Старченко А. А. Руководство по защите прав пациентов / А. А. Старченко. — СПб.: Диалог, 2002.
48. Сун Юнь Тао. Сущность и назначение прав человека // Московский журнал международного права. — 1999. — № 3/35. — С. 100— 115.
49. Тихомиров А. В. Медицинское право: практ. пособие / А. В. Тихомиров. — М.: Статут, 1998.
50. Тобес Б. Право на здоровье: теория и практика / Б. Тобес ; пер. с англ. — М.: Устойчивый мир, 2001.
51. Учет и оценка эффективности мероприятий по развитию и взаимодействию ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС: метод, пособие / под ред. В. Ф. Чавпецова, А. М. Таранова. — М.: Федеральный фонд ОМС, ММА им. И.М.Сеченова, Межрегиональный координационный совет по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи и защите прав застрахованных граждан в системе ОМС, 2000.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Основные правовые понятия и их характеристики, используемые в медико-социальных нормативных правовых актах	10
Глава 2. Место и значение ответственности.	
2.1. Виды ответственности в медицинской деятельности	18
2.2. Понятие «ответственность» в медицинской практике	18
2.3. Уголовная ответственность	21
2.4. Административная ответственность	44
2.5. Дисциплинарная ответственность	48
2.6. Гражданско-правовая ответственность	50
Глава 3. Правовые отношения в сфере охраны здоровья населения	69
Глава 4. Основные группы правовых конфликтов в здравоохранении	74
Глава 5. Механизмы разрешения правовых конфликтов	85
Глава 6. Участие страховых медицинских организаций во внесудебной и судебной защите прав застрахованных	92
Глава 7. Судебное разбирательство правовых конфликтов	98
7.1. Основные принципы гражданского процесса	98
7.2. Защита прав и интересов медицинских учреждений в арбитражном суде	116
Глава 8. Страхование ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью	123
8.1. Страхование профессиональной ответственности	123
8.2. Страхование ответственности при проведении клинических исследований	132
Глава 9. Правовые критерии контроля качества оказания медицинской помощи	141
9.1. Правовое соотношение понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга»	141
9.2. Правовые критерии оценки качества медицинской помощи и медицинских услуг	145
9.3. Качество медицинской помощи в административном праве	147
9.4. Качество медицинских услуг в гражданском праве	150
9.5. Качество медицинской помощи в уголовном праве	156
9.6. Качество медицинской помощи в трудовом праве	157
9.7. Место стандартов, экспертизы и деловых обыкновений в оценке качества медицинской помощи	158
9.8. Правовые механизмы контроля и обеспечения качества медицинской помощи	162
Глава 10. Юридическая квалификация врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи	167
10.1. Определение понятий «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи»	167
10.2. Место понятий «дефект медицинской помощи» и «врачебная ошибка» в системе уголовного и гражданско-правового регулирования	174
Глава 11. Правовое регулирование судебно-экспертной деятельности	187
11.1. Нормативно-правовое обеспечение	187
11.2. Материалы судебно-медицинской экспертизы и их правовая оценка	192
Заключение	202
Тестовые задания	209
Словарь терминов	223
Список литературы	234

Учебное издание

**Александрова Оксана Юрьевна,
Герасименко Николай Федорович,
Григорьев Юрий Иванович,
Григорьев Илья Юрьевич**

Ответственность за правонарушения в медицине (Учебное пособие)

Редактор М.Г.Дахнова
Технический редактор Н.И. Горбачева
Компьютерная верстка: В.А. Крыжко
Корректоры А.П. Сизова, Н.С. Потемкина

Изд. № 101110293. Подписано в печать 18.05.2006. Формат 60х90/16. Гарнитура «Тайме». Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Усл. печ. л. 15,0. Тираж 3 000 экз. Заказ № 8699. Издательский центр «Академия», www.academia-moscow.ru
Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.004796.07.04 от 20.07.2004. 117342, Москва, ул. Бутлерова, 17-Б, к. 360. Тел./факс: (495)334-8337, 330-1092. Отпечатано с электронных носителей издательства.
ОАО "Тверской полиграфический комбинат", 170024. г. Тверь, пр-т Ленина, 5. Телефон- (4822) 44-52-03, 44-50-34, Телефон/факс (4822) 44-42-15
Home page - www.tverpk.ru Электронная почта (E-mail) - sales@tverpk.ru

