

**А. А. Мохов,
Е. В. Фомичев,
О. Ю. Афанасьева**

**КОНФЛИКТЫ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ**



УДК 614.253:616.31
ББК 56.6+88
М861

Авторы:

д-р юр. наук, профессор кафедры гражданского права и процесса Волгоградского государственного университета *А. А. Мохов*;
Заслуженный врач РФ, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
д-р мед. наук, профессор *Е. В. Фомичев*;
ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии *О. Ю. Афанасьева*

Рецензенты:

лауреат Государственной премии СССР, Заслуженный врач РФ,
руководитель клиники челюстно-лицевой хирургии, зав. кафедрой
челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
ФУВ МОНКИ им. М. Ф. Владимирского, д-р мед. наук, проф. *А. А. Никитин*;
Заслуженный врач РФ, зав. кафедрой хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии Саратовского государственного
медицинского университета, д-р мед. наук, проф. *А. В. Лепилин*

Печатается по решению Центрального методического совета Волгоградского государственного медицинского университета

Мохов, А. А. и др.

М861 Конфликты в профессиональной деятельности врачей-стоматологов (психологические, этические и правовые аспекты): монография / А. А. Мохов, Е. В. Фомичев, О. Ю. Афанасьева. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2009. – 132 с.

ISBN 978-5-9652-0024-5

Монография посвящена изучению одного из сложных и актуальных вопросов профессиональной деятельности врачей-стоматологов – проблема конфликтного взаимодействия с пациентами.

В монографии рассматриваются общие вопросы психологии конфликта, исследуются особенности конфликтов, возникающих в стоматологии, изучаются правовые аспекты стоматологических конфликтов. Рассматриваются основные механизмы разрешения конфликтов, возникающих в стоматологической практике, анализируются их преимущества и недостатки.

Монография предназначена для студентов высших медицинских учебных заведений, врачей-интернов, практических врачей.

ISBN 978-5-9652-0024-5

УДК 614.253:616.31
ББК 56.6+88

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
ГЛАВА I. Общие положения о конфликтах	7
Понятие и виды конфликтов	7
Некоторые характеристики конфликтов, возникающих в стоматологии	15
Правовые аспекты стоматологических конфликтов	23
ГЛАВА II. Виды юридической ответственности медицинских работников и медицинских организаций	49
Понятия и виды юридической ответственности	49
Административная ответственность медицинских работников	53
Дисциплинарная ответственность медицинских работников	57
Гражданско-правовая ответственность	62
Уголовная ответственность медицинских работников	83
Глава III. Механизмы разрешения конфликтов, возникающих в стоматологической практике	99
Органы по разрешению конфликтов в стоматологии	99
Механизм разрешения конфликтов комитетами по этике	114
Судебные механизмы разрешения конфликтов	120
Заключение	130

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВолГМУ – Волгоградский государственный медицинский университет

ГК РФ – Гражданский кодекс Российской Федерации

КоАП – Кодекс об административных правонарушениях

КЗоТ – Кодекс законов о труде

КЭК – клинико-экспертная комиссия

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМЭ – судебно-медицинская экспертиза

СОПы – стационарные операционные процедуры

СПБИС – Санкт-Петербургский институт стоматологии

УК РФ – Уголовный кодекс Российской Федерации

ФЗ – Федеральный закон

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ЧЛХ – челюстно-лицевая хирургия

ЧУ – частное учреждение

ЭК – этический комитет

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время все, кто в своей практической деятельности связан с проблемами взаимодействия людей, проявляют огромный интерес к вопросам возникновения и эффективного разрешения конфликтов. Конфликтные ситуации в медицине за последние годы наблюдаются всё чаще и чаще. Во многом это связано с изменением менталитета как врача, так и пациента, обусловленным расширением сферы платных услуг. Сейчас у медицинских учреждений и отдельных людей появилась острая потребность в практической помощи для разрешения различных конфликтов.

Медицина оказалась неподготовленной к этой сложной ситуации. Длительная ориентация на «бесконфликтное» развитие общества привела к фактическому исключению конфликтологии из области научного исследования, в связи с чем сейчас не хватает подготовленных специалистов, не сформированы механизмы работы с конфликтами в различных социальных сферах, в том числе в медицине.

Вся жизнь человека во всех её разнообразных проявлениях так или иначе связана с проблемами психологических трудностей, в том числе переживаемых и в виде конфликтов. Психологическое состояние больного человека, на которого обрушивается поток противоречивой информации и который не в состоянии ориентироваться в ней, способствует возникновению различных конфликтных ситуаций «врач-больной». Факты грубого, недобросовестного отношения врача к пациенту также вызывают ответную негативную реакцию, и в результате к каждому новому врачу пациент обращается с чувством неуверенности в его профессионализме и сомнениями в отношении его личностных качеств. Несмотря на жесткую и детальную этическую и правовую регламентацию взаимоотношений пациентов и врачей существует множество предпосылок для развития конфликтов в стоматологической практике. Поэтому разрешение конфликтов между врачом и пациентом остаётся одной из самых сложных проблем в профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

За последнее время вышло в свет на русском языке множество

популярных брошюр и книг, содержащих полезные сведения и советы относительно того, как успешно справляться с конфликтами. Однако работ, дающих целостное и систематическое освещение проблем конфликтологии применительно к медицине, пока весьма немного.

Целью данной книги является систематизированный очерк основных проблем конфликтологии. В ней показаны различные виды конфликтов, объективные и субъективные причины их возникновения, динамика развития и некоторые пути и способы разрешения таких конфликтов между врачом и пациентом.

Книга состоит из трёх частей. Первая часть посвящена изложению основных понятий конфликтологии: конфликтная ситуация, инцидент, конфликтогены, предмет конфликта, динамика конфликта; общие теории конфликта, основные принципы его изучения и анализа. Во второй части книги рассматриваются основные виды ответственности медицинских работников и медицинских организаций при оказании стоматологической помощи. Эта часть имеет в основном прикладной характер. В ней содержится обзор наиболее частых исковых заявлений и подробные комментарии к ним. В третьей части книги изложены принципы и методы разрешения конфликтных ситуаций, приведены данные об органах, осуществляющих правоприменительную деятельность (юрисдикционные органы). Представляет интерес анализ различных случаев, приводящих к конфликтным ситуациям в работе врача-стоматолога. В монографии рассмотрены типичные примеры жалоб пациентов к стоматологам. Дан анализ ошибок и упущений в работе врача при оказании услуг. Авторы описывают свой опыт по оценке качества стоматологических услуг и пути разрешения возможных конфликтных ситуаций на досудебном этапе, что объективно выгодно как пациенту, так и клинике.

Особенностью книги является соединение теоретического содержания конфликтологии с вопросами практической работы врачей по урегулированию конфликтов. В ней собран обширный материал, который представляет интерес для студентов высших медицинских учебных заведений, врачей-интернов, практических врачей. Она с интересом будет прочитана как стоматологами, так и врачами других специальностей.

ГЛАВА I ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О КОНФЛИКТАХ

*Конфликты – это норма жизни.
Если в вашей жизни нет конфликтов,
проверьте, есть ли у вас пульс.*

Ликсон Ч., 1997

ПОНЯТИЕ И ВИДЫ КОНФЛИКТОВ

Природе конфликта, основам конфликтологии будет посвящена первая часть данной работы. Мы не будем пытаться дать исчерпывающий ответ на вопрос, почему происходят конфликты; безусловно, в полной мере этого сделать и нельзя, да мы и не ставили перед собой такой задачи. Но получить базовые представления о природе конфликта необходимо каждому человеку, кто знакомится с данной книгой и с конфликтами как таковыми. Более того, это как раз одна из тех тем, про которую говорят короткое слово: «Бессмертная»... Ведь пока существует общество, оно развивается, возникают спорные вопросы. Бессмысленно пытаться обозреть все аспекты конфликта, ведь сотни книг не смогли и никогда не смогут этого сделать!

Конфликты – неисчерпаемый объект познания, о котором нельзя узнать абсолютно все. Поэтому сегодня можно говорить только о тех закономерностях, сторонах, характеристиках конфликтов, которые в состоянии исследовать наука на данном этапе своего развития.

Конфликтология – новая, быстро развивающаяся отрасль научного знания, опирающаяся на синтез знаний различных научных дисциплин, объектом которой является изучение причин, особенностей, тенденций и закономерностей возникновения, развития и функционирования конфликтов, методов и способов их разрешения и предотвращения, преодоления их отрицательных последствий и использования конструктивных их функций в целях совершенствования соответствующего общества.

ющих социальных систем, общностей, организаций, институтов, повышения эффективности их деятельности.

Страх перед конфликтом, как и любой страх, плохой советчик. Понимание и обсуждение природы конфликтофобии – отдельная задача, решая которую можно открыть много полезных и нелицеприятных фактов.

Что же такое конфликт? Пытаясь найти ответ на этот вопрос можно привести свыше семи десятков определений конфликтов. Но изобилие различных «пониманий», трактовок, версий содержания основополагающих научных понятий не облегчает, а затрудняет выбор [2, 6, 8, 9, 21, 33].

Остановимся на одном из самых распространенных понятий конфликта.

Конфликт – это осознанное противоречие между общающимися личностями, столкновение противоречивых целей, интересов, позиций, мнений и взглядов [3, 5, 34].

Существуют и определенные трудности в классификации типологии конфликтов. Классификация конфликтов обычно подчеркивает их разнородный характер. Основанием для типологии могут быть: его участники, число участников, сферы, в которых сталкиваются интересы участников конфликтов, характер и формы протекания конфликта, длительность, причины возникновения конфликта и т. д. [7, 12, 17, 18, 26].

Особую роль в конфликтах играют характер их развития и последствия. Обычно конфликт несет в себе как конструктивную, так и деструктивную функции, оценивают его по тому, какое начало в нем преобладает. Функциональность конфликта по мере его развития может изменяться в сторону положительных или отрицательных последствий для участников этого взаимодействия.

Мы считаем, что необходимо подчеркнуть и особо выделить следующие конструктивные функции конфликтного взаимодействия, так как именно они стимулируют развитие науки и практики:

– во-первых, информационно-познавательная функция. Любой конфликт сигнализирует о наличии проблемы, требующей решения. Кон-

фликт стимулирует познание интересов, ценностей, позиции, сталкивающихся в противоборстве субъектов; обнажает сущность социальных изменений, выраженных противоречием, лежащим в основе конфликта;

– во-вторых, интегративная функция. Конфликт способствует интеграции, объединению людей, а стало быть, установлению равновесия, стабильности в обществе;

– в-третьих, стимулирование адаптации социальной системы или ее отдельных элементов, включая субъектов (медицинских работников, пациентов), к изменяющейся среде, обеспечение баланса интересов этих субъектов. Гармонизация интересов участников конфликтов в медицинской деятельности является задачей медицинской, юридической, социологической наук. Отсюда необходимость адаптации, приспособления к новой ситуации путем преобразования форм и методов деятельности и отношений, переоценки ценностей, критики устаревших образцов поведения и мышления.

Также необходимо выделить и следующие понятия. По субъекту и объекту конфликты подразделяются на: интраперсональные (Я против Себя); интерперсональные (Я против Тебя); интергрупповые (Мы против Них); конфликты в организациях; конфликты в больших социальных группах [21, 31, 32]. Различные типы конфликтов взаимосвязаны между собой. В ходе развития конфликты одного типа могут переходить в конфликты другого типа.

Элементами конфликтной ситуации являются участники (оппоненты) с их несовпадающими целями и объект конфликта, вызвавший к жизни данную ситуацию (конфликтующие стороны, конфликтанты) [2, 3, 27]. В конфликте могут быть замешаны и другие участники – сочувствующие (той или иной стороне), провокаторы (подстрекатели), примирители, консультанты, невинные жертвы.

Понятия «субъект» и «участник» конфликта не всегда тождественны. Субъект — это активная сторона, способная создать конфликтную ситуацию и влиять на ход конфликта в зависимости от своих интересов. Участник конфликта может сознательно (или не вполне

сознавая цели и задачи противостояния) принять участие в конфликте, а может случайно или помимо своей воли быть вовлеченным в конфликт. В ходе развития конфликта статусы участников и субъектов могут меняться местами.

По направлению конфликты принято разделять на горизонтальные, вертикальные и смешанные. К горизонтальным относятся такие конфликты, в которых участвуют лица, не находящиеся друг у друга в подчинении (между равными субъектами – врачами, медицинскими сестрами и т. д.). К вертикальным – те, в которых участвуют лица, находящиеся один у другого в подчинении. В смешанных конфликтах представлены и вертикальные и горизонтальные составляющие. Все виды этих конфликтов встречаются в стоматологических коллективах.

Конфликтная ситуация является базой конфликта. Данная ситуация может существовать задолго до того, как произойдет конфликт. Очевидно, что главная черта конфликтной ситуации – это возникновение предмета конфликта [8, 9, 11].

Формулу конфликта можно представить так – конфликтная ситуация плюс инцидент. Инцидент – это действия со стороны оппонентов, направленные на достижение целей. Инцидент – формальный повод, случай для начала непосредственного столкновения сторон [2, 3, 8]. *Инцидент* может произойти случайно, а может быть спровоцирован субъектом (субъектами) конфликта, явиться результатом естественного хода событий. Иногда инцидент готовит и провоцирует некая «третья» сила, преследующая свои интересы в предполагаемом «чужом» конфликте.

Конфликтогены – слова, жесты, оценки, суждения, действия или бездействия одной или обеих сторон, способных привести к возникновению конфликтной ситуации и к ее перерастанию в реальный конфликт. Коварную сущность конфликтогенов можно объяснить тем, что мы гораздо чувствительнее к словам других, нежели к тому, что говорим сами.

На конфликтоген в наш адрес мы стараемся ответить более силь-

ным конфликтогеном, максимально сильным среди всех возможных. Особенно опасно действие конфликтогенов проявляется на приеме у врача-стоматолога, так как практически 90 % пациентов находятся в состоянии стрессовой ситуации, иногда с явлениями выраженной ден-тофобии.

Предмет конфликта (зона разногласия) – это и есть то основное противоречие, из-за которого и ради разрешения которого субъекты конфликтного взаимодействия вступают в конфликт. Конфликт подобен айсбергу: действие образуют его «надводную», лежащую на поверхности часть, в отличие от «подводной», скрытой от непосредственного наблюдения части – зоны разногласий, мотивов и целей их выполнения. Мотивы в конфликте – это побуждения к вступлению в конфликт, связанные с удовлетворением потребностей оппонента. Мотивы противодействующих сторон конкретизируются в их целях. Цель – это осознанный образ превосходящего результата, на достижение которого направлены действия человека.

В описание системы конфликта также входит понятие «границы конфликта». Пространственные границы конфликта определяются территорией, на которой происходит конфликт. Например, конфликт развивается внутри коллектива, стоматологической организации или он выходит за пределы ЛПУ в вышестоящие организации. Временные границы – это продолжительность конфликта, его начало и конец. Необходимо точно понимать, что окончание конфликта неоднозначно. Конфликт может быть исчерпан, но может быть прекращен из-за выхода из конфликта одной из сторон, прекращения конфликта в результате вмешательства третьих лиц.

Внутрисистемный аспект – всякий конфликт происходит в определенной системе. Определение внутрисистемных границ конфликта тесно связано с четким выделением конфликтующих сторон из всего круга его участников [1]. В нашем случае речь идет о конфликтах, развивающихся в системе здравоохранения.

Объективные факторы – это реально существующие в действительности обстоятельства. Объективные причины приводят к созда-

нию предконфликтной обстановки – объективного компонента конфликтной ситуации.

Субъективные причины конфликтов в основном связаны с теми индивидуальными психологическими особенностями оппонентов, которые приводят к тому, что они выбирают именно конфликтный, а не какой-либо другой способ разрешения создавшегося объективного противостояния.

Возникновение и развитие конфликтов обусловлено действием четырех групп факторов и причин: объективных, организационно-управленческих, социально-психологических и личностных. Первые две группы факторов носят объективный характер, третья и четвертая – субъективный.

К *проблемным зонам* конфликта относятся содержательная и эмоциональная (психологическая). Во всех случаях это два взаимосвязанных процесса. Первая из них – это события, факты, обстоятельства, раскрывающие сюжет конфликта, иными словами фабулу. Эмоциональная зона конфликта – это психологическая инфраструктура, связанная с личностными особенностями его участников, с их личными взаимоотношениями, с их эмоциональными реакциями на причины конфликта, на его ход и друг на друга [31, 32].

Формы конфликтов могут быть явными и ложными, открытыми и тлеющими и во многом зависят от целей, мотивов, динамики конфликтного взаимодействия, личностных характеристик оппонентов.

Длительность конфликта зависит от его причины, динамики развития и механизма разрешения (конфликт урегулирован самим врагом или администрацией стоматологической организации, т. е. применен досудебный механизм или конфликт приобрел статус юридического, и как исход – судебное разбирательство).

Субъективное отражение конфликтной ситуации не обязательно соответствует действительному положению дел. Осознание конфликта всегда несет в себе элементы субъективизма и уже поэтому является в определенной мере искаженным. В понимании эмоций и чувств в конфликте ключевое значение имеет понятие – интерпретация. Лю-

бая конфликтная ситуация имеет свой текст и подтекст, свои явные и скрытые стороны. «Прочитывание» конфликтного партнера, а также всей в целом конфликтной ситуации, создает весомые предпосылки к эффективному включению механизмов саморегуляции. Группе «мы» приписываются всяческие добродетели, группе «они» – недостатки и пороки.

При всем многообразии причин и особенностей протекания различных межличностных конфликтов всем им присуща одна отличительная черта: они в большей или меньшей степени связаны с особым психическим состоянием, называемым «фрустрацией».

Фрустрация – психическое состояние человека, выражающееся в характерных переживаниях и поведении и вызываемое объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми в качестве таковых трудностями и препятствиями на пути к достижению цели [10, 13, 19, 23, 33].

Реакция на фрустрацию в конфликтной ситуации возникает, когда путь к цели преграждает какое-либо препятствие, и выражается в следующем: настойчивостью, усилением, обходом, агрессией, обвинением, уходом, бегством.

Конфликт является динамической единицей в его «сценарии», можно фиксировать несколько проходящих параллельно или последовательно «маленьких» конфликтов [5].

Большинство авторов в динамике конфликта выделяют следующие этапы:

1. Предконфликтная ситуация (латентный период). Это положение дел накануне. Иногда оно может быть совершенно благополучным, и конфликт начинается внезапно, под воздействием какого-то внешнего, случайно вторгшегося в ситуацию фактора. На предконфликтной стадии имеется достаточно сильная напряженность в отношениях, подобное положение может сохраняться довольно долго. Это называют потенциальным, или латентным (скрытым) конфликтом.

2. Инцидент. Это первая стычка конфликтантов, проба сил, завязка конфликта.

3. Эскалация. В фазе эскалации конфликт «шагает по ступенькам», реализуясь в серии отдельных актов – действий и противодействий конфликтующих сторон. Эскалация может быть непрерывной – с постоянно возрастающей степенью напряженности отношений; волнообразной – когда напряженность отношений то усиливается, то спадает, периоды открытой конфронтации сменяются затишьями и временным улучшением отношений. Эскалация также может быть крутой и вялой (затяжной, хронический).

4. Кульминация. Это верхняя точка эскалации. Она обычно выражается в каком-то «взрывном» эпизоде или нескольких следующих подряд эпизодах конфликтной борьбы.

5. Завершение конфликта. Здесь выделяют два понятия: цена конфликта и цена выхода из конфликта.

6. Постконфликтная ситуация. Последствия прошедшего конфликта могут быть: деструктивными, отрицательно сказывающимися на жизни и деятельности конфликтантов либо способствующими перемене к лучшему, выявлению и разрешению существующих проблем.

Из теории конфликтов следует, что если купировать его на начальной стадии, то разрешение достигается в 92 % случаев, на фазе подъема – в 46 %, на стадии пика конфликты практически не разрешаются [35].

Для более эффективного решения проблемы необходимо выбрать определенный стиль поведения. Существует пять таких основных стилей (стратегий). В основу их положена система, называемая методом Томаса–Килменна (разработан Кеннетом У. Томасом и Ральфом Х. Килменном в 1972 году). Система позволяет создать для каждого человека свой собственный стиль разрешения конфликта. Основные стили поведения в конфликтной ситуации связаны с общим источником любого конфликта – несовпадением интересов двух или более сторон.

Согласно этой модели можно дать следующее толкование стратегий поведения:

- уход – это реакция на конфликт, выражающаяся в игнорирова-

нии или фактическом отрицании конфликта; человек не отстаивает свои права, не сотрудничает ни с кем для выработки решения проблемы или просто уклоняется от решения конфликта;

- соперничество (борьба) – стремление к доминированию и, в конечном счете, к устранению одной из сторон в конфликте; человек, использующий эту стратегию, весьма активен и предпочитает идти к разрешению конфликта своим собственным путем;

- приспособление – уступки противоположной стороне в достижении ее интересов, вплоть до полного их удовлетворения и отказа от своих интересов;

- сотрудничество – стремление к интегрированию интересов всех участников конфликта. В содержание интересов каждой из сторон входит удовлетворение основных интересов другой стороны; человек активно участвует в разрешении конфликта и отстаивает свои интересы;

- компромисс – взаимные уступки; согласие на частичное удовлетворение собственных интересов в обмен на достижение частичных интересов другой стороны [38].

Цели конфликтной деятельности оппонентов могут изменяться под влиянием обстоятельств, в результате переговоров оппонентов, их взаимодействия и компромисса. Самое главное, чтобы посредник имел конфликтную компетентность, т. е. умение разобраться, насколько точно в конфликте представлены именно те противоречия, которые в этом процессе могут и должны быть разрешены.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОНФЛИКТОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СТОМАТОЛОГИИ

Стоматологическая практика показывает, что успех лечения зависит не только от степени сложности манипуляций и квалификации врача-стоматолога, но и от психоэмоционального настроения пациента, умения врача индивидуально подойти к больному, положительно воздействовать на его психологическую сферу [24].

В своей работе по изучению причин, содержания и способов управления конфликтами в стоматологии (2006) мы выяснили, что 90,5 % врачей в той или иной степени знакомы с ситуацией конфликта с пациентами. Большая часть респондентов (79,5 %), участвующих в исследовании, отмечали увеличение конфликтности в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

Результаты многих социологических исследований показывают, что население на первый план выдвигает такие стороны деятельности стоматолога, как профессиональные и личностные качества и взаимоотношения «врач-больной» [28, 36].

Посещение хирургического стоматологического кабинета в подавляющем большинстве своем вызывает у пациента «букет» негативных эмоциональных проявлений вплоть до развития стрессовых ситуаций. Определение степени выраженности этих реакций и их коррекция остается актуальной сложной и недостаточно изученной проблемой [30].

Вряд ли даже опытный врач-стоматолог станет утверждать, что он без особых усилий найдет подход к любому пациенту – как позитивно, так и негативно настроенному. Конечно, врач предпочитает иметь дело с человеком доброжелательным, покладистым, хорошо отзывающимся лично о нем и коллегах. Отрицательное впечатление о стоматологии вообще или о конкретном специалисте, мимолетное или глубокое по поводу чего-то и когда-то возникшее, непременно оставляет след в душе клиента и так или иначе проявляется на приеме: либо в форме потаенного недоверия, скепсиса или выжидания подвоха, либо в виде безапелляционного умозаключения, вроде «Я не встречал среди стоматологов хороших и честных специалистов». К Вам лично негативная оценка как бы и не относится. Да и объективность ее вызывает сомнение, однако она присутствует в сознании пациента и обуславливает специфику взаимодействия с ним.

Академик В. В. Бойко, зав. кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПбИС, указывает на то, что в стоматологической практике сложилось упрощенное представление о содержании, механиз-

ме действия, вариантах проявления и способах преодоления негативного стоматологического опыта [4].

Есть категория «жалобщиков», которые полагают, что подписка на журнал «Здоровье» позволяет разбираться в любых медицинских вопросах наравне со специалистами. К таким людям у врачей быстро возникает неприязнь. Хочется поскорее освободиться от них или поставить их на место. Вот эта-то собственная внутренняя реакция, а не сами трудные собеседники мешают врачам. Малейшие внешние проявления внутренней готовности врача к отпору немедленно подтверждает наихудшие опасения «жалобщиков» и провоцирует их воспользоваться всем арсеналом защитных средств, заготовленных заранее. И тогда уже действительно им ничего не докажешь [22].

У больного может появиться недоверие к клинике и врачу, если он явился свидетелем нарушенных взаимоотношений между заведующим отделением и врачом, врачом и медсестрой. Известно, что больные быстро обмениваются информацией как о своих болезнях, перенесенных и предстоящих операциях, так и о персонале [29].

Негативные беседы среди больных и эмоционально-психологическая оценка действий врача родственникам также способствует зарождению конфликтных ситуаций. Вследствие этого у пациентов могут развиваться психогенные расстройства, как следствие деонтологических ошибок медицинских работников – неправильных, неосторожных высказываний или действий [28, 37].

Весьма остроумна несколько перефразированная для нашего случая мудрость: «Скажи мне, какой ты, когда болеешь, и я скажу, кто ты». Безусловно, важны и переживания, связанные с болезнью (внутренние психические аспекты). Человек по-разному ощущает, воспринимает патологические процессы, истолковывает их, объясняет, эмоционально реагирует на них.

Безусловно, в конфликтах, возникающих в сфере здравоохранения, основными оппонентами являются врач и пациент. По данным проведенного нами исследования, опиравшегося на мнение врачей, инициаторами конфликтов в 50 % случаев были пациенты, в 36 % – их род-

ственники. Мы понимаем, что если бы в исследовании приняли участие и другие оппоненты, т. е. пациенты, цифры были бы отличны. Именно взаимное «перекладывание вины» за возникновение конфликта, на наш взгляд, является главной причиной его «неразрешимости».

При развитии конфликтов в практической деятельности врачей-стоматологов субъектами (оппонентами, конфликтантами, конфликтующими сторонами) являются изначально врач (исполнитель услуги) и пациент (клиент). При трансформации этих конфликтов в юридические гражданско-правовую ответственность, согласно имеющемуся законодательству, несет юридическое лицо; субъектом конфликта автоматически становится медицинская организация (услугодатель), с которой врач связан трудовым договором.

Мотивом стоматологического конфликта является побуждение пациента получить качественную медицинскую услугу или устранение допущенных «ошибок» проведенного стоматологического лечения. Цель пациента, как участника уже юридического конфликта, заключается в возмещении, компенсации материального (физического, имущественного) и морального вреда здоровью.

При всем негативном эмоциональном напряжении конфликта важно то, что в медицинской организации выявляются причины, анализируются и проводятся мероприятия по их профилактике, т. е. четко выражена информационно-познавательная, интегративная функции конфликтного взаимодействия, стимулирование адаптации стоматологической службы в новых социально-экономических условиях.

Некоторые психологи пытались дифференцировать личностные реакции больных на заболевание (в том числе отношения к врачу), некоторые эти реакции могут быть предрасполагающими причинами для развития конфликтной ситуации.

Различают:

1. Содружественную реакцию, когда больные с первых дней заболевания демонстрируют редкую пунктуальность и безграничное доверие к лечащему врачу.

2. Спокойную реакцию, при которой больные аккуратно выполня-

ют все назначения врача и адекватно реагируют на все его указания.

3. Неосознаваемую реакцию, которая, имея патологическую основу, в ряде случаев выполняет роль психологической защиты.

4. Следовую реакцию: несмотря на благополучное окончание заболевания, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива болезни.

5. Негативную реакцию, характеризующуюся тем, что больные находятся во властипредубеждений в отношении врача и медицинского персонала.

6. Паническую реакцию, при которой больные во власти страха, легко внушаемы.

7. Разрушительная реакция с неадекватным поведением, игнорированием всех указаний лечащего врача [16, 20].

Широкая популяризация медицинских знаний, доступность специальной литературы, множество врачей, осматривающих больного — все это оборачивается сплошным потоком противоречивой информации, обрушивающейся на несведущего человека, который не в состоянии ориентироваться в ней. Он теряется, мечется между врачами, не зная кому отдать предпочтение. Неудачи, к сожалению, неизбежны в медицинской практике, а тем более факты грубого или недобросовестного отношения врачей к пациентам дают богатую пищу для всевозможных пересудов. В результате человек обращается к каждому новому врачу с чувством неуверенности в его квалификации и добросовестности [22].

Ознакомив вас с основным содержанием конфликтов мы предлагаем следующую классификацию конфликтов, возникающих в практической деятельности стоматологов. Содержание конфликта в стоматологической деятельности выясняется экспликацией четырех его составляющих: стороны конфликта, предмет конфликта, способы разрешения конфликта, результат разрешения конфликта.

1. Стороны конфликта:
 - межличностные: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор;

- межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент, врач – родственники пациента, администрация ЛПУ (юридическое лицо) – пациент (истец в суде).

2. Предмет конфликта:

- объективные причины (не зависящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);

- субъективные причины (зависящие от врача): информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические, тактические.

3. Способы разрешения:

- досудебный: на уровне врача, заведующего отделением, администрации ЛПУ, КЭК, посредством этических комитетов;

- судебный: органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции – специализированными третейскими судами.

4. Результаты разрешения конфликта:

- разрешение конфликта на досудебном уровне;

- исполнение решения суда.

Наиболее остро в стоматологической деятельности стоит вопрос о причинах увеличения количества этико-правовых конфликтов. По нашему мнению эта тенденция связана с переходом стоматологии к рыночным отношениям в постсоветском периоде существования здравоохранения; стоматологическая деятельность наиболее ярко отражает коммерческий подход в медицине. Взаимоотношения пациентов и врачей имеют более жесткую и детальную этическую и правовую регламентацию, чем раньше, однако суть этой регламентации далеко не всегда известна и понятна и пациентам, и стоматологам, отчасти объясняясь общегражданской правовой неграмотностью.

В заключение данного параграфа можно сделать определенные выводы:

- конфликты между врачом и пациентом остаются по-прежнему одной из самых сложных проблем в профессиональной деятельности врачей-стоматологов;

- среди перечня причин развития конфликтов врачи отмечают недостаточное информирование пациентов при оказании медицинской помощи. Но, по мнению врачей, это связано не с низкой квалификацией врачей или некомпетентностью пациентов, а с отсутствием единой формы информированного согласия в стоматологических организациях;

- в определении инициаторов стоматологических конфликтов было отмечено, что именно взаимное «перекладывание вины» является главной причиной его «неразрешимости».

О возможных механизмах разрешения конфликтов, их достоинствах и недостатках, условиях их осуществления будет вестись в дальнейшем.

« Литература »

1. Андреева Г. М. Социальная психология: Учебник для высш. уч. заведений / Г. М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 376 с.
2. Анцупов А. Я. Конфликтология: Учебник для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – М.: ЮНИТИ, 1999. – 551 с.
3. Бабосов Е. М. Конфликтология: Уч. пос. для студентов вузов / Е. М. Бабосов. – Мн.: ТетраСистемс, 2000. – 464 с.
4. Бойко В. В. Менталитет врача-стоматолога и пациента: аспекты психологии и этики / В. В. Бойко. – СПб., 1999. – 42 с.
5. Бородкин Ф. М. Внимание: конфликт! / Ф. М. Бородкин, Н. М. Коряк; 2-е изд., перераб. и доп. – Новосибирск: Наука. Сиб. отделение, 1989. – 190 с.
6. Гальперин П. Я. Введение в психологию: Уч. пос. для вузов / П. Я. Гальперин. – М.: Книжный дом «Университет», 2002. – 336 с.
7. Гришина Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
8. Дмитриев А. Введение в общую теорию конфликтов (Юридическая конфликтология) / А. Дмитриев, В. Кудрявцев, С. Кудрявцев. – М., 1993. – 212 с.
9. Дмитриев А. В. Конфликтология: Уч. пос. / А. В. Дмитриев. – М.: Гардарики, 2000. – 320 с.
10. Еникеев М. И. Основы общей и юридической психологии: Учебник для вузов / М. И. Еникеев. – М.: Юрист, 1996. – 631 с.
11. Зайченко С. И. Организационно-правовые основы использования медицинских знаний в деятельности юрисдикционных органов Российской Фе-

дерации: Уч. пос. / С. И. Зайченко, А. А. Мохов. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003. – 44 с.

12. Зеркин Д. П. Основы конфликтологии: Курс лекций / Д. П. Зеркин. – Ростов н/Д: «Феникс», 1998. – 480 с.

13. Зеркин Д. П. Основы конфликтологии / Д. П. Зеркин. – М., 2000. – 362 с.

14. Ирошникова Е. С. Досудебные разбирательства претензий пациентов как фактор улаживания конфликтов (опыт работы ГКК Комитета Здравоохранения г. Москвы) / Е. С. Ирошникова, А. И. Дойников, А. О. Малый // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М., Авиаиздат, 2001. – С. 78–79.

15. Калашников Д. В. Переговорный метод управления конфликтом / Д. В. Калашников // Социс. – 1998. – № 5. – С. 106.

16. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. – М.: Медицина, 1980. – 184 с.

17. Козырев Г. И. Конфликтология. Конфликты в социально-педагогическом процессе / Г. И. Козырев // Социально-гуманитарные знания. – 2000. – № 2. – С. 118–135.

18. Козырев Г. И. Конфликты в организации / Г. И. Козырев // Социально-гуманитарные знания. – 2001. – № 2. – С. 136–150.

19. Конфликтология: Учебник / Под ред. А. С. Кармина. – СПб.: Изд-во «Лань», 2000. – 448 с.

20. Лакошина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакошина, Г. К. Ушаков; 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.

21. Ликсон Ч. Конфликт / Ч. Ликсон. – СПб.: Питер Паблишинг, 1997. – 160 с.

22. Линчевский Э. Э. Сфера обид, сфера надежд: Социально-психологические и нравственные аспекты общения в сфере обслуживания / Э. Э. Линчевский. – М.: Мысль, 1991. – 200 с.

23. Майерс Д. Социальная психология. Интенсивный курс / Д. Майерс. – СПб.: ЕВРОЗНАК, 2000. – 512 с.

24. Михальченко Д. В. Методы вербального общения с пациентом в условиях ортопедического стоматологического приема / Д. В. Михальченко, К. О. Агеенко // Современные проблемы организации стоматологической службы Волгоградской области: сборник материалов и научных статей по итогам конференции, посвященной 40-летию Волгоградской обл. клинической стомат. поликлиники. – Волгоград: Перемена, 2002. – С. 175–178

25. Нуркова В. В. Психология: Учебник / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. – М.: Юрайт-Издат, 2004. – 484 с.

26. Петрушин В. И. Психология менеджмента / В. И. Петрушин. – М., 2001. – 124 с.

27. Поплавский А. Э. Судебно-медицинская экспертиза как предмет социального конфликта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Э. Поплавский. – Волгоград, 2004. – 24 с.

28. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.

29. Рузин Г. П. Вопросы деонтологии в хирургическом стоматологическом стационаре / Г. П. Рузин, Ю. С. Захаров, Н. Г. Бутера // Стоматология. – 1981. – № 4. – С. 63–64.

30. Рузин Г. П. Оценка и профилактика стрессовых состояний у больных на амбулаторном хирургическом приеме / Г. П. Рузин, Л. П. Рекова // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии», посвященная 120-летию со дня рождения А. И. Евдокимова: сб. тез. – М., 2003. – С. 126.

31. Скотт Д. Г. Способы разрешения конфликтов / Д. Г. Скотт. – Киев: Издат. об-во «Верзилин и К, ЛТД», 1991. – 208 с.

32. Торопчин И. И. Конфликтология: психологический аспект: Методические рекомендации / И. И. Торопчин. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 1997. – 36 с.

33. Фельдман Д. М. Политология конфликта. Уч. пос. / Д. М. Фельдман. – М.: Изд. дом «Стратегия», 1998. – 200 с.

34. Хасан Б. И. Конструктивная психология конфликта / Б. И. Хасан. – СПб.: Питер, 2003. – 250 с.

35. Цимбалистов А. В. Анализ конфликтных ситуаций в стоматологической практике / А. В. Цимбалистов, О. Я. Зултан, Ю. Г. Голинский // Клиническая стоматология. – 1999. – № 4. – С. 58–60.

36. Шамшури В. И. Врач и пациент: социально-правовые взаимоотношения. Нормативные документы. Вопросы и ответы / В. И. Шамшури, В. Э. Танковский. – М.: Междунар. центр фин.-эконом. развития, 1999. – 288 с.

37. Юркин Г. О правах граждан при обращении за медицинской помощью / Г. Юркин // Врач. – 2000. – № 8. – С. 44–46.

38. Thomas K.W. Thomas-Kilmann conflict mode instrument / K. W. Thomas, R. H. Kilmann. – London: XICOM, Inc., 1990.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ

Научные разработки правовой базы современного здравоохранения России имеют значительные отличия от прежних. В советском периоде существования здравоохранения правовые вопросы, которые

освещались в литературе, касались исключительно проблем «врачебных ошибок», судебно-медицинской экспертизы, преступлений медицинских работников и уголовной ответственности врачей. Доктрина государственного уголовно-правового возмездия основывалась на понимании права как средства предупреждения преступления. Неудивительно, что в области здравоохранения права гражданина сводились к государственным гарантиям от профессиональных преступлений медицинских работников, подлежащих уголовному наказанию [22, 23, 43, 44, 45, 46, 64, 81].

Очевидно, что с принятием основополагающих нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения как в медицинской, так и в юридической литературе появились ряд статей, в которых анализировались новые правовые аспекты медицинской деятельности, анализ ошибок законотворческой работы, проблемы становления медицинского права в России, обсуждались дальнейшие перспективы его развития [2, 3, 4, 8, 11, 17, 35, 41, 47, 48, 67, 68, 84, 89].

«Юридическая» конфликтология, которая обобщает и изучает особенности, которые характеризуют конфликт, главным образом, с позиции права. *Юридическая психология* – это наука, изучающая различные психологические аспекты личности и деятельности в условиях правового регулирования [13, 30, 32, 86].

Предметом изучения юридической психологии является психология людей в отношениях с системой права. *Психология гражданского правового регулирования* – раздел юридической психологии, изучающий психологические аспекты имущественных, экономических и личных отношений, регулируемых гражданским кодексом [30].

Обсуждая правовые аспекты конфликтов, возникающих в практической деятельности стоматолога необходимо пояснить следующие понятия.

«Врачебные дела» – условный термин, под которым понимают разрешаемые уполномоченными органами юридические дела, в основе которых лежит конфликт между пациентом (или его законными представителями) и услугодателем (в лице организации или конкретного медицинского работника) [49].

Нами в качестве иллюстрации приводятся статистические данные СМЭ (судебно-медицинской экспертизы), проведенные по стоматологическим «врачебным делам» за период с 1999 по 2003 годы, распределение гражданских дел по районам г. Волгограда и области.

Наиболее интересными оказались показатели частоты проведения СМЭ (2000–2003 гг.) в зависимости от медицинской дисциплины: стоматология и ЧЛХ (челюстно-лицевая хирургия) – суммарно 42 экспертизы, акушерство и гинекология – 35 экспертиз, хирургия – 30, травматология – 14, терапия – 14, все остальные специальности имели наименьшее суммарное значение. Представленные данные за 1999–2003 гг. демонстрируют относительно равное количество судебных дел, рассматриваемых ежегодно, фактически во всех районах города. Однако если рассматривать отношеколичества СМЭ, проведенных по стоматологии и ЧЛХ и другим специальностями, можно отметить четкую тенденцию первенства СМЭ, проведенных по стоматологии и ЧЛХ, а следовательно, и гражданских дел [4].

Субъектами стоматологического конфликта (оппонентами, конфликтантами, конфликтующими сторонами) являются изначально врач(исполнитель услуги) и пациент (клиент). Необходимо отметить еще одну проблему взаимоотношений врача и пациента, а также рассмотреть это обстоятельство как возможную причину для развития стоматологических конфликтов. Правоотношения при оказании стоматологической помощи возникают между двумя участниками: врачом и пациентом. В соответствии со ст. 31 «Основ» информация о состоянии здоровья предоставляется самому пациенту, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, – их законным представителям. В случае неблагоприятного прогноза информация сообщается членам его семьи при условии, если пациент не запретит сообщать эту информацию. По данным нашего исследования, инициаторами конфликтов, по мнению врачей в 36 % могут быть именно родственники пациентов, хотя родственники пациента не имеют права знать информацию о состоянии здоровья за исклю-

чением ситуаций, описанных в ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» [4].

Пример 1

Исковое заявление о возмещении вреда, причиненного вследствие недостатков услуг, и компенсации морального вреда

Я, гражданин Ш., с дочерью Ш. М. 1992 года рождения обратился в стоматологическую поликлинику N для удаления правого нижнего 5-го молочного зуба в связи со сменой прикуса.

Однако вместо молочного зуба моей дочери был удален соседний правый нижний 4-й постоянный зуб.

Я письменно обратился в стоматологическую поликлинику N с требованием устранения недостатков оказания медицинской услуги, возможных последствий и компенсации морального вреда. Моя дочь была направлена на кафедру стоматологии детского возраста для консультации по поводу дальнейшего лечения и протезирования.

Согласно заключению, для замещения дефекта зубного ряда необходимо проведение сложного и дорогостоящего лечения, сопровождающегося с материальными затратами с моей стороны и физическими страданиями и нравственными переживаниями моего ребенка.

Администрация поликлиники заверила меня в том, что гарантирует своевременную оплату выставленных счетов. Однако в компенсации морального вреда, возникшего в результате оказанной услуги, администрация поликлиники отказала.

Считаю необходимым разрешить данную ситуацию в суде, так как для проведения дальнейшего лечения необходимы значительные материальные затраты, а возмещение вреда от моральных и физических страданий в добровольном порядке невозможно.

В соответствии с п. ст. 14 Закона «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «вред, причиненный здоровью потребителя вследствие недостатков услуги, подлежит возмещению в полном объеме».

Статьей 15 Закона «О защите прав потребителей» определено, что «моральный вред, причиненный потребителю, подлежит компенсации причинителем вреда при наличии его вины». Причинителем вреда, возникшего в результате недостатка оказанной услуги, является стоматологическая поликлиника N.

Учитывая, что моя дочь несовершеннолетняя, процесс формирования внешности в данный период очень болезненен. Недостаток оказанной услуги причинил непоправимые нравственные страдания, которые выразились в нарушении сна, повышенной раздражительности, замкнутости и пр.

Статьей 1101 ГК РФ установлено, что компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме. В связи с этим считаю, что моральный вред, причиненный ответчиком, можно будет считать частично компенсированным, в случае взыскания со стоматологической поликлиники N суммы в размере 100 000 руб. (сто тысяч рублей).

На основании изложенного и в соответствии с действующим законодательством, прошу:

1. Обязать администрацию стоматологической поликлиники N оплатить счета любых лечебных учреждений на лечение Ш.М., связанные с устранением недостатка оказанной услуги.

2. Взыскать с ответчика:

- расходы, связанные с услугой представителя, в размере 5 000 рублей;

- сумму морального вреда в размере 100 000 рублей.

Решение

Рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по иску Ш. о возмещении ущерба и компенсации морального вреда, суд решил:

Обязать администрацию стоматологической поликлиники N оплатить счета любых лечебных учреждений на лечение Ш.М., связанные с устранением недостатка оказанной услуги, взыскать с ответчика стоимость консультации, судебные расходы по оплате

экспертизы, расходы, связанные с оплатой услуг представителя в размере 5 000 руб., компенсацию морального вреда – 10 000 руб., в остальной части иска отказать.

Взыскать со стоматологической поликлиники N госпошлину в доход государства.

КОММЕНТАРИЙ

Данный пример демонстрирует динамику конфликтного взаимодействия между медицинской организацией и родителями ребенка, как законными представителями, от начала развития до разрешения его судебными органами. Конфликт имеет юридический характер, т. к. сторонами конфликтного взаимодействия являются медицинская организация (ответчик) и родители ребенка (истец). Предмет конфликта – вред, причиненный ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Очевидны дефекты оказания медицинской помощи в данном случае работы врача-интерна. Организационные дефекты: несовершенство профессиональных знаний, неправильная оценка состояния пациента, недостаточные профессиональные знания. Лечебно-диагностические дефекты: интерпретация данных специалиста не верна.

Способ разрешения конфликта – попытка со стороны администрации медицинской организации урегулировать конфликт досудебным механизмом. Основной мотив к подаче искового заявления в судебные органы заключается в отказе администрации медицинской организации возместить моральный ущерб. В итоге, данный юридический конфликт был разрешен в судебном порядке.

Согласно действующей Конституции РФ (ст. 7, 41, 42), гражданин имеет право: на охрану здоровья и медицинскую помощь; на деятельность, способствующую укреплению здоровья; на благоприятную окружающую среду; на возмещение ущерба, причиненного здоровью человека или его имуществу экологическими правонарушениями.

Одной из основных нормативных баз, регулирующих возмещение вреда, нанесенного ненадлежащим оказанием медицинской (стома-

тологической) помощи, является гражданское право. Гражданское право – это базовая отрасль «частного» права, предметом регулирования которой являются имущественные и связанные с ними немущественные отношения, основанные на равенстве, автономии воли и имущественной самостоятельности их участников [14, 30, 34, 40, 46, 84]. В Гражданском кодексе РФ (ст. 8) оказание медицинской помощи причислено к разряду возмездной услуги. В силу этого правовые отношения пациента и ЛПУ и (или) конкретного медицинского работника при оказании медико-социальной помощи (услуги) определяются положениями ГК РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей».

Закон РФ «О защите прав потребителей» регулирует отношения, возникающие между потребителем и предпринимателями, устанавливает права потребителей на получение услуг надлежащего качества, на безопасность их жизни и здоровья, на получение информации об услугах и их исполнителях, на защиту их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав.

Понятие медицинской услуги неразрывно связано с понятием договора в сфере врачевания. Договор в сфере врачевания – юридический факт, на основании которого возникают обязательственные правоотношения, и регулятор поведения сторон, поскольку их соглашение определяет (с учетом нормативных актов) права и обязанности участников [7, 9, 25, 26, 29, 33, 83, 85]. Отказ стоматологической клиники от заключения публичного договора при наличии возможности предоставить пациенту стоматологические услуги не допускается. Единственным законным основанием от заключения договора с тем или иным пациентом является невозможность оказать ему соответствующую услугу.

Между медицинской клиникой и пациентом в последние годы все чаще стали заключаться договоры по оказанию медицинских услуг, однако их число еще недостаточно для того, чтобы говорить об их повсеместности. К тому же, как правило, они не содержат, каких-либо принципиальных новелл в части ответственности за вред, причиненный здоровью или жизни гражданина (пациента). Обычно в со-

ответствующем пункте договора содержится отсылка к действующему законодательству.

Следует подчеркнуть, что речь в договоре идет об оказании определенных услуг, а не о причинении правам и охраняемым законом интересам пациента вреда. Личные неимущественные права и блага не могут, по общему правилу, быть предметом договора как таковые. Договориться о причинении вреда, по общему правилу, также нельзя. Поэтому обязательства из причинения вреда являются внедоговорными, а их основанием выступает деликт.

Попробуем ответить на вопрос: почему ответственность медицинских работников становится наиболее актуальной? Для современной стоматологии характерны довольно высокие риски. Деятельность медицинских работников по оказанию медицинских услуг или врачевание носит рискованный характер, риск в той или иной мере присутствует всегда. При этом возникает вопрос: чем обусловлены риски?

Необходимо напомнить о существовании специального понятия «этические риски лечения», которое обозначает возможные негативные результаты, вследствие несоблюдения правил и принципов биоэтики (уважения автономии, нанесения вреда, справедливости, информированного согласия, конфиденциальности), что отчасти является новшеством для сферы здравоохранения.

Выполняя надлежащим образом свои профессиональные обязанности, медицинский работник, тем не менее, действует в состоянии риска. Широкое распространение в современной медицинской практике получили разнообразные лекарственные средства; нередко применяются лазерные аппараты, источники ионизирующего излучения, токи разной частоты; изделия с высокой степенью риска (аппараты для гемодиализа, гемосорбции, устройства для инфузии) и т. д. Медицина и стоматология в частности становятся высокотехнологичной сферой, где широко применяются современные лекарственные, обезболивающие средства.

А. В. Тихомиров (1998) в отношении источников повышенной опасности пишет о том, что технология производства медицинских услуг

«являет собой источник повышенной опасности, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью» [80].

Профессиональным риском медицинских работников является сознательное отступление от существующих правил и методик в самом различном направлении врачебной деятельности, выразившееся во вмешательстве в функционирование человеческого организма, с учетом вероятности положительных результатов или негативных осложнений, в целях спасения жизни или радикального улучшения здоровья больного либо во имя науки и излечения будущих больных.

Вопросу квалификации деятельности в качестве повышенно опасной для окружающих значительное внимание уделил в своей работе В. М. Болдинов (2002). Для этого автор предлагает использовать следующие критерии (индикаторы): цели и задачи (объекты) деятельности; содержание деятельности; субъектный состав (лица, осуществляющие деятельность и их количество); методы осуществления деятельности; средства осуществления (инструментарий) деятельности.

Рассмотрим их применительно к медицинской (стоматологической) деятельности. Цели повышенно опасной деятельности, как правило, имеют экономический характер, так как эта деятельность чаще всего осуществляется в сфере производства и оказания услуг. Медицинская услуга с принятием второй части ГК РФ стала прямо считаться одной из разновидностей возмездных услуг со всеми присущими ей атрибутами.

Источники повышенной опасности в медицине в основном используются в качестве средств производства, выполнения работ и оказания услуг. Лекарственные (обезболивающие) средства, различные технологии, использующиеся в стоматологической практике для решения ряда задач: диагностических, лечебных, – тем не менее, могут быть источниками повышенной опасности. Медицинский риск может быть связан с самыми различными направлениями врачебной деятельности, которые регулируются специальными правилами. Такого рода деятельность подлежит лицензированию; ФЗ РФ «О лицен-

зировании отдельных видов деятельности» среди прочих видов деятельности называет и медицинскую деятельность.

Содержание деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, составляет совокупность единичных действий владельца источника повышенной опасности или его работников [10]. Как можно убедиться, медицинская деятельность отвечает этому критерию. Договор на оказание медицинской услуги заключается между гражданином (пациентом) и услугодателем (медицинской организацией), а непосредственно осуществляется медицинским персоналом, состоящим с услугодателем (работодателем) в трудовых отношениях.

Субъектный состав, призванный осуществлять деятельность, представляющую повышенную опасность для окружающих, характеризуется рядом особенностей. К таковым могут относиться требования к образованию, квалификации, состоянию здоровья и т. п. Медицинскую помощь непосредственно оказывают только медицинские работники (лица с высшим или средним специальным образованием).

Методы осуществления рискованной или повышенно опасной деятельности имеют одно общее свойство – разрабатываются и используются с расчетом на предотвращение причинения вреда, ориентируются владельцев этих источников на повышенную осмотрительность и бдительность.

Иногда возникает вопрос об отнесении хирургического метода лечения к методу, представляющему повышенную опасность для окружающих, что наиболее волнует хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. Данный метод не исключает опасности (риска) для пациента, но использование хирургических инструментов, по общему правилу, осуществляется под полным контролем хирурга. Другое дело, что в современной хирургии все чаще используются методы и инструменты, которые основаны на использовании не их механических свойств, а использовании энергии лазера, электрической энергии и т. д. Таким образом, инвазивные методы воздействия

на организм человека, по общему правилу, не относятся к источникам повышенной опасности, но также таят в себе опасность (риск) причинения случайного вреда здоровью или жизни.

Обобщенные данные, характеризующие особенности развития стоматологической службы, позволяют выделить следующие группы профессиональных рисков:

1. Профессиональные риски, не связанные с деятельностью врача.
2. Профессиональные риски, связанные с нарушениями в системе организации и управления стоматологическим учреждением.
3. Профессиональные риски, обусловленные степенью специализации приема больных.
4. Профессиональные риски, связанные с действиями врача или его психофизиологическими особенностями.
5. Профессиональные риски, связанные с возрастом врача.
6. Профессиональные риски, связанные с индивидуальными особенностями строения зубов и челюстей, особенностями течения болезни или с ее запущенностью.
7. Профессиональные риски, связанные с психологическими и психоэмоциональными особенностями больного и его поведением [1, 42, 50, 57, 88].

Изучение деятельности медицинских стоматологических организаций позволяет считать, что основными и объективными показателями их деятельности является целевой эффект, затраты времени и ресурсов на выполнение лечебной функции, т. е. степень бесконфликтности (или конфликтности) при оказании стоматологической помощи.

Мероприятия по совершенствованию контроля качества медицинской помощи, провозглашенные совместным приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 г. № 363/77, задействовали две системы контроля качества: внутриведомственную и вневедомственную.

Основные положения стандартизации в здравоохранении, утвержденные Приказом МЗ РФ от 12.12.97 г., определяют медицинскую

услугу как мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Совместным Приказом МЗ РФ и ФФОМС от 19.01.98 г. № 12/2 введены «Основные положения стандартизации в здравоохранении», даны основные характеристики медицинской услуги: Приказ МЗ РФ № 299 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования», Приказ МЗ РФ № 113 – отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги», Приказ МЗ РФ № 269 – классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги».

Необходимо отметить, что в настоящее время в оценке деятельности учреждений здравоохранения отдается приоритет количественным характеристикам, а вот качество услуг здравоохранения практически не представлено в системе оценок деятельности ЛПУ. В определенной степени этот пробел пытаются восполнить с помощью показателей уровня медицинской помощи [31].

Качество стоматологической услуги – это совокупность ее свойств и характеристик, удовлетворяющая потребность пациента в стоматологической помощи и соответствующая нормативному уровню качества. В свою очередь, уровень качества определяется соответствующими стандартами [12, 27, 28, 24, 69, 70].

Согласно Приказу МЗ РФ № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению РФ», стандарт качества – это нормативный документ, устанавливающий правила, общие принципы или характеристики, касающиеся оказания медицинской услуги и/или ее результата.

Как известно, профессиональные стандарты – это инструменты стабилизации организационной системы управления; творческий потенциал (новые знания, умения, опыт) – реализация стратегии «развитие через качество». Однако сегодня в медицинской отрасли мы не имеем обязательного регламента по ведению документации, осмотра, стандартов лечения и реабилитации, соответствующих новому законодательству.

Одной из важнейших проблем современного здравоохранения является проблема отсутствия единых стандартов качества стоматологической помощи в РФ, а региональные и территориальные критерии и стандарты качества, включая рекомендации стоматологической ассоциации России, имеют различия и, главное, – не имеют юридической силы, т. к. это рекомендательные, а не приказные (МЗ РФ) документы.

Анализ литературы и судебной практики указывает на рост случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные органы защиты прав потребителей с исками о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Кроме этого отмечается тенденция к появлению заведомых квируллянтов, для которых конфликт – это источник финансового дохода.

По данным исследовательского центра «Независимая медико-юридическая экспертиза», на 2001 год в Санкт-Петербурге: нарушения уголовного законодательства составили – 14,8 %, гражданско-правовая ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи – 79,5 %, прочие – 5,7 % [6].

Согласно статистическим показателям, около 30 % дел составляют вполне обоснованные претензии пациентов к неудовлетворительному качеству лечения, врачебным ошибкам, около 50 % обусловлены объективной сложностью лечения патологии, которыми страдают пациенты. Около 20 % составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, не редко страдающих психозоматическими расстройствами [51, 52, 53].

Для врача и пациента, очевидно, что конфликты практически всегда переходят из сферы деловых отношений в сферу чисто личностную. Причинами, предрасполагающими к возникновению конфликтных ситуаций, могут быть личностные особенности врача и пациента: повышенная тревожность, вспыльчивость, подозрительность, излишняя принципиальность и прямолинейность в высказываниях и суждениях, взаимное недоверие, осуждение и т. д.

Особое значение в данном случае имеют сведения о структуре

профессионально важных качеств врача. Необходимо отметить тот факт, что на сегодняшний день у пациента (не без помощи врачей) выработался единый стереотип поведения на приеме. Зачастую пациенты начинают сразу же критиковать лечение предыдущего врача (хирурга, ортопеда, терапевта), предугадывая заранее, что через минуту это будет делать и сам врач. Давая оценку чужой работе письменно или сообщая о ней устно пациенту или другому врачу, мы обвиняем лечащего врача в причинении вреда пациенту. Однако оценивать качество работы согласно Приказу МЗ РФ от 24.10.96 г. № 363/77 может только эксперт. И медицинским работникам не следует забывать о нормах корпоративной этики в профессиональной деятельности.

Специфической для юридической ответственности медицинских организаций и их работников за причинение вреда здоровью пациентов является проблема врачебной ошибки. Анализ врачебных ошибок как собственно медицинского, так и социально-правового явления, их причин и последствий имеет огромное значение для непосредственных участников возникающих правоотношений, общества и государства в целом [49].

С понятием «врачебная ошибка» тесно связано понятие «ятрогения». Ятрогения – это причинение вреда здоровью пациента, находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических или реабилитационных мероприятий [74, 75, 76, 77, 78, 79].

Прежде всего, следует отметить, что сегодня нет четкой градации в понятиях «осложнение», «дефект» лечения и «ошибка» [76, 77, 80]. В настоящее время отсутствуют единые принципы правовой квалификации неблагоприятных исходов медицинских вмешательств. Это требует согласованной работы представителей как правовой, так и медицинской науки и практики.

Под дефектом медицинской помощи следует понимать некачественное оказание медицинской помощи, заключающееся в ошибках диагностики, лечения больного или организации медицинской помо-

щи, которые привели или могли привести к ухудшению здоровья больного.

Причины дефектов медицинской помощи – это различные факторы и обстоятельства медицинского и немедицинского свойства, влияющие на возникновение ошибок, упущений и недочетов в оказании медицинской помощи. Следует различать субъективные причины, т. е. недостаточный уровень подготовки медицинских работников и их недобросовестное отношение к исполнению функциональных обязанностей и медицинского долга; объективные причины, связанные с реальными трудностями диагностики и лечения.

Нарушения, допущенные субъектами оказания медицинской помощи, могут быть систематизированы:

во-первых, **диагностические дефекты** (не установление диагноза, не своевременное установление диагноза, неправильный диагноз, гипердиагностика, манипуляционные и медикаментозные дефекты);

во-вторых, **лечебно-профилактические дефекты** (при медикаментозных назначениях, манипуляциях, физиотерапевтических процедурах, операциях);

в-третьих, **тактико-стратегические дефекты** (неверная оценка ситуации и неверное прогнозирование течения заболевания, недооценка тяжести состояния больного, отсрочка операции или отказ от нее, неправильное прогнозирование результатов операции);

в-четвертых, **информационно-деонтологические дефекты** (неинформирование (не полноценное информирование) пациента о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения, прогнозах, рисках и исходе; ложная информация, чрезмерная информация, разглашение врачебной тайны) [64, 65, 71, 72, 73].

В данном случае следует коротко остановиться на концепции информированного добровольного согласия, которая предполагает:

- уважение человеческого достоинства, духовных ценностей личности;
- обеспечение для пациента свободы осознанного выбора и альтер-

тернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказ от лечения);

- сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;

- вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.

Правовым основанием введения добровольного информированного согласия являются:

- Ст. 30, Права пациента «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г.

- Ст. 31, Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

- Ст. 32, Согласие на медицинское вмешательство, сказано: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие».

- Ст. 10 Закона «О защите прав потребителей». Изготовитель (исполнитель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного выбора.

И последней группой нарушений, допускаемых субъектами оказания медицинской помощи, являются **организационные дефекты** (недостатки организации профилактики, диагностики, лечения).

К сожалению, одними из первых нарушений допускаемых врачами при оказании стоматологической помощи являются нарушения при оформлении первичной медицинской документации. Как известно, «документ» в переводе с латинского означает «доказательство». Медицинская документация в основном подразделяется на административную и врачебную. К первой относится договор, составленный между исполнителем медицинской услуги и их потребителем; лицензия, сертификат, перечень оказываемых услуг с указанием их стоимости и т. п. К врачебной документации относится история болезни (амбулаторная карта больного) с соответствующими приложениями [4, 5, 56].

Решение многих задач организации стоматологической практики немисливо без анализа сведений, содержащихся в медицинской документации. Следует отметить, что наряду с медицинскими стандартами этот анализ является важнейшим средством контроля качества стоматологической помощи.

Недостатки в ведении медицинской документации, как правило, являются поводом для вынесения судами решений в пользу пациентов. Безупречно оформленная документация снимает ряд надуманных и необоснованных претензий.

Основными недостатками в оформлении истории болезни (амбулаторной карты) являлись:

- некачественное заполнение зубной формулы пациента;
- отсутствие данных объективного обследования;
- отсутствие сведений о перенесенных и сопутствующих заболеваниях пациента;

- несоблюдение стандартной схемы описания посещений;
- отсутствие описания рентгенологических снимков и указания о направлении на рентгеноконтроль, в том числе отсутствие записи об отказе пациента или наличии противопоказаний для проведения этого метода обследования;

- неточное указание диагноза, либо несоответствие диагноза описанию клинической картины и данным обследования;

- неотражение сведений о предыдущем лечении;
- отсутствие обоснований применяемым методам лечения;
- неотражение сведений об осложнениях, возникающих при проведении тех или иных методов лечения;

- нефиксирование момента завершения лечения;
- значительные сокращения в записях, неразборчивый почерк, исправления в записях, вычеркивания, приписки.

Великолепное владение профессией при юридической неосведомленности не освобождает от правовой ответственности, вследствие причинения вреда здоровью пациента. То, что представляется очевидным с медицинской точки зрения, с позиции закона порой требует

либо иного подхода, либо дополнительной активности с отражением этого в соответствующих документах. В качестве документа история болезни отражает факт приложения профессиональных действий. В связи с этим история болезни не является юридическим документом, хотя и отражает факт, имеющий юридическое значение.

Мы акцентируем внимание на том, что одной из причин развития конфликтов между врачом и пациентом является низкий уровень правовой грамотности врачей (правовой культуры), что является результатом общегражданской правовой неграмотности населения [2, 49, 57, 66, 67].

По данным Г. А. Пашиняна (2004), основными дефектами оказания стоматологической помощи являются: неоправданное медицинскими показаниями расширение объема зубопротезных работ; недостаточный уровень знаний по вопросам медицинской этики и деонтологии; отсутствие медико-правовых знаний по вопросам взаимоотношения между врачом и пациентом [53].

Юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует: чем выше правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше качество и эффективность лечебно-диагностической помощи населению, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Юридически значимые последствия при оказании медицинской помощи, в первую очередь медицинской услуги, возникают в случае совершения лицом правонарушения. Правонарушение – понятие, означающее любое деяние, нарушающее какие-либо нормы права, и представляющее собой юридический факт.

Конституция РФ (ст. 2, 45, 46, 125) предусматривает возможность человека защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом. Способами и формами защиты прав граждан (судебная, административная, самозащита) являются: обращение в государственные органы и органы местного самоуправления; обжалование действий (бездействий) должностных лиц, нарушающих права

граждан; обращение в средства массовой информации и правозащитные организации, общественные объединения [15, 16].

Если в результате нарушений, допущенных медицинским персоналом при оказании медицинской помощи, был причинен ущерб здоровью пациента имущественного характера, то наступает гражданско-правовая ответственность, которую несет за своих работников медицинская организация. Основная цель института гражданско-правовой ответственности – компенсация в наибольшей степени вреда, причиненного личности и имуществу [30, 90, 91].

Основная конечная цель любого медицинского вмешательства – улучшение качества жизни. Используя понятие «качество жизни», можно объективизировать процедуру оценки вреда, причиненного здоровью, что имеет существенное значение для гражданского судопроизводства [54, 55].

Как бы не было парадоксально, но все чаще возникает вопрос о возмещении вреда здоровью пациента при оказании стоматологической помощи. Вред – это всякое умаление личного или имущественного блага, субъективного права или охраняемого законом интереса. Медицинское учреждение может причинить вред личности или имуществу пациента [44, 45, 46].

В лексиконе наших пациентов все прочнее закрепляется понятие и требование возмещения материального и морального вреда при надлежащем оказании медицинской помощи, что говорит о росте правовой грамотности наших пациентов и их осведомленности по этим вопросам. По данным Российского фонда правовых реформ (1999), более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полным представлением о них.

Материальный вред включает в себя вред имущественный и физический. Под моральным вредом понимают физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных (нематериальных) благ – посягательства на его честь, достоинство, неприкосновенность личности, здоровье и т. д. [90, 91].

Безопасность медицинской услуги – это защита от неоправданно

опасных для пациента действий медицинского работника или деятельности медицинской организации [36, 37, 38, 80]. В случае нарушения своих прав пациент может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации, в которой ему оказывается стоматологическая помощь, в соответствующие профессиональные медицинские (стоматологические) ассоциации и лицензирующие органы, либо непосредственно в суд [2, 24, 49, 66, 67, 69, 70, 78].

В заключение данного раздела монографии сделаем некоторые выводы:

- полученные данные четко демонстрируют заинтересованность врачей-стоматологов вопросами биоэтики и медицинского права, однако очевиден значительный пробел знаний, и эта проблема характерна не только для стоматологии, а для всего врачебного сообщества, является следствием общегражданской правовой неграмотности. Однако юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует: чем выше этико-правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются профессиональные обязанности, тем выше качество оказания медицинской помощи, что обеспечивает высокий уровень бесконфликтности профессиональной деятельности врачей-стоматологов;

- гражданские дела характерны для всех стоматологических дисциплин; территориальных особенностей по распределению гражданских дел по стоматологии в Волгоградской области не выявлено. Исходя из специфики профессиональной деятельности, именно стоматологии принадлежит первенство по количеству возникновения юридических конфликтов среди других медицинских специальностей.

О возможных механизмах разрешения конфликтов, возникающих в практической деятельности врача стоматолога, речь пойдет в следующих главах данной монографии

«» Литература «»

1. Азаров А. В. Некоторые аспекты гражданской профессиональной ответственности медицинского работника // Проблемы социологии здравоохранения и истории медицины. 2000. № 1. С. 17-24.

2. Акопов В. И. Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М.: Книга-сервис, 2002. – 352 с.

3. Акопов В. И. Судебная медицина в вопросах и ответах (справочник-пособие для юристов и врачей). – Ростов н / Д.: Изд-во «Феликс», 1998. – С.42-43.

4. Афанасьева О. Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2006. – 26 с.

5. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология (запись и ведение истории болезни): Практическое руководство / В. В. Афанасьев, Г. А. Пашинян, В. Н. Новосельская. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 128 с.

6. Балло А. М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред / А. М. Балло, А. А. Балло. – СПб.: «БиС», 2001. – 374 с.

7. Беляева Е. В. Некоторые вопросы гражданской ответственности в случаях ненадлежащего оказания стоматологической помощи / Е. В. Беляева, В. В. Зайцев, П. О. Ромодановский, Е. С. Тучик // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: Авиаиздат, 2001. – С. 22-24.

8. Бирлидис Г. В. Особенности применения гражданского процессуального права в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 2. – С. 38-39.

9. Бирлидис Г. В. Досудебный и судебный порядок разрешения споров при оказании медицинских услуг в Краснодарском крае в условиях ОМС / Г. В. Бирлидис, Н. А. Кутняков, С. Л. Столярова // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 3. – С. 34-36.

10. Болдинов В. М. Ответственность за причинение вреда источником повышенной опасности. – СПб., 2002. – 275 с.

11. Буланова Л. В. О некоторых вопросах медицинского права / Л. В. Буланова, Н. И. Воробьев // Медицина и Право. Материалы конференции. – М.: Международная академия предпринимательства, 1999. – С. 149-153.

12. Вагнер В. Д. Экспертная оценка стоматологических учреждений при их лицензировании и аккредитации / В. Д. Вагнер, П. И. Ивасенко, В. М. Семенов, В. Б. Недосеко // Стоматология. – 2000. – № 1. – С. 65-67.

13. Васильев В. Л. Юридическая психология. – 3-е изд. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 624 с.

14. Веденеев Е. Д. Полномочия суда в доказывании по делу в условиях совершенствования гражданского и арбитражного судопроизводства // Государство и право. – 2001. – № 10. – С. 36-47.

15. Герасименко Н. Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: Комментарии, основные понятия, подзаконные акты / Н. Ф. Герасименко, Б. П. Максимов. – М.: ГЕОТАР. – МЕД, 2001. – 511 с.

16. Герасименко Н. Ф. Очерки становления современного российского

- законодательства в области охраны здоровья граждан. – М.: ГЕОТАР. – МЕД. 2001. – 351 с.
17. Глазырин Ф. В. Сходство двух профессий: врач – юрист // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 15–17.
18. Гражданский кодекс РФ. – М., 2003.
19. Григорьев И. Ю. Защита прав граждан и экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС // Медицинское право. – 2003. – № 2. – С. 10–14.
20. Григорьев И. Ю. Классификация прав граждан / И. Ю. Григорьев, О. Ю. Александрова // Врач. – 2003. – № 2. – С. 44–47.
21. Григорьев И. Ю. Некоторые аспекты правовых взаимоотношений, возникающих при оказании медицинской помощи населению / И. Ю. Григорьев, Л. Б. Истомина // Вестник новых медицинских технологий. – 1999. – Т. 4, № 2. – С. 156–160.
22. Громов А. П. Юридические аспекты хирургической деятельности // Хирургия. – 1992. – № 11–12. – С. 11–16.
23. Громов А. П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. – М.: «Медицина», 1976. – 168 с.
24. Данилов Е. О. Социологическая оценка современного состояния стоматологической службы // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1997. – № 3. – С. 23–25.
25. Данилочкина Ю. В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2003. – 20 с.
26. Данилочкина Ю. В. Сертификация и стандартизация как критерии оценки качества медицинской услуги: правовое регулирование // Главврач. – 2004. – № 7. – С. 6–11.
27. Делендик А. И. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования // Стоматология. – 2000. – № 6. – С. 58–60.
28. Дойников А. И. Анализ эффективности ортопедической помощи населению Москвы по данным экспертной комиссии по качеству / А. И. Дойников, Е. С. Ирошникова, В. И. Шевченко // Стоматология. – 1998. – № 4. – С. 63.
29. Дронова Ю. А. Анализ основных прав пациентов в отношениях по оказанию медицинских услуг // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 21–23.
30. Еникеев М. И. Основы общей и юридической психологии: Учебник для вузов. – М.: Юрист, 1996. – 631 с.
31. Ефимова М. Р. Социальная статистика: Уч. пос. / М. Р. Ефимова, С. Г. Бычкова. – М.: Финансы и статистика, 2003. – 560 с.

32. Заман Ш. Место и роль психолога в гражданском процессе в новом ГПК / Ш. Заман, Н. Лебедева // Арбитражный и гражданский процесс. – 2003. – № 3. – С. 25–30.
33. Карасева Л. А. Пациенты и медицинские работники о своих законодательных // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 5–6. – С. 56–59.
34. Керимов Д. А. Социология и правоведение // Государство и право. – 1999. – № 8. – С. 84.
35. Клык Н. Медицинский кодекс России: каким ему быть? / Н. Клык, В. Соловьев // Российская юстиция. – 1997. – № 9. – С. 20–22.
36. Козьминых Е. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Российская юстиция. – 2001. – № 2. – С. 32–34.
37. Козьминых Е. «Бесплатные» медицинские услуги как форма возмездных отношений // Российская юстиция. – 2002. – № 12. – С. 27–28.
38. Козьминых Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» // Российская юстиция. – 2003. – № 3. – С. 31–32.
39. Конституция Российской Федерации. – М., 1993.
40. Конституционное право России в вопросах и ответах: Уч.-метод. пос. / Под редакцией А. В. Малько. – М.: Юрист, 2000. – 230 с.
41. Корсаков С. А. Прав на бумаге – хоть отбавляй // Российские вести. – 1993. – № 215. – С. 6.
42. Леонтьев В. К. Профессиональные риски и профессиональная ответственность работников стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, В. И. Полуев, В. Т. Шестаков // Тр. 7-го Всерос. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 52–57.
43. Лукашева Е. А. Право, законность, нравственность / Е. А. Лукашева, В. А. Лекторский // Вопросы философии. – 2003. – № 11. – С. 19–27.
44. Малеина М. Н. Защита личных неимущественных прав советских граждан. – М.: Знание, 1991. – 128 с.
45. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве: Уч. и практич. пос. – М.: Изд-во БЭК, 1995. – 272 с.
46. Малеина М. Н. О предмете гражданского права // Государство и право. – 2001. – № 1. – С. 25–31.
47. Мохов А. А. Теоретические проблемы медицинского права России. – Москов. ун-т потребит. кооперации, Волгогр. филиал. – Волгоград, 2002. – 274 с.
48. Мохов А. А. Теория и практика использования медицинских знаний в гражданском судопроизводстве России. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003. – 465 с.
49. Мохов А. А. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект) / А. А.

- Мохов, И. Н. Мохова: Монография. – Волгоград: Изд-во Волгогр. гос. ун-та, 2004. – 156 с.
50. Пахарин В. И. Социальный статус врача // Вестник Гипократа. – 2002. – № 1. – С. 7–12.
51. Пашинян Г. А. Уровень правовой грамотности врачей-стоматологов в новых социально-экономических условиях / Г. А. Пашинян, Н. Н. Бондаренко // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: «Авианздат», 2001. – С. 91–92.
52. Пашинян Г. А. Судебно-медицинская экспертиза стоматологической помощи / Г. А. Пашинян, В. В. Жаров // Медицинская газета. – 2002. – № 10. – С. 10–11.
53. Пашинян Г. А. Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве / Г. А. Пашинян, В. В. Жаров, В. В. Зайцев // Медицинское право. – 2004. – № 1. – С. 37–41.
54. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград: Издатель, 2001. – 95 с.
55. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М.: «Триумф», 2002. – 192 с.
56. Пискун А. И. Информационно-деонтологические нарушения как основной повод обращения пациентов в суд // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 22–23.
57. Правовые основы здравоохранения в России / Под редакцией Ю. Л. Шевченко. – М.: ГЕОТАР Медицина, 2000. – 211 с.
58. Приказ МЗ РФ и ФФОМС от 24.10.96 г. № 363 / 77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ» (с изм. и доп. от 21.01.97 г.). – М., 1997.
59. Приказ МЗ РФ и ФФОМС от 19.01.98 г. № 12 / 2 «Основные положения в стандартизации в здравоохранении». – М., 1998.
60. Приказ МЗ РФ от 31.07.00 г. № 299 «Технология выполнения простых медицинских услуг. Общие требования». – М., 2000.
61. Приказ МЗ РФ от 10.04.01 г. № 113 «Простые медицинские услуги». – М., 2001.
62. Приказ МЗ РФ от 16.07.01 г. № 269 «Сложные и комплексные медицинские услуги». – М., 2001.
63. Приказ МЗ РФ от 16.10.92 г. № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению РФ». – М., 1992.
64. Седова Н. Н. Ваш бизнес – стоматология (нормативная регуляция в

- стоматологии) / Н. Н. Седова, С. В. Дмитриенко. – Москва: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 114 с.
65. Седова Н. Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. – 2005. – № 1(9). – С. 11–15.
66. Сергеев Ю. Д. Об ответственности за неоказание помощи больному // Медицинская помощь. – 1998. – № 2. – С. 40–42.
67. Сергеев Ю. Д. Юридическая защита прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья // Рекомендации для граждан и некоммерческих организаций по защите прав и интересов населения в области здоровья: Доклад по политике в области здоровья № 5 / Под ред. А. К. Демина. – М., 1997. – С. 61–114.
68. Сергеев Ю. Д. О теоретических основах и концепции национального медицинского права / Ю. Д. Сергеев, М. И. Мишулин // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 3–9.
69. Сергеев Ю. Д. Некоторые особенности правового регулирования оказания медицинской (стоматологической услуги) в ГК РФ / Ю. Д. Сергеев, Б. В. Кашко, Е. Г. Кашко // Медицинское право. – 2004. – № 2. – С. 16–20.
70. Сергеев Ю. Д. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания / Ю. Д. Сергеев, Л. В. Канунникова // Медицинское право. – 2005. – № 2(10). – С. 31–33.
71. Силуянова И. В. Биомедицинская этика как форма профессиональной защиты личности врача // Русский медицинский журнал. – 1997. – № 1. – С. 40–43.
72. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы // Медицинское право и этика. – 2001. – № 1. – С. 192.
73. Силуянова И. В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач – пациент // Медицинское право. – 2005. – № 2(10). – С. 14–18.
74. Степанов Е. М. Профессиональные и юридические вопросы врачебных ошибок // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 2. – С. 38–39.
75. Степанов Е. М. Что такое врачебная ошибка // Главврач. – 2004. – № 11. – С. 68–71.
76. Стеценко С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: Проблемы юридической классификации // Российский следователь. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
77. Стеценко С. Г. Систематизация нормативно-правовой базы здравоохранения России: проблемы и перспективы // Здравоохранение. – 2004. – № 1. – С. 139–146.
78. Султанов И. Я. Некоторые этические и правовые аспекты проблемы врачебных ошибок в свете истории медицины // Вестн. РУДН, сер. Медицина. – 2001. – № 1. – С. 54–60.

79. Султанов И. Я. О некоторых так называемых объективных причинах диагностических ошибок в практической деятельности врачей // Вестн. РУДН, сер. Медицина. – 2002. – № 2. – С. 34–39.
80. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
81. Томилин В. В. Ответственность медицинских работников в случаях нарушения ими своих профессиональных обязанностей // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 8. – С. 75–78.
82. Тучик Е. С. Об уголовной гражданской ответственности врачей за профессиональные правонарушения // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: «Авиаиздат», 2001. – С. 119–120.
83. ФЗ РФ от 07.02.92 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (действующая редакция). – М., 2003.
84. Фетохин М. И. Социальное право: Курс лекций. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 1998. – 252 с.
85. Филиппов П. М. Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам: теория и практика: Монография / П. М. Филиппов, А. А. Мохов. – Краснодар, КГАУ, 2001. – 159 с.
86. Чуфаровский Ю. Ф. Юридическая психология. – М.: Юрист, 1995. – 256 с.
87. Шестаков В. Т. Профессиональные стандарты // Стоматология. – 1997. – № 2. – С. 13–14.
88. Шилина С. В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Дис. канд. мед. наук / С. В. Шилина. – Волгоград: ВолГМУ, 2004. – 149 с.
89. Шишков С. Будет ли в России Медицинский кодекс? // Российская юстиция. – 1997. – № 1. – С. 37–39.
90. Эрделевский А. М. Компенсация морального вреда в России и за рубежом. – М.: Изд. группа ФОРУМ – ИНФРА-М, 1997. – 240 с.
91. Эрделевский А. Моральный вред: соотношение с другими видами вреда // Российская юстиция. – 1998. – № 6. – С. 19.

ГЛАВА II ВИДЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ПОНЯТИЯ И ВИДЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Деятельность врача по оказанию медицинской помощи, в соответствии с действующими в Российской Федерации нормами права, может рассматриваться с точки зрения трудового, административного, гражданского и уголовного права и специального законодательства.

При оказании стоматологической помощи ухудшение состояния здоровья граждан влечет за собой юридическую ответственность [5, 6, 14, 17, 18]. Дисциплинарная, административная и уголовная ответственность за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества является персональной ответственностью медицинского работника [3, 4, 9, 10, 19, 21, 22, 23].

В ретроспективном смысле ответственность понимается как ответственность за прошлое поведение, которое выражается в поступках, нарушающих определенные социальные нормы; то есть, ответственность за совершенные правонарушения [8, 12, 13, 20]. В данном случае за правонарушения при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

Юридический энциклопедический словарь характеризует ответственность как государственное принуждение к исполнению требований права; правоотношение, каждая из сторон которого обязана отвечать за свои поступки перед другой стороной, государством и обществом [15].

Правонарушением в широком смысле слова называется антиобщественное деяние, причиняющее вред обществу и караемое по закону. Призывая правонарушителя к ответственности, общество, с одной стороны, как бы восстанавливает справедливость, а с другой

стороны, предупреждает совершение новых правонарушений. В этом заключается социальная природа юридической ответственности [25].

Следовательно, с точки зрения права, юридическая ответственность – это ответственность граждан за противоправные действия, это «применение к лицам, совершившим правонарушения, предусмотренных законом мер принуждения в установленном для этого процессуальном порядке» [24].

Поскольку правонарушения подразделяются на гражданские (причинение вреда личности, имуществу гражданина или организации, распространение сведений, порочащих честь и достоинство гражданина или организации, и т. п.), административные (мелкая спекуляция, мелкое хулиганство и пр.), дисциплинарные (прогул, опоздание на работу и др.) преступления, то и предусмотренная за них ответственность может быть дисциплинарной, уголовной, административной, гражданско-правовой [12, 13, 24].

Дисциплинарная ответственность – это одна из форм воздействия на нарушителей трудовой дисциплины, которая заключается в наложении дисциплинарных взысканий администрацией предприятия или учреждения. В целом же дисциплинарный вид юридической ответственности в отличие от уголовной и административной в меньшей степени обеспечен процессуальными нормами.

К **административной ответственности** привлекаются лица, совершившие нарушения административного характера, такие как: нарушение правил общественного порядка, санитарных норм, противопожарной безопасности и т. д. Должностные лица могут нести административную ответственность за нарушение тех требований, которые входят в круг их служебных обязанностей: например, за нарушение правил охраны природы, трудовой дисциплины и т. д.

Гражданско-правовая ответственность – это вид юридической ответственности, наступающий за нарушение договорных обязательств, за причинение вреда личности или имуществу гражданина, организации и т. д.

Главное содержание гражданско-правовой ответственности заклю-

чается в возмещении имущественного ущерба. Особенности такого возмещения являются: возможная его добровольность; необходимость обращения потерпевшего за возмещением к нарушителю; предоставление в некоторых случаях потерпевшему права применения санкций к причинителю ущерба; полное возмещение ущерба и др. Вопросы гражданско-правовой ответственности граждан решаются судом.

Уголовная ответственность наступает за совершение наиболее опасных видов правонарушений – преступления.

Юридическую ответственность можно классифицировать по двум признакам: 1) в зависимости от характера и тяжести совершенного правонарушения, 2) в зависимости от содержания санкций, предусмотренных за то или иное правонарушение.

Различают правовые и фактические основания юридической ответственности. Под фактическим основанием следует понимать деликт, то есть совершение конкретного правонарушения. Под правовым основанием понимаются конкретные нормы законов, уставов и иных нормативно-правовых актов, определяющих противоправность и наказуемость данного правонарушения.

В зависимости от характера правонарушения и содержания санкций за его совершение различают следующие виды юридической ответственности:

- штрафная, карательная ответственность (предусматривает ограничение каких-либо прав правонарушителя, возложение на него специальных обязанностей либо его официальное порицание);

- праввосстановительная ответственность (направлена на принудительное исполнение обязанности, восстановление прав, нарушенных правонарушителем).

Штрафная, карательная ответственность применяется за:

- преступления (виновно совершенные общественно опасные деяния, запрещенные уголовным законодательством под угрозой уголовного наказания);

- административные проступки (посягающие на государственный или общественный порядок, государственную или общественную соб-

ственность, права и свободы граждан, на установленный порядок управления противоправные, виновные (умышленные или неосторожные) действия либо бездействие, за которые законодательством предусмотрена административная ответственность);

– дисциплинарные проступки (нарушения трудовой, служебной, учебной, воинской дисциплины, за которые законодательством предусмотрены дисциплинарные взыскания).

Штрафная, карательная ответственность осуществляется только в процессуальной форме и включает следующие стадии:

– обвинение определенного лица в совершении конкретного преступления или проступка;

– исследование обстоятельств дела о правонарушении;

– принятие решения о применении или неприменении санкции и выбор (в случае решения о применении) в ее пределах конкретной меры наказания или взыскания;

– исполнение взыскания или наказания, назначенного правонарушителю [1, 2, 11].

Правовосстановительная ответственность заключается в восстановлении незаконно нарушенных прав, в принудительном исполнении невыполненной обязанности. Правовосстановительная ответственность осуществляется в процессуальной форме не всегда, а только в случае судебного (арбитражного) спора или отказа правонарушителя восстановить нарушенный правопорядок, поскольку правонарушитель в ряде случаев может и сам, без вмешательства государственных органов, выполнить свои обязанности, восстановить нарушенные им права, прекратить противоправное состояние. Эта ответственность возникает с момента правонарушения и заканчивается восстановлением (в установленных законом пределах) нарушенного правопорядка.

Подводя итог изложенному, можно сделать вывод, что в настоящее время отсутствует так называемая медицинская ответственность как особый вид юридической ответственности, поскольку порядок возмещения вреда, причиненного здоровью и жизни граждан, определен, в первую очередь, Гражданским кодексом Российской Федерации.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Административная ответственность – это вид юридической ответственности, которая выражается в применении уполномоченным на то органом или должностным лицом административного взыскания к лицу, совершившему административное правонарушение.

Административная ответственность предусмотрена за нарушение законодательства о труде и правил по охране труда (ст. 41 КоАП), нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм (ст. 42 КоАП), незаконное приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах либо потребление наркотических средств без назначения врача (ст. 44 КоАП), сокрытие источника заражения венерической болезнью и контактов больных, создающих опасность заражения (ст. 45 КоАП) [1, 2, 5, 19].

Поскольку административная ответственность представляет собой вид юридической ответственности, то, с одной стороны, ей присущи все признаки последней, а, с другой стороны, она обладает определенными отличиями от прочих видов юридической ответственности.

Как разновидность юридической ответственности, административная ответственность обладает всеми признаками, присущими юридической ответственности в целом:

– представляет собой меру государственного воздействия (принуждения);

– наступает при совершении правонарушения и наличии вины;

– применяется компетентными органами и должностными лицами;

– состоит в применении к правонарушителю определенных санкций;

– применяемые санкции строго определены законом [24].

В то же время выделяются следующие характерные черты и основные отличительные признаки административной ответственности в сопоставлении с другими видами юридической ответственности.

Административная ответственность имеет собственную норма-

тивно-правовую основу, отличную от нормативно-правовых основ других видов ответственности, а ее нормы образуют самостоятельный институт административного права. Административная ответственность устанавливается законами, подзаконными актами, либо их нормами об административных правонарушениях [1, 2, 5].

Для сопоставления – другие виды ответственности устанавливаются: уголовная – только законами; дисциплинарная – законодательством о труде, а также законами, подзаконными актами, устанавливающими особенности положения отдельных категорий работников; материальная – законодательством о труде, гражданским законодательством и, в отдельных случаях, нормами административного права.

Основанием административной ответственности является совершение административного правонарушения.

Для сопоставления – основаниями других видов ответственности являются: уголовной – совершение преступления; дисциплинарной – совершение дисциплинарного проступка; материальной – причинение материального вреда (ущерба) или гражданско-правовой деликт.

Субъектами административной ответственности могут быть физические и юридические лица. Хотя вопрос административной ответственности юридических лиц еще дискутируется, но ряд нормативных правовых актов уже содержат положения об административной ответственности юридических лиц.

Для сопоставления – субъектами других видов ответственности могут быть: уголовной – физические лица; дисциплинарной – физические лица (дискутируется вопрос дисциплинарной ответственности юридических лиц); материальной – физические и юридические лица.

Санкции (то есть меры юридической ответственности за правонарушение), предусмотренные за административные правонарушения, – административные взыскания. Для сопоставления – санкции при других видах ответственности: за преступления – уголовные наказания; за дисциплинарные проступки – дисциплинарные взыскания; при материальной ответственности – имущественные санкции.

Применение административного взыскания не влечет за собой судимости и увольнения с работы, а лицо, к которому оно применено, считается имеющим административное взыскание только в течение установленного срока. Для сопоставления – при других видах ответственности: лицо, осужденное за совершение преступления, считается судимым до погашения или снятия судимости; в число дисциплинарных взысканий включено увольнение с работы, а лицо, к которому применено дисциплинарное взыскание (кроме увольнения), считается имеющим его только в течение установленного срока.

По отношению к должностным лицам действующее законодательство предусматривает только два вида административных взысканий: предупреждение и штраф (в тех случаях, когда правонарушение связано с выполнением должностным лицом его служебных обязанностей).

Должностные лица медицинских учреждений за совершение административных проступков несут ответственность в соответствии с КоАП (ст. 24) в форме предупреждения, штрафа, исправительных работ, назначаемых судом и др. [19].

« Литература »

1. Алексин А. П. Административное право Российской Федерации / А. П. Алексин, А. А. Кармолицкой, Ю. М. Козлов. – М.: «ЗЕРЦАЛО ТЕИС», 1996. – 640 с.
2. Бахрах Д. Н. Административное право: Учебник / Д. Н. Бахрах. – М.: БЕК, 1996. – 355 с.
3. Акопов В. И. Юридические основы деятельности врача / В. И. Акопов, А. А. Бова. – Экспертное бюро. – М., 1997. – 164 с.
4. Акопов В. И. Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М.: Книгасервис, 2002. – 352 с.
5. Алексеев С. С. Общая теория права. – Т. 1. – Москва, 1981. – 245 с.
6. Балло А. М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред / А. М. Балло, А. А. Балло. – СПб.: «БиС», 2001. – 374 с.
7. Данилов Е. О. Правовые основы стоматологической практики. – СПб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2002. – 176 с.
8. Духно Н. А. Понятие и виды юридической ответственности / Н. А. Духно, В. И. Ивакин // Государство и право. – 2000. – № 6. – С. 12–17.

9. Козьминых Е. Ответственность медицинских работников по уголовному и гражданскому законодательству // Медицинская газета. – 2000. – 29 ноября. – С. 7.
10. Козьминых Е. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Российская юстиция. – 2001. – № 2. – С. 32–34.
11. КоАП РФ.
12. Малеина М. Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. – М.: МЗ Пресс, 2001. – 244 с.
13. Мохов А. А. Правовое регулирование медицинской деятельности. Курс лекций: – Волгогр. мед. акад. – Волгоград, 2000. – 133 с.
14. Мохов А. А. К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) // Медицинское право. – 2005. – № 1(9). – С. 32–36.
15. Назаров Б. Л. Ответственность юридическая. Юридический энциклопедический словарь // Гл. ред. Сухарев А. Я. – М., 1984 – 232 с.
16. Новоселов В. П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск, 1998. – 256 с.
17. Пашинян Г. А. Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве / Г. А. Пашинян, В. В. Жаров, В. В. Зайцев // Медицинское право. – 2004. – № 1. – С. 37–41.
18. Пидде А. Л. Защита врача: правовые основы и проблемы реализации // Южно-Российский медицинский журнал. – 2002. – № 1. – С. 4–10.
19. Правовые основы здравоохранения в России / Под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 211 с.
20. Проблемы ответственности и наказания в советском праве: Сб. научн. трудов // Под ред. А. С. Сиротина. – М., 1990. – С. 5–6.
21. Седова Н. Н. Соотношение юридической, административной и этической регуляции деятельности медицинских работников // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 34–46.
22. Седова Н. Н. Ваш бизнес – стоматология (нормативная регуляция в стоматологии) / Н. Н. Седова, С. В. Дмитриенко. – Москва: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 114 с.
23. Сергеев Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М.; Иваново, 2001. – 284 с.
24. Теория государства и права. Курс лекций // Под ред. М. М. Марченко. – Т. 2. – М., 1995. – 167 с.
25. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.

ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Медицинские работники состоят в трудовых отношениях с поликлиниками, больницами, санаториями, институтами и другими учреждениями. Соответственно, за нарушение своих трудовых (служебных) обязанностей, в том числе и по отношению к пациентам, они несут ответственность в порядке, установленном трудовым законодательством.

Трудовое законодательство регулирует трудовые отношения во всех организациях независимо от их организационно-правовой формы. Отношения, возникающие из гражданско-правовых договоров (поручения, авторского, подряда и др.), предметом которых является предоставление определенного результата труда, не регулируются трудовым законодательством. Эти отношения регулируются гражданским законодательством.

Трудовые отношения основаны на личном выполнении работником своих трудовых обязанностей и подчинении последнего внутреннему трудовому распорядку организации.

Работники обязаны работать честно и добросовестно, блюсти дисциплину труда, своевременно и точно исполнять распоряжения администрации, повышать производительность труда, улучшать качество продукции, соблюдать технологическую дисциплину, требования по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии, бережно относиться к имуществу организации. Предъявляемые к работникам требования могут быть детализированы и в правилах внутреннего трудового распорядка конкретных организаций, уставах и положениях о дисциплине, коллективных договорах, а также в индивидуальных трудовых договорах.

В случае нарушения требований, предъявляемых к работникам и закрепленных в соответствующих актах, к работникам могут быть применены меры ответственности (замечание, выговор, строгий выговор, увольнение и другие).

Особым видом ответственности работников является материаль-

ная ответственность. Материальная ответственность работников является самостоятельной ответственностью, не зависящей от наложения дисциплинарной, административной, гражданско-правовой или уголовной ответственности.

Трудовое законодательство предусматривает *два вида материальной ответственности*: ограниченную, полную.

Правовой основой материальной ответственности работника является его обязанность бережно относиться к имуществу учреждения, организации.

По нормам трудового законодательства, материальную ответственность несут работники, состоящие в трудовых отношениях с учреждением, организацией на основе трудового договора, независимо от формы собственности, на базе которой создано учреждение, организация. Она может быть возложена на этих лиц и в случае прекращения трудовых отношений при условии, если ущерб причинен работником во время действия этих отношений.

Материальная ответственность возлагается на работника только при одновременном *наличии следующих условий*:

- прямого (действительного) ущерба;
- противоправности поведения работника, причинившего ущерб;
- вины работника в причинении ущерба;
- причинной связи между действием (бездействием) работника и ущербом.

Под прямым (действительным) ущербом понимается ущерб наличному, реально существующему имуществу путем утраты, присвоения, порчи, понижения ценности и соответствующей необходимости собственника (владельца) произвести затраты на приобретение или восстановление имущества либо произвести излишние выплаты по вине работника другому субъекту (физическому или юридическому лицу). Это может быть недостача, порча материальных ценностей, расходы на ремонт, штрафные санкции за неисполнение обязательств, суммы уплаченных штрафов, оплата вынужденного прогула и другие выплаты.

Таким образом, материальная ответственность возлагается как за ущерб, причиненный учреждению или иной организации, с которым работник состоит в трудовых отношениях, так и за ущерб, причиненный работодателем по вине работника третьим лицам в случае возмещения этого ущерба.

В отличие от гражданского права *взысканию подлежит лишь реальный ущерб* (он также называется прямым или действительным), который фактически понес работодатель. В гражданском праве, кроме реального ущерба, как отмечалось, могут взыскиваться и неполученные доходы, которые лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода или неполученные доходы).

Нормами трудового законодательства взыскание неполученных доходов не предусматривается, т. е. прибыль, которую работодатель мог бы получить, но не получил в результате неправомерных действий (бездействия) своих работников, взысканию не подлежит. К такому работнику в этом случае могут быть применены меры дисциплинарного или общественного воздействия с соблюдением правил, устанавливающих порядок их применения.

Противоправным признается такое поведение работника, при котором он не выполняет своих трудовых обязанностей или выполняет их ненадлежащим образом, но обязанностей, прямо или косвенно связанных с бережным отношением к материальным ценностям. Эта обязанность обычно конкретизируется в специальных актах, определяющих порядок сбережения, хранения и использования имущества и других материальных ценностей. К этим актам, кроме законов, постановлений и распоряжений Правительства, Указов Президента, относятся и правила внутреннего распорядка, должностные инструкции, приказы и распоряжения администрации.

Бездействие работника признается противоправным, если указанными выше актами на работника возложена обязанность совершения определенных действий, которую он не выполнил.

Ущерб может быть причинен и в результате правомерного пове-

дения работника. Один из этих случаев прямо установлен законом. Это нормальный производственно-хозяйственный риск, при котором в случае причинения ущерба к материальной ответственности работник не привлекается.

Риск считается оправданным, т. е. нормальным, при наличии следующих условий: цель не может быть достигнута обычными, нерискованными средствами; если он соответствует значению той цели, для которой предпринимается; возможность вредных последствий при риске всегда лишь вероятна; объектом риска являются материальные факторы, а не жизнь и здоровье человека.

На практике к правомерному причинению ущерба относят также и случаи причинения ущерба в состоянии крайней необходимости, а также при правомочии лица на возможность причинения ущерба. Такую возможность предусматривает ряд специальных законов, направленных на защиту публичных интересов.

Материальная ответственность работника возможна только при наличии его вины и причинной связи между деянием работника и имущественным ущербом. Ответственность наступает лишь в случае, если результат необходимо вытекает из этого деяния (действия или бездействия).

Отметим также, что если по гражданскому законодательству отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство, то, в качестве общего правила, *в трудовом праве обязанность* доказать факт причинения прямого (действительного) ущерба лежит на администрации организации.

При ограниченной материальной ответственности работник возмещает ущерб в заранее установленных пределах. Таким пределом, как правило, является средний месячный заработок (при условии, что сумма ущерба превышает его).

При полной материальной ответственности ущерб подлежит возмещению в полном объеме без каких-либо ограничений. Материальную ответственность в полном объеме несут работники, если она возложена на них законами и постановлениями Правительства вне

зависимости от того, был ли заключен с ними договор о полной материальной ответственности. Полная материальная ответственность возлагается на работника, при причинении им ущерба, если с ним был заключен письменный договор, по которому работник принял на себя полную материальную ответственность за обеспечение сохранности вверенных ему ценностей.

За причинение ущерба не при исполнении трудовых обязанностей наступает материальная ответственность также в полном объеме.

Термин *«не при исполнении трудовых обязанностей»* означает, что причинение ущерба произошло либо в свободное от работы время, либо во время работы, но не в связи с трудовыми обязанностями, не при их исполнении. Чаще всего в связи с использованием материальных ценностей в своих личных интересах, в результате чего произошла поломка или порча их.

В медицине такими фактами являются использование оборудования в обход установленных администрацией требований (частные консультации без оплаты в установленном порядке и проч.).

Полная материальная ответственность возлагается на работника и в случае, когда имущество и другие ценности были получены работником под отчет по разовой доверенности или по другим разовым документам.

В случае причинения ущерба недостаточей, умышленным уничтожением или умышленной порчей материалов, полуфабрикатов, измерительных приборов, спецодежды и других предметов, выданных организацией работнику в пользование, также наступает полная материальная ответственность.

Размер причиненного учреждению, организации ущерба определяется по фактическим потерям, на основании данных бухгалтерского учета, исходя из балансовой стоимости (себестоимости) материальных ценностей за вычетом износа по установленным нормам.

Возмещение ущерба в размере, не превышающем среднего месячного заработка работника, производится по приказу (распоряже-

нию) администрации путем удержания из его заработной платы. В остальных случаях – в судебном порядке.

Возмещение ущерба производится независимо от привлечения работника к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности за правонарушение, которым причинен ущерб.

Следует отметить, что суд может с учетом степени вины, конкретных обстоятельств и материального положения работника уменьшить размер ущерба, подлежащего возмещению. Снижение размера ущерба, подлежащего возмещению, недопустимо, если ущерб причинен преступлением, совершенным с корыстной целью (Смотри Трудовой кодекс последней редакции).

Согласно ст. 135 КЗоТ, администрация учреждения может наложить на своих работников дисциплинарные взыскания в виде замечания, выговора, строгого выговора, перевода на нижеоплачиваемую работу, смещения на низшую должность сроком до 3 месяцев или увольнения.

При применении дисциплинарного взыскания администрация должна учитывать тяжесть проступка, обстоятельства, при которых он был совершен, предшествующее поведение работника и отношение его к своим обязанностям.

Дисциплинарная ответственность – это одна из форм воздействия на нарушителей трудовой дисциплины, которая заключается в наложении дисциплинарных взысканий администрацией предприятия или учреждения. В целом же дисциплинарный вид юридической ответственности в отличие от уголовной и административной в меньшей степени обеспечен процессуальными нормами.

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Гражданское право – это базовая отрасль «частного» права, предметом регулирования которой являются имущественные и связанные с ними неимущественные отношения, основанные на равенстве, автономии воли и имущественной самостоятельности их участников [3, 11, 13, 17, 37].

Гражданско-правовая ответственность – это вид юридической ответственности, наступающий за нарушение договорных обязательств, за причинение вреда личности или имуществу гражданина, организации и т. д. [20, 21, 38].

Главное содержание гражданско-правовой ответственности заключается в возмещении имущественного ущерба. Особенности такого возмещения являются: возможная его добровольность; необходимость обращения потерпевшего за возмещением к нарушителю; предоставление в некоторых случаях потерпевшему права применения санкций к причинителю ущерба; полное возмещение ущерба и др.

С определенного времени между медицинской клиникой и пациентом стали заключаться договоры по оказанию медицинских услуг, однако их количество еще недостаточно для того, чтобы говорить об их повсеместности.

Зачастую речь в договоре идет об оказании определенных услуг, а не о причинении вреда и охраняемым законом интересам пациента. Личные неимущественные права и блага не могут, по общему правилу, быть предметом договора как таковые. Договориться о причинении вреда, по общему правилу, также нельзя. Поэтому обязательства из причинения вреда являются внедоговорными, а их основанием выступает деликт. Внедоговорные обязательства, по своему характеру, способам возникновения и содержанию, коренным образом отличаются от договорных. Их наступление не желательно и не ожидается участниками гражданского оборота.

Свое название внедоговорные обязательства вследствие причинения вреда получили от латинского слова *delictum*, что значит «правонарушение». Поэтому эти обязательства нередко в литературе и на практике называют деликтными обязательствами. Классификация обязательств по признаку их возникновения на обязательства из договора (*ex contractu*) и обязательства из правонарушений (*ex delicto*) была разработана еще римскими юристами и была известна правовым системам многих государств древности [29].

Юрист П. в. н. э. Гай, приводя эту классификацию в Институциях (3, 38), называл ее основным делением обязательств (*summa divisio*) [26, 30]. Под контрактом понимался договор, признанный гражданским правом и снабженный исковой защитой. Деликтом называлось причиняющее вред незаконное деяние [30].

Таким образом, различия между договорной и деликтной ответственностью основаны на юридических фактах, порождающих обязательство либо из договора, либо из факта причинения вреда. Деликтная ответственность может возникнуть перед любым лицом, договорная – только перед стороной в договоре [36]. Обязательства вследствие причинения вреда, по общему правилу, есть часть внедоговорных обязательств [39]. Они являются следствием неправомерных действий, не связанных с нарушением конкретного договора между сторонами. Иными словами, деликты – следствие правонарушения, которое никакими договорами не обусловлено.

Этим принципиальным положением предопределяются все признаки деликтных обязательств. До правонарушения неизвестны: причинитель вреда, потерпевший, характер правонарушения, объем причиненного вреда, размер причиненных убытков, подлежащих возмещению, другие составные части этого правоотношения.

Применительно к медицинской практике данные положения могут быть применимы в полной мере.

Под деликтной ответственностью в сфере здравоохранения необходимо понимать внедоговорную гражданско-правовую ответственность за причинение вреда здоровью или жизни пациента противоправными деяниями медицинских работников при осуществлении.

Рассмотрим функции деликтных обязательств. Основная функция деликтного обязательства – *компенсационная* (восстановительная), поскольку она направлена на восстановление имущественного положения потерпевшего, существовавшего до правонарушения.

Вторая функция – *воспитательно-предупредительная* (*превентивная*). Установленная законом обязанность правонарушителя возместить вред, причиненный им, воспитывает у граждан чувство не-

прикосновенности собственности, жизни, здоровья людей, побуждает соблюдать в обществе законность и правопорядок. Серьезное воспитательное воздействие деликтные обязательства оказывают и на потенциальных правонарушителей, способствуя недопущению злоупотребления правом.

Третья функция – *карательная* (или *наказательная, репрессивная*). Основной среди них является компенсационная (или восстановительная) функция.

Реализация компенсационной функции позволяет восстановить имущественное положение потерпевшего (насколько это вообще возможно), существовавшее до правонарушения [32].

Реализация воспитательно-предупредительной функции побуждает граждан и юридических лиц соблюдать законность и правопорядок, воспитывает чувство неприкосновенности жизни, здоровья, собственности, недопущения злоупотребления правом в иных формах [25].

Ошибаться свойственно многим людям, в том числе и медицинским работникам, а отклонения «от обычного хода» дел характерны для всех без исключения направлений человеческой деятельности, включая и врачевание [23]. Однако за дефекты, допущенные при врачевании ошибки, приходится платить жизнью, здоровьем, утратой имущества. Поэтому реализация компенсационной функции гражданского права через институт гражданско-правовой ответственности должна одновременно приводить в действие механизм, позволяющий обеспечить проведение комплекса необходимых мероприятий, направленных на снижение числа неблагоприятных исходов в медицинской практике и нивелированию их последствий, а также развитию товарно-денежных отношений в сфере здравоохранения на новом этапе исторического развития.

При наличии полного состава гражданского правонарушения, всех необходимых условий ответственности, могут реализовываться в той или иной мере все три функции обязательств из причинения вреда.

Субъектами обязательств вследствие причиненного вреда являются потерпевший и причинитель вреда. Потерпевший в обязатель-

стве выступает в качестве кредитора, т. к. ему предоставлено право требовать возмещения причиненного ущерба (вреда). Лицо, причинившее вред, является должником в обязательстве.

Объектом обязательства вследствие причинения вреда являются положительные действия, направленные на возмещения ущерба. Воздержание от действий не является объектом деликтного обязательства, так как бездействием вред не возместить.

Содержание обязательства составляют права и обязанности сторон. Потерпевший вправе требовать от причинителя вреда восстановления прежнего (до правонарушения) положения или возмещения причиненных убытков. Причинитель вреда (должник) или иное лицо (указанное в законе) обязано выполнить требования кредитора о возмещении вреда.

Например, руководствуясь ст. 13 и 29 Закона РФ «О защите прав потребителей», пациент вправе предъявить исполнителю ряд требований. В частности, пациент имеет право требовать безвозмездного устранения недостатков выполненной услуги или возмещения понесенных расходов по устранению недостатков выполненной услуги своими силами или силами третьих лиц или уменьшения цены оказанной услуги [41].

Данное обязательство порождается неправомерными действиями и возникает в момент, когда правонарушением причиняется вред.

Под обязательствами из причинения вреда жизни и здоровью гражданина (пациента) следует понимать, по общему правилу, внедоговорные обязательства, возникающие вследствие нарушения неимущественных прав гражданина (пациента), носящих абсолютный характер, призванные обеспечить полное восстановление этих прав за счет причинителя вреда, либо за счет иных лиц, на которых законом возложена обязанность возмещения вреда.

Общие нормы института обязательств, возникающих вследствие причинения вреда жизни и здоровью гражданина (пациента) при ненадлежащем оказании медицинской помощи, применяются ко всем отношениям в сфере охраны здоровья граждан, если они не урегулированы иначе специальной нормой.

Требование о возмещении вреда будет правомерным, по общему правилу, *при наличии следующих условий*: наличие вреда; противоправность поведения причинителя вреда; причинно-необходимая связь между противоправными действиями и вредом; вина причинителя вреда.

Перечисленные условия также нередко рассматривают как состав гражданского правонарушения, на основании которых, как правило, наступает гражданско-правовая ответственность [2, 39].

Таким образом, под основанием возникновения обязательства вследствие причинения вреда здоровью или жизни пациента в соответствии с действующей правовой доктриной и законодательством является гражданское правонарушение, включающее в себя ряд условий (причинение вреда здоровью или жизни пациента, противоправность поведения причинителя вреда, причинную связь между вредом и противоправными деяниями лиц, оказывающих медицинскую помощь, вину медицинского корпуса или медицинской организации в целом).

Как было отмечено в первой главе, медицинская помощь, как правило, проявляет себя посредством оказания медицинской услуги.

Услуга – это, по общему правилу, полезная деятельность исполнителя, не имеющая материального результата, полезный эффект которой используется потребителем для удовлетворения своих личных нужд.

Медицинская услуга направлена на особое благо – здоровье человека. Результат медицинской услуги обнаруживается по ее завершении. Он может быть также отделен от наступления предполагаемого результата тем или иным промежутком времени (период реконвалесценции, период реабилитации). Осуществление медицинской услуги может нанести и вред здоровью или жизни гражданина (пациента).

Следствием оказания медицинской услуги могут быть: получение полного эффекта (согласно прогнозу, договору); получение частично-го эффекта (от прогнозируемого, предполагавшегося); отсутствие

эффекта, на который вправе был рассчитывать пациент; причинение вреда жизни или здоровью гражданина.

Если в первом случае благодарный пациент покидает медицинскую организацию без каких-либо претензий к клинике или медицинскому персоналу, то остальные – требуют отдельного рассмотрения.

Закон различает неоказание услуги и ненадлежащее оказание услуги.

Услуга может быть не исполнена, либо отсрочена исполнением. Если исполнитель своевременно не приступил к оказанию услуги или во время ее исполнения стало очевидно, что ее оказание не будет завершено в срок, а также в случае просрочки, потребитель вправе назначить исполнителю новый срок. Разумеется, если речь идет о плановых мероприятиях. Неоказание помощи больному, повлекшее причинение тяжкого вреда по неосторожности влечет за собой привлечение к уголовной ответственности. Уголовная ответственность наступает также в случае умышленного причинения вреда здоровью независимо от тяжести причиненного вреда.

Ненадлежащее исполнение услуги проявляется ее недостатком, т. е. несоответствием стандарту, условиям договора, или обычно предъявляемым требованиям к определенным услугам. Ненадлежащее исполнение услуги может проявляться и ненаступлением ожидаемого потребителем результата, если потребитель был вправе рассчитывать на данный результат.

Категории возможности (невозможности) достижения результата услуги, к которому стремятся врач и пациент, носят вероятностный характер. Возможные варианты исходов и их последствия для сторон в установленных законом границах могут быть определены соглашением сторон. Договор может содержать определенные требования, направленные на принятие дополнительных мер по охране жизни и здоровья.

Неблагоприятные отклонения от условий договора, обычного хода дел, нарушение норм права со стороны исполнителя медицинской услуги влекут за собой юридически значимые последствия для него в силу совершения им правонарушения.

Правонарушение – родовое понятие, означающее любое деяние, нарушающее какие-либо нормы права, и представляет собой юридический факт.

Любое правонарушение – неповторимый акт человеческой деятельности, обладающий индивидуальными особенностями. Вместе с тем, в каждом правонарушении можно увидеть и некоторые типичные, основные признаки, которые присущи любому правонарушению, включая профессиональные правонарушения медицинского корпуса. Такие признаки охватываются обычно понятием «состав правонарушения».

Состав правонарушения, согласно общепринятым положениям теории права содержит следующие признаки, составные части: объект, объективная сторона, субъект, субъективная сторона.

Объект правонарушения – это круг общественных отношений, регулируемых и охраняемых правом, в котором произошло деяние, причинившее этим отношениям вред. Иными словами, это определенное благо или общественный интерес, который подлежит правовой защите.

Гражданское правонарушение посягает на нормальный гражданский оборот, обращение (обмен) материальных и нематериальных благ, а также неприкосновенность частной жизни [18].

Применительно к медицинской деятельности в качестве таковых выступают чаще всего жизнь и здоровье, определяемые через категорию «качество жизни», на что нами уже обращалось внимание [31].

Объективная сторона – это характеристика деяния, способа его совершения и других имеющих правовое значение детализирующих фактов.

В объективной стороне правонарушения обычно определяют факт причинения вреда (ущерба) и его размер, причинную связь между деянием и наступившими последствиями.

Объективную сторону гражданского правонарушения составляют деяния (действие или бездействие) субъекта, нарушающие объективное гражданское право, субъективные гражданские права других лиц, а также свои субъективные гражданские обязанности.

Субъект правонарушения – это лицо, совершившее правонарушение.

Субъект гражданского правонарушения – лицо, нарушающее нормы объективного гражданского права, субъективные гражданские права и обязанности.

Применительно к профессиональным правонарушениям, речь идет о специальном субъекте (должностные лица, медицинские работники, хозяйствующий субъект в целом). От лиц, не обладающих специальными знаниями и навыками, не требуется осуществления соответствующих мероприятий. Условием хозяйствования на рынке медицинских услуг является лицензия, которая подтверждает соответствие лицензиата лицензируемым требованиям и условиям [40]. Более того, сами действия по оказанию медицинских услуг без лицензии расцениваются как правонарушение.

Субъективная сторона гражданского правонарушения, по общему правилу, – это психическая характеристика субъекта правонарушения. Применительно к решению вопроса о юридической ответственности субъекта врачевания (медицинская организация или конкретный медицинский работник) речь идет об его вине в той или иной форме. Не случайно ст. 3 Этического кодекса российского врача гласит: «Недопустимо причинение вреда пациенту, нанесение ему физического, нравственного или материального ущерба ни намеренно, ни по небрежности» [41].

Вред – сложная категория, которая может быть исследована с различных позиций: действующей правовой доктрины, законодательства, биоэтики, судебной медицины. Медицинское учреждение может причинить вред личности или имуществу пациента [8, 10, 12, 14, 15, 16, 21].

Данный подход обусловлен следующими обстоятельствами. Во-первых, врачи-клиницисты, с которыми пациенты имеют дело, имеют свое представление о вреде, формируемом в процессе обучения в вузе (при изучении биоэтики, судебной медицины, клинических дисциплин) и в дальнейшем в повседневной практике. Во-вторых, судеб-

ные медики как особая группа медицинских работников наряду с «общемедицинским» пониманием вреда, имеют «свое» профессиональное понимание исследуемой категории. При этом данные (сведения) о вреде, его характере, субъективные и объективные оценки вреда могут находить отражение в медицинской документации, сообщаются суду как врачами-клиницистами, вовлекаемыми в орбиту деятельности юрисдикционных органов (в первую очередь, судов), так и судебными медиками, привлекаемыми соответствующими органами и лицами в качестве экспертов и специалистов [24].

С позиций действующей правовой доктрины, вред – это всякое умаление личного или имущественного блага [6], субъективного права или охраняемого законом интереса.

Иными словами, под вредом понимают неблагоприятные изменения в охраняемом законом благе, которое может быть как имущественного, так и неимущественного характера. Словом, возмещению подлежит вред, носящий имущественный и неимущественный характер, т. е. возмещается материальный и моральный вред.

Представляется правильным, на наш взгляд, дифференцировать вред именно на имущественный и неимущественный, используя в качестве критерия деления, характер субъективных гражданских прав, в результате нарушения которых возникает вред.

В юридической литературе, судебной практике используются также понятия: «вред», «ущерб», «убытки». Вред или ущерб чаще всего рассматриваются в качестве синонимов.

Полагаем, что, по общему правилу, понятию «имущественный вред» корреспондирует понятие «убытки», а понятию «неимущественный вред» – категория «моральный вред».

Установление четкой терминологии имеет значение для правильного разграничения видов вреда и их последующего возмещения.

Имущественный вред – это материальные (экономические) последствия правонарушения, имеющие стоимостную форму. Денежную оценку имущественного вреда называют убытками. Материальный вред включает в себя вред имущественный и физический. Под

моральном вреде понимают физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных (нематериальных) благ – посягательства на его честь, достоинство, неприкосновенность личности, здоровье и т. д. [1, 7, 9, 27, 34, 35].

Убытки включают в себя: реальный ущерб (расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрату или повреждение его имущества) и упущенную выгоду (неполученные доходы, которые потерпевшее лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено).

Вред, причиненный здоровью или жизни пациента – весьма сложная категория, в силу широты его проявления и социально-экономических последствий [14, 15, 16].

Гражданское законодательство закрепляет принцип полного возмещения убытков. В соответствии с п. 1 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. Это означает, что, по общему правилу, возмещению подлежат обе части убытков, т. е. как реальный ущерб, так и упущенная выгода [4, 5].

Под физическим вредом понимают повреждение здоровья, проявившееся в телесном повреждении или повреждениях, т. е. нарушениях анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо в развитии заболеваний или патологических состояний, возникших вследствие воздействия факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических и т. п.

Применительно к медицинской деятельности, речь идет о причинении вреда здоровью или жизни (как крайнего проявления причинения вреда здоровью) при осуществлении медицинского вмешательства.

Под неимущественным или моральным вредом понимают такие последствия правонарушения, которые не имеют экономического содержания и стоимостной формы.

Легальное определение морального вреда дано в ст. 151 ГК РФ,

где моральный вред определяется как «физические и нравственные страдания».

Разъяснение данного определения дано в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 20 декабря 1994 г. № 10: «Под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т. п.), или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законом об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности), либо нарушающими имущественные права гражданина. Моральный вред может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной, врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья, либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий ...».

Размер компенсации морального вреда *определяется с учетом следующих критериев*: степени вины нарушителя; степени физических и нравственных страданий; индивидуальных особенностей потерпевшего; требований разумности и справедливости; иных, заслуживающих внимания обстоятельств.

Как можно убедиться, отмеченные критерии носят оценочный характер, определяются на основе судебного усмотрения.

В отдельных зарубежных правовых системах была предпринята попытка упорядочить размеры компенсации присуждаемого морального вреда по тем или иным категориям разрешаемых дел. Например, в Англии используются таблицы для определения размеров компен-

сацией морального вреда, а в Германии – выработанным судебной практикой предписанием ориентироваться на ранее вынесенные судебные решения по делам, связанным с сопоставимыми правонарушениями [42].

В России пока не выработано единых подходов к определению размера присуждаемой компенсации.

В медицинской литературе нередко используют термин «дефект», «неблагоприятный исход». Однако, несмотря на широкую распространенность этих дефиниций в специальной литературе, медицинские работники, как показывают результаты исследований, затрудняются ответить на вопрос, что же они понимают под неблагоприятным исходом в медицине.

Одним из базовых принципов биоэтики является принцип «не навреди», взаимосвязанный с категорией вреда.

Понятие «вред» в биоэтике может рассматриваться с позиций врача в *четырёх смыслах*: вред, вызванный бездействием (неоказание помощи); вред, вызванный небрежностью или злым умыслом; вред, вызванный неквалифицированными (или необдуманными) действиями; вред, вызванный необходимыми в данной ситуации действиями [33].

Примером вреда, вызванного небрежностью, может быть недобросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям. Это могут быть нарушения в организации лечебно-диагностического процесса, режиме стерилизации инструментария, порядке обработки операционной, что ведет к внутрибольничному инфицированию пациента и т.п.

Пример 1

Исковое заявление о возмещении вреда, причиненного вследствие недостатков услуг и компенсации морального вреда

В 2002 г. я Г. проходила лечение в негосударственном медицинском учреждении Н. В указанный день мое лечение осуществлял врач-стоматолог К. Предварительно я приходила дважды к

врачу-стоматологу К. на консультации, на которых мне было разъяснено, что молочный 3 еще не выпал, а постоянный 3 находится внутри нёба, поэтому оба зуба необходимо удалить и назначить время лечения.

В назначенное время я приехала на лечение, меня пригласили в кабинет, сделали анестезию и удалили молочный 3 зуб, затем врач начал удалять постоянный 3, который рос внутри нёба по корням других зубов. Врач-стоматолог К. долго не мог обнаружить зуб, я почувствовала острую боль. Врач К. ввел дополнительную анестезию и стал резать нёбо. Через 1,5 часа он снова ввел анестезию и наконец-то обнаружил зуб, и только после распиливания, удалил его. Операция по удалению зуба заняла 2,5 часа.

После удаления постоянного 3, врач-стоматолог К. сообщил мне, что при операции повреждены корни постоянного 2 и, скорее всего его позже надо будет удалить. Собравшись зашивать рану, врач-стоматолог К. обнаружил, что у него нет ниток и иглы. Он попросил массажиста А. из соседнего кабинета съездить в аптеку за нитками и иглами. Массажист А. привез только нитки, игл в аптеке не оказалось. Тогда врач К., протыкая небо «шилом» и протягивая нитки пинцетом, стал меня «штопать». Я была шокирована подобным лечением. Однако с разрезанным небом и сильным кровотечением покинуть кабинет не могла.

Я заплатила врачу К. за лечение 200 руб., он порекомендовал мне пить антибиотики.

Через четыре дня мое самочувствие резко ухудшилось, и я обратилась в ОКБ, где в течение месяца проходила лечение. В период своего лечения в ОКБ, я обратилась к врачу-стоматологу К., сообщив ему об исходе лечения, предъявив ему чеки за лекарства, мне были возвращены денежные средства за лечение и оплачена стоимость лечения.

Постоянный 2 зуб продолжал сильно болеть, и я обратилась в частную клинику «С» с целью лечения и протезирования. После того как мне сделали снимок постоянного 2 зуба, меня направили

в ОКБ для удаления постоянного 2 зуба. После удаления зуба в частной клинике «С», был сделан снимок постоянного 4 зуба, и была обнаружена киста, тем не менее, его решили спасти. Сделав повторный снимок, мне сообщили, что, к сожалению, зуб придется удалить и направили в ОКБ, где мне был удален постоянный 4 зуб.

В результате некачественного лечения у врача-стоматолога К., потеряны два здоровых зуба, из-за зверского хирургического вмешательства врача К. у меня деформирована челюсть, и мне теперь требуется дорогостоящее лечение и протезирование.

Согласно ст. 1095 ГК РФ, вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу (исполнителем) независимо от вины и от того, состоял ли потерпевший с ним в договорных отношениях или нет.

В силу ст. 14 Закона «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 вред, причиненный здоровью потребителя вследствие недостатков услуги, подлежит возмещению в полном объеме.

После потери зубов, я вынуждена была осуществлять лечение и протезирование в разных лечебных учреждениях, общая сумма лечения составила 73 411 руб.

Таким образом, материальный ущерб составил 73 411 руб.

Статьей 15 Закона «О защите прав потребителей» определено, что моральный вред, причиненный потребителю, подлежит компенсации причинителем вреда при наличии его вины.

Все указанные события подорвали мою психику, я вынуждена была обратиться к психотерапевту и принимать успокоительные лекарства. Таким образом, причиненный мне моральный вред я оцениваю в 250 000 руб.

На основании изложенного и в соответствии с действующим законодательством, прошу:

- взыскать с негосударственного медицинского учреждения N в мою пользу материальный ущерб в размере 73 411 руб.;
- взыскать с негосударственного медицинского учреждения N в мою пользу компенсацию морального вреда в размере 250 000 руб.

Решение

Рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по иску Г. негосударственному медицинскому учреждению N о возмещении ущерба и компенсации морального вреда, суд решил:

Взыскать с негосударственного медицинского учреждения N в пользу Г. компенсацию материального вреда в сумме – 72 411 руб., оплата услуг представителя – 12 500 руб., компенсацию морального вреда – 15 000 руб., в остальной части иска отказать.

В иске Г. к К. о возмещении ущерба и компенсации морального вреда – отказать.

Взыскать с негосударственного медицинского учреждения N госпошлину в доход государства.

КОММЕНТАРИЙ

В данном примере мы хотели продемонстрировать динамику развития юридического конфликта. Сторонами (субъектами) конфликтного взаимодействия изначально были врач-стоматолог и пациентка. Исковое заявление о возмещении вреда, причиненного вследствие недостатков услуг и компенсации морального вреда со стороны пациентки, дает основания расценивать этот конфликт как юридический. Предмет конфликта – вред, причиненный ненадлежащим оказанием стоматологической помощи.

Мотивом к подаче искового заявления со стороны пациента в суд общей юрисдикции является причинение вреда здоровью, наличие права на компенсацию материального и морального ущерба. Способ разрешения конфликта – судебный, результатом данного конфликтного взаимодействия является исполнение юридическим лицом судебного решения.

Пример 2

Гражданка К. Ш. обратилась в Центральный суд г. Волгограда с иском к ответчику о компенсации морального вреда, указав, что в октябре 2002 года обратилась в стоматологическую поликлинику для реставрации пломб. Считает, что при постановке пломб в мае 2002 года (о чем свидетельствуют гарантийные талоны) ей вместо фотоотверждаемых композитных пломб были поставлены пломбы химического отверждения, за которые она заплатила как за фотоотверждаемые пломбы. Тем самым причинен моральный и материальный ущерб, который она просит компенсировать, взыскав с ответчика в размере 10 000 рублей.

По заявлению суда Комитет по здравоохранению Волгоградской области приказал Консультативному совету провести служебное расследование по фактам, изложенным в заявлении гражданки К. Ш., и направил копию жалобы: «Я проходила лечение в стоматологической поликлинике по месту жительства. Мне была необходима реставрация 4 центральных резцов на верхней челюсти. Врач посоветовал мне выбрать фотоотверждаемый композитный материал, который обладает хорошей эстетикой. Я согласилась, хотя это было очень дорого. При лечении врач-стоматолог долго светил мне пломбы фотолампой, подбирая цвет. Однако, после проведенного лечения мои пломбы стали быстро темнеть, а одна из них – откололась. Так как мне были выданы гарантийные талоны с указанием использованного материала, то я пришла на прием к своему врачу. Однако врач находился в отпуске, и мне пришлось обратиться к другому врачу. После осмотра врачом моих зубов, он сказал мне, что реставрация пломб из фотоотверждаемого материала невозможна, так как пломбы поставлены из материала химического отверждения, и их надо полностью менять. Денег на новую реставрацию у меня нет. Прошу вас разобраться в данной ситуации и взыскать с врача материальный и моральный ущерб, а также рассмотреть вопрос об его увольнении».

Ответ

«По данному делу проведена проверка фактов, изложенных в заявлении, изучена первичная документация и произведен стоматологический осмотр полости рта пациентки К. Ш. Заключение комиссии:

1. После осмотра полости рта и состояния зубов сделан вывод, что пломбы не отвечают эстетическим требованиям, предъявляемым к данной группе материалов, т. е. материалов, указанных в гарантийных талонах.

2. После препарирования данных пломб выяснено, что они состоят из композитных материалов химического отверждения.

3. В амбулаторной карте нет документов об информированном согласии пациентки на проводимое лечение».

Заключение комиссии направлено в Комитет по здравоохранению Волгоградской области для дальнейшего рассмотрения дела в суде.

КОММЕНТАРИЙ

В данном случае мы имеем дело с конфликтом между пациентом и врачом-стоматологом. Причина конфликта – неудовлетворительная работа врача-стоматолога (обман пациентки). Формально инициатором конфликта является пациентка, но реально инициировал конфликт врач-стоматолог, который проводил лечение. Фактором, усиливающим остроту конфликта, является необходимость в дополнительных расходах на лечение.

Решение данного конфликта проходит неконструктивным путем, так как пациентка обратилась с иском в суд.

Ответственность по возмещению вреда истине возложена на юридическое лицо (ст. 1068 ГК РФ), врач подлежит освобождению от гражданской ответственности.

Размер компенсации морального вреда определяется с учетом следующих критериев: степени вины нарушителя; степени физических и нравственных страданий; индивидуальных особенностей потерпевшего; требований разумности и справедливости; иных, заслужи-

вающих внимания обстоятельств. Как можно убедиться, отмеченные критерии носят оценочный характер, определяются на основе судебного усмотрения.

В. И. Петров и Н. Н. Седова приводят следующий клинический пример: *«Ребенок 12 лет, во время игры в хоккей получил травму челюстно-лицевой области, в результате которой произошел полный вывих двух резцов верхней челюсти. Обратились к дежурному врачу поликлиники по месту жительства, так как в специализированной стоматологической поликлинике был выходной день. Врач обработал рану, наложил шов на верхнюю губу. Зубы, которые пациент принес с собой, ... выбросил вместе с мусором»* [28].

В данном случае зубы можно было реплантировать, что осуществляется в условиях специализированной стоматологической клиники. От врача неспециалиста требовалось указать на такую возможность, порекомендовать обратиться к специалисту.

Отмеченное со всей очевидностью свидетельствует о неоднозначности категории «вред здоровью» применительно к медицинскому вмешательству. Здесь требуется учет всех нюансов. Однако в юриспруденции категории вреда не являются до настоящего времени однозначно определенными, а в биоэтике имеет место смешение вреда с формами вины, в медицине этим вопросам просто не уделяется должного внимания.

Под виной в гражданском праве понимают непринятие правонарушителем всех возможных мер по устранению неблагоприятных последствий своего поведения, необходимых при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась от него характером лежащих на нем обязанностей и конкретными условиями гражданского оборота.

Для наличия вины требуется, чтобы исполнитель медицинских услуг предвидел, что его деяния (действия или бездействие) могли привести к некачественному выполнению услуги. Медицинский работник должен проявлять должную степень заботливости и осмотри-

тельности, требующуюся от него по характеру лежащих на нем обязательств, условиям оказания медицинской помощи.

По общему правилу юридической ответственности, действует принцип полного возмещения вреда. Поэтому, обычно, не имеет значения, нарушены ли гражданские права и обязанности умышленно или по неосторожности. В соответствии с п. 2 ст. 401 ГК РФ, отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство. Это означает, что в гражданском праве действует презумпция вины правонарушителя. Последний считается виновным до тех пор, пока он не докажет свою невиновность. 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 его надлежащего исполнения (п. 1 ст. 401 ГК РФ).

« Литература »

1. Анисимов А. Л. Честь, достоинство, деловая репутация: гражданско-правовая защита. – М.: Юристъ, 1994. – 80 с.
2. Алексеев С. С. О составе гражданского правонарушения // Правоведение. – 1958. – № 1. – С. 47–50.
3. Веденеев Е. Д. Полномочия суда в доказывании по делу в условиях совершенствования гражданского и арбитражного судопроизводства // Государство и право. – 2001. – № 10. – С. 36–47.
4. Гражданский кодекс РФ. – М., 2003.
5. Гражданский процессуальный кодекс РФ. – М., 2002.
6. Грибанов В. П. Осуществление и защита гражданских прав. – М., 2000. – С. 329.
7. Данилов Е. О. Правовые основы стоматологической практики. – СПб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2002. – 176 с.
8. Дрговец Я. Современная медицина и право: Пер. со словац. / Я. Дрговец, П. Холиндер. – М.: Юрид. литература, 1991. – 336 с.
9. Духю Н. А. Понятие и виды юридической ответственности / Н. А. Духю, В. И. Ивакин // Государство и право. – 2000. – № 6. – С. 12–17.
10. Емельянов В. Всегда ли возникает обязанность возмещения причиненного вреда? // Российская юстиция. – 2001. – № 1. – С. 24–25.
11. Еникеев М. И. Основы общей и юридической психологии: Учебник для вузов. – М.: Юристъ, 1996. – 631 с.

12. Золотых В. В. Обоснованный риск в медицинской деятельности / В. В. Золотых, С. П. Жуков // Медицинское право. – 2004. – № 4. – С. 3–7.
13. Керимов Д. А. Социология и правоведение // Государство и право. – 1999. – № 8. – С. 84.
14. Козьминых Е. Ответственность медицинских работников по уголовному и гражданскому законодательству // Медицинская газета. – 2000. – 29 ноября. – С. 7.
15. Козьминых Е. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Российская юстиция. 2001. – № 2. – С. 32–34.
16. Козьминых Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» // Российская юстиция. – 2003. – № 3. – С. 31–32.
17. Конституционное право России в вопросах и ответах: Уч.-метод. пос. / Под редакцией А. В. Малько. – М.: Юрист, 2000. – 230 с.
18. Лапач В. А. Система объектов гражданских прав. – СПб., 2002.
19. Лейст О. Э Три концепции права // Советское государство и право. – 1991. – № 12. – С. 3–11.
20. Малеева М. Н. О предмете гражданского права // Государство и право. – 2001. – № 1. – С. 25–31.
21. Малеева М. Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. – М.: МЗ Пресс, 2001. – 244 с.
22. Матвеев Г. К. Основания гражданско-правовой ответственности. – М., 1979. – С. 9.
23. Мохов А. А. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект): монография / А. А. Мохов, И. Н. Мохова. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – 156 с.
24. Мохов А. А. Институт сведущих лиц в гражданском процессе России. Волгоград, 2005. – С. 161–227.
25. Мохова И. Н. Функции обязательств вследствие причинения вреда здоровью пациента и проблемы их реализации в правоприменительной практике // Защита субъективных прав: история и современные проблемы: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Волжский, 17 мая 2005 г. – Волгоград, 2005. – С. 475.
26. Новицкий И. Б. Римское право. – М., 1995. – С. 118.
27. Панов А. В. О компенсации морального вреда // Здравоохранение. – 2003. – № 9. – С. 69–75.
28. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М., 2002. – С. 18.
29. Покровский И. А. Гражданское право в его основные проблемы. – М., 1918. – С. 226–235.

30. Римское частное право: Учебник / Под ред. И. Б. Новицкого, И. С. Перетерского. – М., 2000. – С. 207.
31. Романовский Г. Б. Гносеология права на жизнь. – СПб., 2003. – С. 10–98.
32. Рыженков А. Я. Компенсационная функция советского гражданского права. – Саратов, 1983. – С. 67.
33. Седова Н. Н. Правовые основы биоэтики. – М., 2004. – С. 40.
34. Сергеев Ю. Д. Ятрогенная патология – актуальная проблема / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – № 1. – С. 3–8.
35. Сергеев Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М.; Иваново, 2001. – 284 с.
36. Смирнов В. Т., Собчак А. А. Общее учение о деликтных обязательствах в советском гражданском праве / В. Т. Смирнов, А. А. Собчак. – Л., 1983. – С. 49.
37. Теория государства и права: Учебник. – 2-е изд-е, перераб. и доп. / Под ред. В. В. Лазарева. – М.: Право и закон, 2001. – 576 с.
38. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
39. Толстой Ю. К. Гражданское право: Учебник. В 3-х томах. Т. 1. / Под ред. А. П. Сергеева, Ю. К. Толстого. – М., 1998. – С. 699.
40. Ф3 от 08.09.01 г. № 128 «О лицензировании отдельных видов деятельности». – М., 2001.
41. Ф3 РФ от 07.02.92 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (действующая редакция). – М., 2003.
42. Эрделевский А. М. Компенсация морального вреда в России и за рубежом. – М., 1997. – С. 127.
43. Этический кодекс российского врача (утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, ноябрь 1994 г.): Права человека. – М., 2002.

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Преступлением признается совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом России (УК РФ) под угрозой наказания.

Состав преступления – это совокупность признаков, необходимых и достаточных для официального признания данного конкретного деяния общественно опасным, виновным, наказуемым и противоправным, т. е. обладающим всеми признаками преступления.

В структурном отношении в составе преступления собраны юридически значимые свойства криминальных поступков, образующих систему, состоящую из четырех блоков: объект преступления; субъект преступления; объективная сторона преступления; субъективная сторона преступления [1, 3, 4, 5, 7, 8].

Рассмотрим подробнее каждый из вышеуказанных блоков.

Объект преступления – это то благо, тот общественный интерес, который законодатель считает важным и уязвимым, в связи с чем ставит под защиту уголовного закона.

Объекты уголовно-правовой охраны, а значит и преступлений отбираются законодателем. Именно по объекту преступлений строится система Особенной части УК РФ. В соответствии с иерархией социальных ценностей, принятых в демократическом обществе, установлены и приоритеты охраняемых Уголовным законом ценностей по следующей схеме: личность – общество – государство.

Субъект преступления – физическое, вменяемое, достигшее установленного законом возраста лицо, являющееся общественно опасным, виновным и наказуемым вследствие совершения им преступно наказуемого деяния, предусмотренного законом.

В статье 19 УК РФ названы три признака, характеризующие лицо, подлежащее уголовной ответственности. Оно должно быть: физическим; вменяемым; достигшим установленного Кодексом возраста. Данные признаки являются обязательными, без них немислима уголовная ответственность ввиду отсутствия надлежащего лица.

Вменяемость – это способность лица осознавать (понимать) фактическую сторону своего поведения и социальную значимость (общественную опасность), руководить такого рода поведением, проявлять свою волю.

Вменяемость лица презюмируется, т. е. предполагается. В случаях, когда у органов дознания или следствия возникают обоснованные сомнения по поводу вменяемости лица, проводится судебно-психиатрическая экспертиза.

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время

совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии *невменяемости*, т. е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики. Лицу, совершившему общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера.

Законодатель устанавливает *две возрастные границы уголовной ответственности*: общую – с 16 лет; пониженную – с 14 лет (по отдельным составам преступлений).

За некоторые виды преступлений ответственность в действительности наступает по достижении более зрелого рубежа, так называемого фактического возраста (профессиональные, должностные, воинские преступления).

Помимо общего субъекта преступления выделяют также *специальный субъект* преступления – лицо, обладающее дополнительными признаками, только путем использования (применения) которых оно способно совершить данное преступление.

Объективная сторона – это внешняя (физическая) характеристика преступления. Объективная сторона состава преступления *состоит из таких внешних черт* преступного посягательства, как деяние, причинно-следственная связь, время, место, обстановка и другие детализирующие данные.

Деяние является наиболее употребительной формой совершения преступления, однако преступление может совершаться и в форме бездействия. Уголовная ответственность за бездействие наступает в случаях, когда лицо было обязано и имело возможность активно действовать в данной обстановке на основании предписаний закона или по долгу службы (например, неоказание помощи больному).

Субъективная сторона – это характеристика духовного мира лица, совершившего общественно-опасное деяние.

Субъективная сторона преступления характеризуется *виной, мотивом и целью*.

Вина в уголовном праве – это совокупность признаков, необходимых и достаточных для официального признания того, что данное деяние совершено умышленно или неосторожно и именно данным лицом.

Вина характеризует поведение психически здорового и достаточно взрослого человека. Вина входит в предмет доказывания по любому уголовному делу, так как лицо подлежит уголовной ответственности только за те общественно опасные деяния и наступившие общественно опасные последствия, в отношении которых установлена его вина [2, 5, 6, 7, 8].

Знания о человеке позволяют оценивать внутренний психический мир человека как единство 3 сфер: интеллектуальной, волевой и эмоциональной. Для конструирования понятия вины уголовное право занимает психологические разработки о сознании и воле. Эмоциональная характеристика физического лица учитывается лишь для оправдания пониженной ответственности за ограниченный круг преступлений.

Оценка интеллектуально-волевого напряжения производится по 2 направлениям: психическое отношение к деянию; психическое отношение к последствиям.

В зависимости от фактического соотношения интеллектуально-волевых усилий лица по отношению к деянию и его последствиям вина делится на формы, а последние – на виды.

Различают две формы вины: умысел; неосторожность.

Преступлением, совершенным умышленно признается деяние, совершенное с прямым или косвенным умыслом.

Прямой умысел – это такой вид вины, при котором лицо, совершившее преступление, осознавало общественную опасность своего деяния, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления.

Косвенный умысел – это такой вид вины, при котором лицо, совершившее преступление, осознавало общественную опасность своего деяния, предвидело возможность наступления общественно опас-

ных последствий и, хотя и не желало их, но допускало их, либо относилось к ним безразлично.

Преступлением, *совершенным по неосторожности* признается деяние, совершенное по легкомыслию (самонадеянности) или небрежности.

Преступление признается *совершенным по легкомыслию*, если, лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий.

Преступление признается *совершенным по небрежности*, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно и могло предвидеть эти последствия.

В случаях, если лицо не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своего деяния, либо не предвидело и по обстоятельствам дела не могло предвидеть наступления общественно опасных последствий, то деяние признается совершенным невиновно (казус).

УК РФ ввел новый вид невиновного причинения вреда, связанный с невозможностью предотвратить наступившие общественно опасные последствия, охватываемые предвидением причинителя вреда, вследствие несоответствия его психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам. Оценка условий как экстремальных – это вопрос факта и он входит в компетенцию суда, а вывод о несоответствии психофизиологических качеств лица требованиям сложившихся условий основывается на заключении психологической экспертизы.

Мотив – побуждение лица, которым оно руководствовалось при совершении преступления.

В качестве признака мотив предусмотрен в ряде статей УК РФ. В этих случаях наличие этого мотива необходимо (является обязательным) для привлечения к ответственности.

Цель преступления – результат, к достижению которого стремится лицо путем совершения того или иного преступления.

Цель преступления оказывает значительное влияние на степень общественной опасности преступления. Та или иная цель может служить отягчающим или смягчающим обстоятельством при определении меры наказания.

Существует также ряд обстоятельств, исключающих преступность деяния. Законодатель выделяет следующие *обстоятельства, исключающие преступность деяния*: необходимая оборона; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; крайняя необходимость; физическое или психическое принуждение; обоснованный риск; исполнение приказа или распоряжения.

В качестве обстоятельств, исключающих преступность деяния таких субъектов уголовного права, каковыми являются медицинские и фармацевтические работники, *наиболее часто выступают*: крайняя необходимость; обоснованный риск.

В соответствии со ст. 39 УК РФ, не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т. е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц; охраняемым уголовным законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

В соответствии со ст. 41 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам *при обоснованном риске* для достижения общественно полезной цели.

Обоснованность риска определяется *соблюдением ряда условий*: наличие направленности деяния на достижение общественно полезной цели; достижение поставленной цели обычным путем (способом) невозможно; действие основано на научных знаниях об опыте в соответствующей сфере деятельности; при этом отсутствует неизбежность причинения вреда (имеется только вероятность такого вреда); риск не сопряжен с вероятностью причинения вреда неопределенному кругу лиц. В случаях, представляющих общественную опас-

ность, медицинские работники за отдельные правонарушения могут быть привлечены к уголовной ответственности. В Уголовный Кодекс РФ включен специальный Раздел 7 о преступлениях против личности, статьи Главы 16 этого раздела посвящены ответственности за преступления против жизни и здоровья.

Задачами уголовного законодательства являются: охрана прав и свобод человека и гражданина, собственности, общественного порядка и общественной безопасности, окружающей среды, конституционного строя РФ от преступных посягательств, обеспечение мира и безопасности человечества, а также предупреждение преступлений (ст. 2 УК РФ).

Преступлением считается лишь такое противоправное действие или бездействие, которое совершено умышленно или по неосторожности. В ст. 14 Главы 3 УК дается более точное определение: преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК под угрозой наказания.

Как правило, преступления медицинских работников совершаются неумышленно (без явного намерения причинить повреждение здоровья пациента), а по неосторожности. Преступления признаются совершенными по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления общественно опасных (вредных) последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело наступления таких последствий, но должно было их предвидеть (ст. 26 УК РФ).

Уголовная ответственность наступает лишь за те действия или бездействия, которые определены законом как преступные. В УК нет специальных статей об ответственности медицинских работников. Они могут быть привлечены к уголовной ответственности по статьям УК о неосторожном убийстве, неосторожном тяжком или менее тяжком телесном повреждении, заведомом наставлении другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, незаконном производстве аборта, подмене или похищении ребенка, о неоказании помощи больному.

В процессе осуществления своих профессиональных обязанностей

тей медицинский работник может причинить смерть или телесное повреждение пациенту по неосторожности. В уголовном законодательстве нет специального состава врачебной неосторожности. Как отмечалось, виновные в этих случаях отвечают по статьям о преступлениях против жизни и здоровья.

- Ст. 109 УК РФ. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенную должность или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

- Ст. 118 УК РФ. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности – деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, – наказывается ограничением свободы на срок до 4 лет либо лишением свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенную должность или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Неосторожное причинение смерти, телесного повреждения может быть результатом как действия (например, медсестра, не проверив этикетку, дала больному вместо необходимого лекарства ядовитое вещество), так и бездействия (прекращение в воскресные дни наблюдения за тяжелобольным в реанимационном отделении; неисполнение медсестрой предписаний врача сделать укол для снятия шока, боли, против заражения и т. п.).

Риск заражения (и соответственно риск смерти) существует при оказании помощи инфицированным (больным) СПИДом. Заведомое наставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией. С объективной стороны это преступление выражается либо в активных действиях, например, использование нестерилизованных шприцев и других инструментов, некачественное осуществление проверки донорской крови или крови лиц, проходящих освидетельствование, либо в бездействии, например, несоблюдение обязательных мер асептики и антисептики. Преступление считается оконченным независимо от

того, заразилось ли лицо, поставленное в опасность, или в силу особенностей организма избежало этого. Субъектом этого преступления может быть любой медицинский работник, обязанный в силу своей должности принимать меры для ликвидации опасности оставления других лиц в ситуацию возможного заражения СПИДом.

Вина медицинских работников проявляется в форме преступной самонадеянности.

- Ст. 122 УК РФ. Заражение ВИЧ-инфекцией – заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

- Неоказание помощи больному (ст. 124 УК). Объект этого преступления – жизнь и здоровье человека, нуждающегося в неотложной медицинской помощи. Согласно ч. 1 ст. 124 УК, субъектом преступления является лицо, обязанное оказывать помощь больному по закону или специальному правилу.

Пример 3

Заявление

В августе 2003 года я была на приеме у врача-стоматолога, которая запломбировала каналы и поставила пломбу на зуб, через два дня я почувствовала сильную боль в этом зубе. На следующий день боль усилилась, и я обратилась к дежурному врачу городской стоматологической поликлиники. Врач-стоматолог О. умышленно, самым жестоким образом стала ковырять зуб железным стержнем, пытаясь вытащить пломбу, при этом я ее несколько раз просила остановиться и не делать этого. Но она не остановилась и умышленно разрушила боль. В результате моего визита к врачу О. образовался сильный отек, сильная головная и зубная боль, а сам зуб был почти полностью разрушен.

На следующий день я обратилась к стоматологу другой поликлиники, и он также как и я возмутился плохой работой врача. Зуб,

который можно было сохранить и вылечить, был умышленно уничтожен. Впоследствии другим врачом мне был сделан разрез на десне и проведено дополнительное лечение, за которое я была вынуждена заплатить еще деньги.

По поводу работы врача О. я обратилась с жалобой к руководителю городской стоматологической поликлиники. Однако руководство поликлиники никаких извинений мне не принесло, причиненный вред мне не загладило, а стало наглым образом покрывать преступные действия врача О. В своем ответе руководство поликлиники указало, что врач сделал все правильно, была сделана анестезия, удалена временная пломба.

В результате умышленных действий врача О. мне был причинен вред здоровью, материальный и моральный ущерб.

Прошу по данному факту провести проверку и возбудить в отношении врача О. уголовное дело по ст. 115 УК РФ – умышленное причинение вреда здоровью, и по ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному.

Ответ

«По данному факту проведена проверка фактов, изложенных в заявлении, изучена первичная документация и произведен стоматологический осмотр полости рта пациентки О.К. Заключение комиссии:

1. Диагноз поставлен неверно. В данном случае у пациентки имеется не хронический фиброзный периодонтит, а, согласно рентгеновскому снимку, хронический гранулирующий периодонтит.

2. Исходя из неправильно поставленного диагноза, тактика лечения выбрана неверно. Каналы запломбированы не до верхушечного отверстия, а на 2/3 корневого канала (по рентгеновскому снимку), что повлекло за собой развитие данных осложнений.

3. В амбулаторной карте нет документов об информированном согласии пациентки на проводимое лечение».

Заключение комиссии направлено в прокуратуру, где находится дело на рассмотрении в настоящий момент.

КОММЕНТАРИЙ

В данном случае мы имеем дело с деструктивным конфликтом между пациенткой и врачом-стоматологом. Причина конфликта – неудовлетворенность проведенным лечением. Фактором, усиливающим остроту конфликта, служат материальные затраты пациентки за проведенное лечение и последующие осложнения.

Формально инициатором конфликта выступает пациентка, а реально инициировали конфликт врачи-стоматологи, проводившие лечение у данной пациентки. Так как между врачами-стоматологами не было единого мнения в принятии решения по поводу лечения, недостаточно была изучена документация (амбулаторная карта пациентки) врачом-приемником, все это привело к неудовлетворительному лечению и осложнениям. В данном случае можно говорить о недостаточной квалификации обоих врачей, как с профессиональной, так и с этической точки зрения (нарушен этический принцип о взаимоотношении между врачами).

В соответствии со ст. 39 Основ законодательства об охране здоровья граждан такими лицами считаются медицинские работники, которые обязаны оказывать первую неотложную помощь гражданам в лечебно-профилактическом учреждении независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, в дороге, на улице, в иных общественных местах и на дому.

Неоказание помощи больному состоит в бездействии, то есть в несовершении необходимых в конкретных условиях действий, направленных на спасание жизни, излечение, облегчение страданий Вина медицинского работника – прямой умысел по неоказанию помощи, небрежность – по отношению к последствиям.

При наличии уважительных причин неоказания помощи больному ответственность медицинского работника не наступает. Уважительными причинами на практике признаются отсутствие стерильных средств для перевязки, стихийное бедствие, болезнь самого медработника, приглашение одновременно к другому тяжелобольному.

- В ч. 2 ст. 124 УК установлена ответственность за то же деяние,

если оно повлекло или заведомо могло повлечь смерть больного или иные тяжкие для него последствия, – наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенную должность или заниматься определенной деятельностью на срок до лет или без такового.

Следует отметить, что у некоторых медицинских работников вырабатывается определенная психологическая установка на возможность получения материальных благодарностей от пациентов.

Под незаконным вознаграждением понимается незаконная выгода имущественного характера (деньги, промышленные и продовольственные товары и т. п.). При этом не имеет значения, за что и когда было получено вознаграждение – до или после выполнения желательного для граждан действия.

- Вымогательством (ст. 163 УК РФ) считается прямо выраженное требование медицинского работника об уплате гражданином вознаграждения за оказание определенной услуги или умышленное поставление гражданина в такие условия, при которых он вынужден уплатить вознаграждение, чтобы предотвратить наступление вредных последствий для его законных интересов.

Последний вид вымогательства может выразиться, в частности, в необоснованном отказе медицинского работника от выполнения возложенных на него служебных обязанностей со ссылкой на отсутствие лекарств, недостаточность времени, невозможность выполнения работы без дополнительных затрат и т. д.

Субъектом этого преступления является не должностное лицо медицинского учреждения, в круг служебных обязанностей которого входит осуществление действий медицинского характера. С субъективной стороны получение незаконного вознаграждения предполагает прямой умысел: виновный сознает, что получает незаконное вознаграждение путем вымогательства, и желает этого.

Отягчающими обстоятельствами, предусмотренными ч. 2 ст. 163 УК, считаются совершение указанных действий неоднократно или в крупных размерах. Под неоднократным получением незаконного воз-

награждения понимается совершение этих действий не менее двух раз, если при этом не истекли предусмотренные законом сроки давности привлечения к уголовной ответственности, либо одновременное получение вознаграждения от двух и более граждан, либо получение вознаграждения лицом, которое ранее было судимо за аналогичное, то есть предусмотренное ч. 1 ст. 163 УК преступление, и судимость с которого не снята и не погашена в установленном порядке.

- Получение взятки (ст. 290 УК). Получение взятки – опасное преступление, подрывающее авторитет учреждений здравоохранения и порождающее представление о возможности достижения желаемого путем подкупа должностных лиц.

Взятка может быть получена, как указано в законе, «в каком бы то ни было виде» (деньги, вещи, бесплатная путевка и т. п.). Должностное лицо может лично или через посредников получить незаконное вознаграждение за выполнение или невыполнение в интересах дающего взятку какого-либо действия, которое оно должно было или могло совершить в силу своего служебного положения, например, выдача врачом-травматологом больничных листов трудоспособным гражданам, госпитализация главным врачом больницы вне очереди. Важно подчеркнуть, что в случае взяточничества речь идет именно о действиях, которые медицинский работник осуществляет в силу служебного положения, а не о действиях профессионального характера.

Получение взятки считается оконченным преступлением с момента принятия получателем взятки независимо от того, совершены ли действия, обещанные за взятку, или их предполагается совершить в будущем.

Субъектом получения взятки может быть только должностное лицо. В этом отличие данного состава преступления от рассмотренного ранее состава, предусмотренного ст. 163 УК (получение незаконного вознаграждения), где субъектом преступления выступают медицинские работники – не должностные лица.

Отягчающими обстоятельствами при получении взятки являют-

ся: совершение этого преступления по предварительному сговору группой лиц; неоднократность получения взятки; вымогательство при получении взятки; крупный размер взятки (ч. 4 ст. 290 УК). Особо отягчающими обстоятельствами являются: ответственное положение должностного лица; прежняя судимость за взяточничество; особо крупный размер взятки (ч. 3 ст. 290 УК).

• Халатность (ст. 293 УК). Объект этого преступления – нормальное функционирование, отправление (производство) медицинской деятельности. Халатность состоит в невыполнении или ненадлежащем выполнении должностным лицом своих обязанностей, причиняющем существенный вред государственным, общественным интересам либо охраняемым законом правам граждан.

Субъектом преступления может быть только должностное лицо: главный врач, начальник госпиталя, их заместители, заведующие отделениями, дежурный хирург, старшая медсестра и другие, занимающие должности, связанные с осуществлением организационно-распорядительных и административно-хозяйственных обязанностей.

Под ненадлежащее осуществление должностных обязанностей подпадает необоснованный отказ в госпитализации, неправильная организация санитарного режима, трудового распорядка своих подчиненных и др. Халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, наказывается лишением свободы сроком до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Обязательное условие ответственности за незаконное врачевание – профессиональный характер этого занятия, что предполагает продолжительный период врачевания, получение денежного вознаграждения, являющегося основным или дополнительным источником существования, в виде денег, ценностей, продуктов и т. д.

Надлежащее медицинское образование предполагает получение гражданином высшего или среднего медицинского образования в РФ, обладание дипломом и специальным званием, а на занятие опреде-

ленными видами деятельности, перечень которых устанавливается Минздравмедпромом РФ – также сертификатом специалиста и лицензией. Для медицинских работников, желающих заниматься частной медицинской практикой, кроме перечисленного, необходимо разрешение, выдаваемое местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями.

В основном соблюдаются правила проведения экспертизы по материалам уголовного дела. Однако судебно-медицинская экспертиза по подозрению в профессиональном преступлении медицинского работника обычно назначается после предварительной служебной (административной) проверки, которая поручается прокурором (или следователем) опытным специалистам соответствующей специальности из другого лечебно-профилактического учреждения. Эти специалисты, изучив подлинники представленных им медицинских документов, составляют акт служебной проверки, в заключение которого указывают, имеются ли дефекты в диагностике или лечении и не могли ли они привести к неблагоприятным последствиям с учетом этой проверки, либо выносятся постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, либо дается разъяснение на жалобу об отсутствии оснований в проведении судебно-медицинской экспертизы и возбуждении уголовного дела. Другой особенностью такой экспертизы по сравнению с экспертизой по материалам дела является изучение при необходимости также первичных материалов обследования больного, а не только их интерпретации. Например, повторное изучение гистологических препаратов, повторное получение рентгенограмм и их изучение и т. д.

« Литература »

1. Данилов Е. О. Правовые основы стоматологической практики / Е. О. Данилов. – СПб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2002. – 176 с.
2. Дргонец Я. Современная медицина и право: Пер. со словац. / Я. Дргонец, П. Холлиндер. – М.: Юрид. литература, 1991. – 336 с.
3. Духно Н. А. Понятие и виды юридической ответственности / Н. А. Духно, В. И. Ивакин // Государство и право. – 2000. – № 6. – С. 12–17.

4. Козьминых Е. Ответственность медицинских работников по уголовному и гражданскому законодательству / Е. Козьминых // Медицинская газета. – 2000. – 29 ноября. – С. 7.
5. Козьминых Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» / Е. Козьминых // Российская юстиция. – 2003. – № 3. – С. 31–32.
6. Мохов А. А. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект): монография / А. А. Мохов, И. Н. Мохова. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – 156 с.
7. Сергеев Ю. Д. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 312 с.
8. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие / А. В. Тихомиров. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
9. Уголовный кодекс РФ. – М., 1996.

ГЛАВА III МЕХАНИЗМЫ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ОРГАНЫ ПО РАЗРЕШЕНИЮ КОНФЛИКТОВ В СТОМАТОЛОГИИ

В литературе нередко с целью экономии используют дефиницию «врачебные дела», под которыми понимают разрешаемые уполномоченными органами юридические дела, в основе которых лежит конфликт между пациентом (или его представителем) и исполнителем услуги, или конфликт, возникший при врачевании как вида профессиональной деятельности.

Понятие юрисдикции в специальной литературе трактуется по-разному. Можно выделить три основных понятия юрисдикции, раскрывающих те или иные стороны этого сложного правового феномена [2].

Юрисдикция определяется, во-первых, через правоприменительную деятельность, во-вторых, через полномочие на осуществление деятельности, в-третьих, через орган, осуществляющий правоприменительную деятельность.

Юрисдикция определяется в зависимости от вида и характера разрешаемых дел, территориальной принадлежности, от участвующих в деле лиц.

Гражданская юрисдикция представляет собой деятельность компетентных органов по разрешению любых гражданских дел (разрешение вопросов в сфере гражданских, трудовых, семейных и других правоотношений). Сюда относится деятельность как органов государственной власти, так и органов местного самоуправления, а также общественных органов, создаваемых с этой целью (третейские суды, комиссии по трудовым спорам и т. д.). По критерию спорности или бесспорности юридических дел выделяют:

1. Спорную юрисдикцию, которая заключается в разрешении конфликтов и осуществляется специально созданными органами, уполномоченными на то законом.

2. Бесспорную юрисдикцию, заключающуюся в удостоверении и фиксации фактов, прав и действий участников гражданского оборота.

По характеру органа, осуществляющего юрисдикционную деятельность, различают: государственную юрисдикцию, негосударственную юрисдикцию.

Государственную юрисдикцию осуществляют судебные органы как органы правосудия (Конституционный Суд РФ, суды общей юрисдикции и арбитражные суды) и органы, действующие в сфере исполнительной власти. Негосударственную юрисдикцию осуществляют третейские суды, комиссии по трудовым спорам и другие.

Систему юрисдикционных органов Российской Федерации составляют все правоприменительные органы (органы судебной и исполнительной власти).

Говоря об юрисдикционных органах РФ, следует отметить, что они построены и функционируют с учетом их предназначения, специализации.

Исходя из содержания словосочетания «юрисдикционные органы», их неоднородности, необходимо также определиться с такими понятиями, как «компетенция» и «подведомственность».

Компетенция – это свойство субъекта государственной или общественной власти.

Подведомственность – это относимость юридических дел к ведению того или иного государственного или иного органа, свойство юридических дел, в силу которого они подлежат разрешению определенными юрисдикционными органами.

Иными словами, подведомственность – это свойство объектов, по отношению к которым эта власть может осуществляться.

В зависимости от характера дела (материально-правовой критерий) различают три вида юрисдикций: уголовная; административная; гражданская.

Первая представляет собой деятельность органов, уполномоченных законом разрешать уголовно-правовые вопросы и выносить юридически обязательные решения. Сюда следует отнести деятельность органов дознания, органов следствия, органов прокуратуры и деятельность судов общей юрисдикции по разрешению уголовных дел.

Применительно к вопросу о врачебных делах в случае причинения среднего или тяжкого вреда здоровью, а также смерти пациента возбуждается уголовное дело.

Второй вид юрисдикции являет собой деятельность уполномоченных органов по рассмотрению административно-правовых вопросов и вынесению юридически обязательных решений. Сюда относится деятельность различных органов (исполнительной власти, прокуратуры, судов), предметом которой является разрешение возникающих вопросов в сфере административно-правовых отношений.

Пациент (потерпевший) или его представитель может обратиться в органы административной юрисдикции (в первую очередь, органы управления здравоохранения) с жалобой на действия (бездействие) медицинского работника или работников, повлекшие за собой вред здоровью. Правомочные лица и органы обязаны в соответствии с поступившей жалобой провести необходимые мероприятия (провести проверку), принять меры (при подтверждении негативных явлений, указанных в жалобе), подготовить в установленный законом срок мотивированный ответ по поступившей жалобе. Неправомерные действия (бездействие) должностных лиц могут быть обжалованы в суд.

Здесь следует отметить следующее. Действующее законодательство предусматривает механизм ведомственного и вневедомственного контроля качества оказываемой медицинской помощи. Поэтому потерпевший может обратиться непосредственно к администрации (будь то государственное или муниципальное учреждение здравоохранения) клиники, либо в соответствующие контролирующие органы.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законами РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О защите прав по-

ребителей» и другими нормативными актами, целью ведомственного контроля является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов, совершенных медицинских технологий в учреждениях здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает в себя следующие элементы: оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов; экспертизу процесса оказания медицинской помощи; изучение удовлетворенности пациентов результатами деятельности организаций здравоохранения; расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи; выявление врачебных ошибок и иных факторов, оказывающих негативное влияние и влекущих за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; подготовку рекомендаций для руководителей медицинских организаций и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи; выбор рациональных решений и проведение необходимых корректирующих воздействий.

Ведомственный контроль осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранения, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней управления здравоохранением [3].

Ведомственный контроль является наиболее приближенным к услугодателям. Он представляет собой несколько ступеней экспертизы, которую осуществляют: заведующие структурными подразделениями; заместители руководителя лечебного учреждения по клинико-экспертной работе; главные штатные и внештатные специалисты органов управления здравоохранения соответствующего уровня.

Вневедомственный контроль в соответствии с действующим за-

конодательством осуществляют: лицензионные и аккредитационные комиссии; территориальные фонды обязательного медицинского страхования; страховые медицинские организации; страхователи; органы социального страхования; профессиональные медицинские ассоциации; антимонопольные органы; общества защиты прав потребителей.

Задачей системы вневедомственного контроля является организация медицинской и медико-экономической экспертизы по ее оказанию и оценки эффективности использования ресурсов здравоохранения, финансовых средств медицинского и социального страхования, а также качества медицинской помощи.

Важнейшее место в системе контроля качества медицинской помощи занимает гражданин (пациент) как самое заинтересованное лицо. Он вправе: получать необходимую информацию об обстоятельствах оказания медицинской помощи; располагать информацией о субъектах ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, условиях, методах, порядке и правилах их деятельности; требовать проведения экспертизы качества медицинской помощи; на возмещение ущерба.

Третий вид юрисдикции представляет собой деятельность компетентных органов по разрешению любых гражданских дел (разрешение вопросов в сфере гражданских, трудовых, семейных и других правоотношений). Сюда относится деятельность как государственных, так и муниципальных органов, а также общественных органов, создаваемых с этой целью (третейские суды, комиссии по трудовым спорам и т. д.).

Данный вид юрисдикции, как показывает практика, становится основным для разрешения вопроса о возмещении вреда, причиненного при оказании медицинской помощи. Основным органом по разрешению возникающих споров является в настоящее время суд общей юрисдикции. Подробнее речь об этом будет идти далее.

В соответствии с Федеральным Конституционным Законом «О судебной системе в Российской Федерации» правосудие в России осуществляется только судами, учрежденными в соответствие с

Конституцией РФ и настоящим Федеральным конституционным законом. В России действуют федеральные суды (Конституционный суд РФ, Верховный суд РФ и составляющие его систему федеральные суды общей юрисдикции), Высший Арбитражный суд РФ и составляющие его систему федеральные арбитражные суды, конституционные (уставные) суды и мировые судьи субъектов Российской Федерации.

Защита нарушенных или оспариваемых прав граждан и организаций по «врачебным делам» обычно осуществляется, как отмечалось, судами общей юрисдикции. Эта деятельность именуется правосудием по гражданским делам. Данную форму защиты гражданских прав относят к наиболее эффективной и цивилизованной

Для нее характерны *следующие черты*: наличие правил подсудности; наличие процессуальной формы; отсутствие глубокой специализации судей; публичность и гласность судебного разбирательства.

Перечисленные черты имеют как свои плюсы, так и минусы для тех или иных участников процесса.

Рассмотрим их с позиций пациента и медицинской организации.

Наличие правил подсудности вызывает необходимость осуществления процессуально значимых действий только в определенном суде и, как правило, у определенного судьи, что может быть обременительно для одной из сторон (по общему правилу, ответчика по делу – медицинской клиники).

Наличие процессуальной формы оказывает существенное влияние на сроки разбирательства дела, доказательственную базу, затраты, связанные с процессом.

Процессуальная форма служит реализации целей и задач гражданского процесса (обеспечение вынесения законного и обоснованного решения) и отвечает интересам обеих сторон, в первую очередь – истца (потребителя услуги как слабой стороны). В то же время длительные сроки судебного разбирательства, обязательное производство судебных медицинских экспертиз по «врачебным делам», материальные и моральные издержки, обусловленные длительным проти-

востоянием сторон, распространением нелицеприятной, противоречивой информации, не отвечающей интересам ни одной из сторон (в первую очередь, интересам исполнителя услуги).

Отсутствие глубокой специализации судейского корпуса вызывает потребность использования в гражданском процессе экспертных заключений, привлечения специалистов и т. п.; повышает в целом вероятность судебной ошибки по «врачебным делам». Естественно, что вынесение решения, не отвечающего требованиям законности и обоснованности, подрывает авторитет судебной власти, доверие как исполнителя услуги, так и пациента к суду.

Публичность и гласность судебного разбирательства при всех достоинствах (информационная, воспитательная функция) имеют и недостатки. Огласке подлежит информация, являющаяся «чувствительной» для обеих сторон. Разглашаются данные как о здоровье и жизнедеятельности пациента, его вредных привычках, пристрастиях и т. п., так и о допущенных дефектах медицинской помощи, ошибках медицинского корпуса и т. п., что в условиях растущей конкуренции наносит непоправимый ущерб услугодателю еще до завершения процесса и вне зависимости от его исхода.

Данные проблемы осознаются как потребителями медицинских услуг, так и медицинским сообществом.

Так, на вопрос о том, кто, на Ваш взгляд, должен разрешать жалобы пациентов по поводу некачественного медицинского обслуживания, неблагоприятного исхода, врачебной ошибки, *ответы распределились следующим образом*: медицинские ассоциации (71 %); администрация медицинской клиники (52,5 %); третейские суды (7,5 %); этические комитеты (7,5 %); органы следствия (3,5 %); суды общей юрисдикции (0,5 %).

Несомненный интерес представляют также ответы на следующий вопрос: кто в известных Вам случаях разрешал жалобы пациентов (их представителей) по поводу некачественного медицинского обслуживания, неблагоприятного исхода, врачебной ошибки?

Ответы респондентов распределились следующим образом: ад-

министрация медицинской клиники (79,5 %); органы следствия (19,5 %); медицинские ассоциации (6,5 %); суды общей юрисдикции (4 %).

Значительная часть респондентов (19 %) затруднились ответить на поставленный вопрос.

Несомненным лидером предпочтений респондентов в части изучаемой проблемы являются медицинские ассоциации. Здесь имеется значительный нереализованный потенциал. Медицинские ассоциации воспринимаются как «свои», «знающие» и «понимающие» их проблемы и чаяния.

Заслуживают большего внимания третейские суды и этические комитеты как органы разрешения врачебных дел. Несмотря на полное отсутствие опыта медицинского сообщества региона по разрешению споров в этих органах, 7,5 % респондентов указали именно на них.

Проведенное исследование также показывает, что большинство медицинских работников не доверяют органам государственной юрисдикции, особенно судам. Лишь 0,5 % респондентов указали их среди возможных арбитров по разрешению «врачебных» дел. При этом «личный опыт» участия в процессах по «врачебным» делам у большинства медицинских работников отсутствует. Можно предположить, с одной стороны, отсутствие у населения России сформированной культуры разрешения дел в судах, с другой, наличие негативного отношения к судам, сформированного у граждан в связи с участием в других процессах (несправедливость, волокита, грубость судей).

Пути выхода из возникающих конфликтных ситуаций, характерных для российской медицины конца XX – начала XXI века, видятся врачебному сообществу *различными*: кардинальное изменение нормативно-правовой базы, позволяющей избежать ответственности в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента; переложение бремени издержек, вызванных необходимостью возмещения вреда, на государство; разрешение споров между пациентами и врачами в рамках профессиональных медицинских ассоциаций.

Первый путь, на наш взгляд, является неприемлемым, так как, *во-первых*, нельзя изменить правила, которые были выработаны и

эффективно функционируют не одно десятилетие во многих сферах общественного бытия (теперь стали распространяться и на здравоохранительные правоотношения); *во-вторых*, данный подход грубо нарушает принцип равенства.

Следует также заметить, что государство не может быть ответственным «за все»; максимум, что, на наш взгляд, здесь возможно, так это ответственность за причинение вреда жизни или здоровью граждан при оказании медицинской помощи в случае, если вред здоровью или жизни пациента причинен лицом при осуществлении функций публичного характера.

Разрешение споров профессиональными ассоциациями имеет, на наш взгляд, право на жизнь, однако здесь следует учитывать следующее.

Во-первых, необходимо преодолеть корпоративный подход, развитый в медицинском сообществе, что вызывает обоснованное недоверие граждан в возможность справедливого разрешения спора.

Во-вторых, пока отсутствует четкий механизм реализации вынесенного таким сообществом акта (решения), его признания и обязательности.

Все это способствует поиску и развитию иных способов разрешения возникающих конфликтов в сфере охраны здоровья граждан, на рынке медицинских услуг, что осознается частью медицинских работников.

Альтернативным органом негосударственной юрисдикции по разрешению гражданских дел является третейский суд, который упоминается в ст. 11 ГК РФ среди органов, осуществляющих судебную защиту гражданских прав.

Третейский суд является одной из первых форм разрешения спора. Не случайно А. Вицин писал, что исторически суд посредников предшествовал суду общественной власти [12]. Г. Гегель предлагал вменить сторонам в обязанность обращаться до официального суда к простому (третейскому) суду и попытаться прийти к соглашению.

В настоящее время в России действует Федеральный Закон «О третейских судах в Российской Федерации», определяющий деятельность

и правовой статус третейских судов. Кроме этого, правовой статус третейских судов определяется отдельными нормами ГПК РФ.

Важным законодательным положением (ч. 3 ст. 3 ГПК РФ) является тот факт, что по соглашению сторон спор, возникающий из гражданских правоотношений, до принятия судом первой инстанции судебного постановления, которым заканчивается рассмотрение дела по существу, может быть передан сторонами на рассмотрение третейского суда, если иное не установлено федеральным законом. Иными словами, законодатель считает целесообразным именно такой путь разрешения спора.

В Российской Федерации могут создаваться как постоянно действующие третейские суды, так и суды для разрешения конкретного спора. Предпочтение имеют постоянно действующие третейские суды со своим уставом, положением, регламентом, составом, а также историей разрешения тех или иных дел. Постоянно действующие третейские суды формируются в качестве стабильных органов по разрешению конкретных категорий споров в порядке, устанавливаемом их внутренними документами.

Постоянно действующие третейские суды создаются торговыми палатами, биржами, общественными объединениями предпринимателей и потребителей и иными организациями – юридическими лицами. При этом не допускается образование третейских судов при федеральных органах власти, органах государственной власти субъектов РФ и органах местного самоуправления.

Постоянно действующих третейских судов для рассмотрения споров с участием граждан, не занимающихся предпринимательской деятельностью, в России до самого последнего времени не было.

Причины этому различны. Необходимо решение комплекса взаимосвязанных проблем, таких как: преодоление сохраняющихся отмен прошлого (патернализм государства, защита «интересов мундира» в неправовых формах, разобщенность медицинского корпуса, правовой нигилизм значительной части населения); дальнейшее развитие нормативно-правовой базы общественных организаций как яче-

ек гражданского общества; эффективная информационная политика, направленная на поддержку и развитие самоуправляемых общественных организаций, методов альтернативного разрешения споров в различных сферах жизнедеятельности.

Исходя из изложенного, возможно создание постоянно действующего третейского суда по разрешению «врачебных дел» региональной медицинской ассоциацией или ассоциацией граждан-потребителей (пациентов). Предъявляемое требование – наличие статуса юридического лица у соответствующей ассоциации.

Организация, создающая третейский суд, должна представить в «компетентный суд» (суд, на территории которого будет находиться третейский суд) необходимые документы (решение ассоциации или иного юридического лица об образовании третейского суда, положение о суде, состав третейских судей).

Обязательным условием принятия третейским судом дела к своему производству является наличие соглашения о передаче спора на рассмотрение и разрешения третейским судом. Данное соглашение должно быть составлено в письменной форме и скреплено подписями сторон. При этом следует учитывать, что наличие в договоре присоединения (большинство договоров на оказание медицинских услуг являются таковыми) указания о передаче могущего возникнуть спора на разрешение третейского суда, не является безусловным. Законодатель подчеркивает, что в этих ситуациях действительны только третейские соглашения, заключенные после возникновения оснований для предъявления иска (при возникновении спора между потребителем и услугодателем). Данное законодательное положение направлено на защиту интересов слабой стороны по договору (потребителя).

Получение в случае возникновения спора согласия на передачу дела на разрешение третейского суда – проблема для услугодателя. Для ее решения необходимо, чтобы, с одной стороны, в глазах пациента (потребителя) третейский суд был независимым и авторитетным, способным разрешить дело объективно (иметь свою историю,

репутацию), с другой – услугодатель должен суметь убедить пациента в преимуществах третейского разбирательства. Решение этой проблемы – основа для дальнейшего диалога спорящих сторон и возможности завершения дела заключением дела мировым соглашением. Урегулирование спора мировым соглашением является более устойчивым, что, как правило, соответствует законным интересам сторон.

Одним из главных элементов конструкции третейского производства является то, что стороны спора доверяют его рассмотрение и вынесение решения третьим лицам. Таковым может быть избрано (назначено) лицо, способное обеспечить беспристрастное разрешение спора. При этом председатель состава или судья, рассматривающий дело единолично, должен иметь высшее юридическое образование. Применительно к другим членам состава суда таких требований не предъявляется. Третейским судьей может выступить, к примеру, врач, не заинтересованный в исходе дела. Представляется, что для эффективного решения стоящих перед судом (судьей) задач, необходимо хорошо ориентироваться как в специфике медицинской деятельности, специальной терминологии, так и хитросплетениях норм действующего законодательства. С учетом этого, в должности судьи третейского суда по разрешению «врачебных дел» в идеале видится специалист по медицинскому праву (лица, имеющие юридическую и медицинскую подготовку, а также лица, специализирующиеся на данной категории дел). Законом также определены критерии, включающие для гражданина возможность выступать третейским судьей (наличие судимости, особый должностной статус и некоторые другие).

Правильный выбор третейского судьи (состава суда) позволяет существенно сэкономить на производстве медицинских экспертиз и привлечении в процесс врачей-специалистов для дачи разъяснений, консультаций, сократить сроки подготовки дела к разбирательству.

Основные начала третейского разбирательства во многом сходны с принципами гражданского судопроизводства, что позволяет вы-

нести решение, отвечающее требованиям закона, и сближает третейское разбирательство с отправлением правосудия. К ним относятся: законность; независимость и беспристрастность третейских судей; диспозитивность; состязательность; равноправие сторон. В то же время, особенностью третейского разбирательства является его конфиденциальность. Третейский суд обычно рассматривает дело в закрытом заседании, на которое посторонние лица не допускаются.

Важным моментом всего третейского разбирательства является тот факт, что стороны, заключившие третейское соглашение, принимают на себя обязанность добровольно исполнять решения третейского суда. Отказ обязанной стороны добровольно выполнить решение третейского суда противоречит этическим нормам и обычаям делового оборота, складывающимся в нашей стране. Для того чтобы решение третейского суда можно было исполнить вне зависимости от воли одной из сторон, предусмотрен соответствующий правовой механизм. В случае неисполнения решения третейского суда стороне, в пользу которой вынесено решение, предоставлено право обращения с заявлением о выдаче исполнительного листа на принудительное исполнение. Данное заявление направляется либо непосредственно в компетентный суд (при котором аккредитован третейский суд), либо через третейский суд, вынесший решение.

Исполнительный лист, выданный на основании решения третейского суда, позволяет взыскателю возбудить исполнительное производство по общим правилам исполнения судебных постановлений и актов иных органов.

Таким образом, *создание постоянно действующего специализированного третейского суда* по разрешению «врачебных дел» влечет за собой ряд особенностей-преимуществ.

Во-первых, данный суд является специализированным органом (за счет специализации по категории дел и подбору третейских судей) по разрешению «врачебных дел», что повышает результативность его деятельности, уменьшает число возможных ошибок.

Во-вторых, повышается оперативность разрешения дел за счет

упрощенной процедуры третейского разбирательства и специализации суда, а также меньшей загруженности судей.

В-третьих, снижаются издержки сторон третейского разбирательства за счет специализации судей и упрощенной процедуры разбирательства (отсутствие потребности в совершении отдельных процессуальных действий).

В-четвертых, обеспечивается конфиденциальность третейского разбирательства, т. е. создаются условия для сохранения личной, семейной, служебной и коммерческой тайны.

В-пятых, обеспечивается исполнимость решения третейского суда за счет взятых сторонами обязательств, а также механизма принудительного исполнения решений.

Несмотря на имеющиеся преимущества, третейское разбирательство «врачебных дел» – это перспектива ближайшего будущего.

Для ее реализации необходимо последовательное осуществление комплекса мероприятий.

Во-первых, необходима просветительская работа, суть которой сводится к информированию медицинских работников, организаторов здравоохранения, граждан о возможности и целесообразности разбирательства «врачебных дел» в иных условиях, существенно отличных от настоящих.

Во-вторых, детальная проработка нормативно-правовой базы деятельности специализированных третейских судов по разрешению «врачебных дел», коррекция имеющихся правовых норм путем своевременного внесения соответствующих дополнений и изменений в действующее законодательство.

В-третьих, активные действия практического характера, направленные на внесение необходимых изменений и дополнений в учредительные документы медицинских ассоциаций (например, региональных), подбор и подготовку кадров для третейских судов.

Реализация отмеченных положений, их перевод в практическую плоскость позволят, на наш взгляд, снизить напряженность в функциональной системе «врач-пациент», оптимизировать деятельность по

защите нарушенных или оспариваемых прав и законных интересов субъектов здравоохранительных правоотношений, повысить эффективность и качество медицинской помощи.

« Литература »

1. Алексеев С. С. Право: опыт комплексного исследования / С. С. Алексеев. – М., 1999. – С. 116.
2. Акулин И. М. Третейский суд в здравоохранении / И. М. Акулин // Третейский суд. – 1999. – № 2, 3.
3. Вишин А. Третейский суд по русскому праву. Историко-догматическое рассуждение / А. Вишин. – М., 1856. – С. 3.
4. Гражданский процесс: Учебник / Под ред. М. К. Треушникова. – М., 2003. – С. 692.
5. Давыденко Д. Л. Мировое соглашение и примирительные процедуры в арбитражном, гражданском и третейском процессе / Д. Л. Давыденко // Арбитражный и гражданский процесс. – 2003. – № 10. – С. 30.
6. Жуйков В. М. Права человека и власть закона / В. М. Жуйков. – М., 1995. – С. 6.
7. Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
8. Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
9. Методические рекомендации № 2002/140 «Учет и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» (утв. Минздравом РФ от 20 декабря 2002 г. № 2510/224-03-34).
10. Осипов Ю. К. Подведомственность юридических дел / Ю. К. Осипов – Свердловск, 1973. – С. 26.
11. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.
12. Ручкина Г. Ф. Защита прав субъектов предпринимательской деятельности в рамках несудебной гражданской юрисдикции / Г. Ф. Ручкина, О. Ю. Ручкин // Арбитражный и гражданский процесс. – 2003. – № 3. – С. 32.
13. Скворцов О. Ю. Подведомственность споров третейским судам / О. Ю. Скворцов // Третейский суд. – 2005. – № 1. – С. 12–16.
14. Ф3 от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».
15. Ф3 от 10 января 2003 г. № 15-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательными актами Российской Федерации в связи с принятием Федерального Закона «О лицензировании отдельных видов деятельности».
16. Ф3 от 24 июля 2002 г. № 102-ФЗ «О третейских судах в Российской Федерации».

МЕХАНИЗМ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ КОМИТЕТАМИ ПО ЭТИКЕ

Отношения между медиками и пациентами выходят за рамки «обычных» отношений между людьми. Эти отношения требуют знаний и соблюдения изменяющихся принципов этики врача и больного. Основной проблемой биомедицинской этики и медицинского права стала проблема соблюдения прав пациента [2, 4, 11, 12, 15, 17].

Биоэтика – научная дисциплина в сфере практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания [14]. Современная биоэтика представлена тремя уровнями: теоретическим, практическим и прикладным. Теоретическая биоэтика – это совокупность знаний об отношении человека к живому, представленная в виде аксиологического дискурса. Практическая биоэтика – институционально оформленная нормативная регуляция и ценностная экспертиза отношения человека к живому. Прикладная биоэтика – описание конкретных ситуаций поведения человека по отношению к живому.

С введением биоэтики нормативная регуляция в стоматологии усложнилась. Контроль этических комитетов за деятельностью лечебных учреждений, работа консультантов по биоэтике – все это позволяет бесконфликтно решать многие вопросы, которые еще недавно требовали юридического вмешательства [1, 3, 7, 10].

Правильно используя этот механизм, можно успешно организовать стоматологическую практику с наибольшей выгодой (т. е. снизить уровень конфликтности), как для пациентов, так и для персонала медицинской организации. Все острее стоит необходимость создания и развития сети этических комитетов как «третьей силы» в разрешении конфликтов на уровне вневедомственных разбирательств, т. е. на досудебном уровне [6, 10, 13, 16].

Прерогатива этических комитетов ? обсуждение сложных этических проблем и формулировка рекомендаций, как эти проблемы следует решать. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в лечебных организациях, в частности, состоит в том,

чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить её на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты, консультанты по этике, менеджеры риска и юристы могут сотрудничать, чтобы отыскать неформальное решение конфликтов ценностей [4, 5, 8, 9, 20].

Этическая экспертиза включает в себя следующие этапы: подача документов заявителем в этический комитет → предварительное обсуждение (дискуссия) → назначение эксперта (экспертов) → работа эксперта (собеседование, знакомство с документами, резюме) → обсуждение результатов экспертизы → принятие решения и рекомендаций [13, 14, 17].

Последовательное применение указанных методов на соответствующем этапе этической экспертизы и создает механизмы работы комитета. К регламенту работы этических комитетов относятся:

- 1) механизм и порядок формирования Этических комитетов;
- 2) статус членов Этических комитетов, распределение функций, правила ротации;
- 3) порядок проведения заседаний, экспертиз и принятия решений;
- 4) стандартные операционные процедуры (СОПы) – ведение собственной документации, номенклатура представляемых документов, сроки и порядок рассмотрения, формат принимаемых решений;
- 5) независимый аудит.

Необходимым требованием является то, что члены этических комитетов должны обладать знаниями в области биоэтики, права, психологии, экономики здравоохранения, медицинских наук. Разделение функций между членами этических комитетов позволяет иметь в них компетентных людей по каждому из данных разделов, однако знания по биоэтике необходимы всем без исключения.

Собственно стоматологические проблемы решают два типа этических комитетов - первичный и локальный независимый. Что касается регионального и, тем более национального комитетов, то они не дифференцированы по отраслям медицины и занимаются всеми проблемами, которые не нашли решения на низшем уровне. Это предпо-

лагает участие в работе данных типов комитетов стоматологов-профессионалов, которые смогли бы представлять компетентную оценку сугубо стоматологических вопросов.

Очевидно, что для этического комитета стоматологического учреждения сохраняются все те параметры, которые существенны для любого местного комитета, кроме того, региональный комитет является высшей инстанцией и для стоматологического комитета [3, 10]. Кроме указанных параметров, в регламентацию деятельности стоматологического комитета по этике вводятся дополнительные, связанные со спецификой стоматологической практики. Эта специфика, в этическом отношении, выражается в следующем:

- незначительная, по сравнению с другими медицинскими отраслями, доля стационарных больных;
- высокая этическая значимость эстетических характеристик лечения;
- наличие профессиональной группы зубных техников как активных участников лечения, которые, в то же время, не вступают в личный контакт с пациентом;
- большое количество частных стоматологических кабинетов, как правило, небольших и достаточно автономных;
- высокая дифференцированность платных услуг;
- в социальной группе стоматологических пациентов представлены все, без исключения, половозрастные, расово-этнические, профессиональные группы, а также пациенты со всеми возможными видами доходов или их отсутствием;
- более ярко выраженная персонификация врачебной помощи.

Этот перечень можно было бы продолжить, но другие особенности стоматологической практики так или иначе оказываются включенными в вышеперечисленные.

Ясно, что этические комитеты можно создавать только при достаточно крупных стоматологических поликлиниках или клиниках. Но как быть тогда с деятельностью частных кабинетов? Ведь основное этическое правило — защита прав пациента и совершенно неважно,

где этот пациент предпочитает получать стоматологическую помощь. Очевидно, что практика в таких кабинетах должна находиться под контролем регионального этического комитета или этического комитета соответствующей Ассоциации. Надо полагать, что в отношении частных стоматологических кабинетов действия этических комитетов могут быть успешнее, чем в отношении больших стоматологических учреждений. Это связано с тем, что обнародование результатов рассмотрения той или иной проблемной ситуации повлечет падение престижа конкретного врача, тогда как в сфере страховой стоматологии, независимо от негативной или позитивной информации от этического комитета, больному просто иногда некуда деться, кроме как обратиться в поликлинику по месту жительства или работы. В то же время, решения этического комитета могут иметь непосредственное влияние на работу сертификационных комиссий, на процесс присвоения медицинских категорий, на возможности карьеры врача в учреждениях страховой медицины.

Возможно, этические комитеты стоматологических учреждений окажутся более загруженными работой, чем в других отраслях медицины, поскольку психологическое состояние пациента, страдающего от зубной боли, ассистирует жалобы. Кроме того, персонифицированные представления об эстетическом идеале могут породить неудовлетворенность больного и заставить его обратиться в этический комитет.

Пациенты стоматологической поликлиники — это permanently воспроизводящаяся группа, причем, тот, кто однажды стал ее членом, чаще всего, остается в ней на всю жизнь. Это создает специфический микроклимат в данной группе, который во многом зависит от взаимоотношений между самими медицинскими работниками. Так, связка «врач — техник» в ортопедии и ортодонтии или «врач — сестра» в частном кабинете может характеризоваться различной степенью моральной комплиментарности, что оказывает влияние на весь процесс ведения пациента. При этом претензии, высказанные пациентом врачу, могут относиться к другому медицинскому работнику, о чем пациент даже не подозревает.

Серьезной проблемой для этических комитетов стоматологических учреждений может стать вопрос об адекватности платы за лечение, если больной недоволен тем, как оно проведено, или не может позволить себе дорогостоящее лечение. Нравственная коллизия может возникнуть и в случае, если врач, обслуживая интересы определенной фармацевтической компании, рекомендует больному средства профилактики или лечения, которые тому не по карману.

В принципе, все случаи из стоматологической практики могут стать предметом рассмотрения в этическом комитете. Но особую группу, на наш взгляд, представляют проблемы модификации средств и методов лечения. Каждый стоматолог, если он достаточно хороший профессионал, всегда относится к своей работе творчески, стараясь, хотя бы в мелочах, усовершенствовать приемы, методы, материалы и вообще все, что задействовано в лечебном процессе. Но здесь встает вопрос, насколько такие мелкие усовершенствования можно считать новаторскими и, следовательно, насколько соблюдены моральные критерии их внедрения в практику. Этический контроль в клинических испытаниях – это известная и очевидная вещь, но как расценивать минимальные изменения (по отношению к стандарту), которые не может не вносить в свою работу каждый врач? Мы полагаем, что именно здесь может обнаружиться самая сложная задача для этического комитета.

В целом можно сказать, что в этические комитеты стоматологических учреждений целесообразно включать:

- специалистов в области биоэтики;
- юристов;
- социальных работников;
- работников страховых фирм;
- представителей творческой интеллигенции;
- специалистов в области стоматологии;
- специалистов в области здравоохранения;
- представителей духовенства (в зависимости от конфессионального состава населения).

Таким образом, анализируя полученные данные, мы делаем вывод о том, что стоматологическая деятельность характеризуется сложной этической и правовой регуляцией. Учитывая эту особенность и причины развития конфликтов в современной стоматологии, особое значение сегодня приобретает этико-правовой уровень урегулирования конфликтов.

« Литература »

1. Бойко В. В. Информированное добровольное согласие пациента на лечение: аспекты права, медицины и сервиса / В. В. Бойко, А. А. Куракуа, В. Д. Вагнер // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2005. – № 1 (15). – С. 47–58.
2. Зильбер А. П. Деонтология, этика, этикет и закон: совпадения и противоречия / А. П. Зильбер // Медицинское право. – 2005. – № 2. – С. 6–8.
3. Игнатъев В. Н. Этический комитет / В. Н. Игнатъев // Человек. – 1995. – № 6. – С. 99–108.
4. Комарова Ф. И. Права человека и биомедицинская этика / Ф. И. Комарова, Ю. М. Лопухин // Клиническая медицина. – 1998. – № 4. – С. 4–6.
5. Лопухин Ю. Биоэтика и современная медицина // Врач. – 2001. – № 10. – С. 6–8.
6. Льюис А. Права пациентов на информированное согласие, включая отказ от лечения / А. Льюис // Медицинское право. – 2004. – № 2. – С. 56–59.
7. Основы биоэтики: Метод. пос. для студентов / Сост. Н. Н. Седова; ВМА. – Волгоград, 1996. – 49 с.
8. Петров А. В. Концепция прав человека в медицине. Часть 1. Юридические и этические гарантии прав пациента: учебное пособие / В. А. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2004. – 132 с.
9. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград: Издатель, 2001. – 95 с.
10. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М.: «Триумф», 2002. – 192 с.
11. Пискун А. И. Информационно-деонтологические нарушения как основной повод обращения пациентов в суд / А. И. Пискун // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 22–23.
12. Савенко Ю. С. Медицинское право, биоэтика и права человека / Ю. С. Савенко // Медицина и Право: Материалы конф. – М.: Междунар. Акад. предпринимательства, 1999. – С. 122–129.
13. Седова Н. Н. Ваш бизнес – стоматология (нормативная регуляция в

стоматологии) / Н. Н. Седова, С. В. Дмитриенко. – Москва: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 114 с.

14. Седова Н. Н. Правовой статус биоэтики в современной России / Н. Н. Седова // Медицинское право. – 2005. – № 1 (9). – С. 11–15.

15. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова // Медицинское право и этика. – 2001. – № 1. – С. 192.

16. Силуянова И. В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач – пациент / И. В. Силуянова // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 14–18.

17. Филатов В. Б. Этические и правовые основы во взаимодействиях врача и пациента / В. Б. Филатов, Р. В. Коротких, Н. Х. Лукова // Здравоохранение. – 2001. – № 3. – С. 173–175.

18. Шамов И. А. Биоэтика. – М.: Медицина, 2001. – 340 с.

19. Эльштейн Н. В. Медицинская этика и современность // Клиническая медицина. – 2000. – № 11. – С. 14–18.

20. Этический кодекс российского врача (утв. 4-й Конф. Асс. врачей России, Москва, ноябрь 1994 г.); Права человека. – М., 2002.

СУДЕБНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ

Основная цель конфликта – это его разрешение. Но какой ценой?

В случае конфликта отношения между врачами и пациентами во многих странах трансформируются в отношения между юристами обеих сторон, которые в совершенстве владеют тонкостями понимания в трактовке соответствующих параграфов закона. Оценка конфликтной ситуации может быть достигнута либо внешними средствами, либо внутренними. Внешними для разрешения конфликта являются официальные (суд) и договорные (третейское разбирательство) средства, внутренними – переговоры [32].

Одним из наиболее отработанных человеческой цивилизацией механизмов разрешения конфликтов является судебное разбирательство. Третьей стороной выступают представители общественной власти. Правосудие, как особая форма государственной деятельности, осуществляется специально созданным для этого органом – судом. В судебном разбирательстве реализуется следующий принцип раз-

решения конфликтов: «прав тот, на чьей стороне закон». Защита судами общей юрисдикции и арбитражными судами субъективных прав и охраняемых законом интересов граждан и организаций осуществляется путем рассмотрения и разрешения гражданских дел. Актом защиты права выступает законное и обоснованное судебное решение.

Конституция РФ (ст. 2, 45, 46, 125) предусматривает возможность человека защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом. Способы и формы защиты прав граждан (судебная, административная, самозащита) являются: обращение в государственные органы и органы местного самоуправления; обжалование действий (бездействий) должностных лиц, нарушающих права граждан; обращение в средства массовой информации и правозащитные организации, общественные объединения [3, 7, 8, 9, 15, 17, 24, 36].

Защита гражданских прав предусматривает целый комплекс мероприятий судебного характера, а также самостоятельных действий граждан, не выходящих за рамки необходимых для пресечения нарушения. Она может осуществляться путем: признания прав; возмещения убытков; взыскания неустойки; компенсации морального вреда; прекращения или изменения правоотношений, а также целым рядом других способов.

Если в результате нарушений, допущенных медицинским персоналом при оказании медицинской помощи, был причинен ущерб здоровью пациента имущественного характера, то наступает гражданско-правовая ответственность, которую несет за своих работников медицинская организация. Основная цель института гражданско-правовой ответственности – компенсация в наибольшей степени вреда, причиненного личности и имуществу [14, 10, 20, 25, 39].

В соответствии со ст. 1068 ГК РФ, ответственность за причинения вреда пациенту несет медицинская организация, как юридическое лицо. Имущественная ответственность наступает при наличии следующих условий: наличие у потерпевшего вреда или убытков; противоправности действия (бездействия) медицинской организации (его персонала); причинная связь между противоправным действием и

возникшим вредом; вина медицинского учреждения [1, 18, 19, 21, 37]. Совокупность вышеперечисленных условий называют составом гражданского правонарушения.

В случае нарушения своих прав пациент может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации, в которой ему оказывается стоматологическая помощь, в соответствующие профессиональные медицинские (стоматологические) ассоциации и лицензирующие органы, либо непосредственно в суд [12, 13, 27, 29, 30, 33].

Под жалобой подразумевают письменное обращение пациента, содержащее информацию о нарушении его прав. Под претензией – письменное обращение пациента с требованием о добровольном устранении нарушенных прав или о возмещении нанесенного ущерба.

Задачами профессиональных ассоциаций, кроме защиты профессиональных прав, чести и достоинства медицинских работников – членов ассоциации при занятии профессиональной деятельностью (в том числе и в судебных инстанциях, и в средствах массовой информации и т. п.) – является, к стати, еще и защита прав пациента.

Исковое производство возбуждается путем подачи иска в суд и регламентировано процессуальным законодательством. Потребность в такой защите возникает при наличии спора о праве (правового конфликта) [14]. Таким образом, исковое производство – это урегулированная нормами гражданского процессуального права деятельность суда по рассмотрению и разрешению споров о субъективном праве или охраняемом законом интересе, возникающих из гражданских (цивильных, частных) правоотношений [2, 9, 32, 33].

Право на иск – это обеспеченная государством и закрепленная законом возможность лица обратиться в суд с просьбой о рассмотрении и разрешении материально-правового спора и защите нарушенного или оспоренного субъективного права либо охраняемого законом интереса. Истец – это лицо, обратившееся в суд, арбитражный или третейский суд за защитой своего нарушенного или оспариваемого права, или охраняемого законом интереса. У суда возникает

обязанность рассмотреть спор и вынести решение по делу. Истец получает возможность использовать все права, предоставленные ему процессуальным законом, а ответчик – возможность реализовать права, предоставленные ему для защиты. Мирное соглашение – распорядительное действие сторон по взаимному урегулированию возникшего спора на взаимоприемлемых условиях и прекращению возбужденного судом дела.

Обращение в судебные инстанции может инициироваться и страховыми организациями: в процессе становления системы контроля качества медицинских услуг, по результатам вневедомственной экспертизы [38].

Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ» от 1991 г. была введена система страховой медицины как формы социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Страховая медицинская организация имеет право контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи [25].

По данным Российского фонда правовых реформ (1999), более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полным представлением о них [28, 38].

В качестве первичного и важнейшего условия правосудия выступает необходимость точного установления судом фактических обстоятельств, имевших место до возбуждения дела в суде. По мнению А. А. Мохова, А. Я. Рьженкова (2005), судебное доказывание складывается из следующих элементов: определение предмета доказывания по делу; определения предмета доказывания по делу; определения круга искомых и необходимых доказательств; получения доказательств (за счет их представления и собирания); исследования и оценки доказательств. Судебными доказательствами являются сведения о фактах, способных подтвердить (опровергнуть) имеющие значение для правильного разрешения дела факты, полученные, исследованные и выраженные в строго установленном процессуальным законом порядке.

Среди доказательств, которыми суд устанавливает фактические

обстоятельства по делу, закон называет заключение эксперта (ч. 1 ст. 55 ГПК). Сведущие лица или лица, обладающие специальными знаниями в области науки, техники или ремесла, привлекаемые судом для проведения исследования фактических обстоятельств, называются судебными экспертами, а соответствующая экспертиза – судебной [18].

Как правило, после обращения пациента в суд назначается проведение судебно-медицинской экспертизы [23]. Судебная экспертиза – это специальное исследование, проводимое сведущим лицом (группой лиц) по назначению суда при наличии соответствующих оснований (специального – необходимость исследования фактических данных путем применения специальных знаний и процессуального – соблюдение процессуальной формы) для получения судебного доказательства по делу в форме заключения эксперта [20, 35].

В настоящее время отмечается резкое увеличение числа комиссионных экспертиз (участие в исследовании одного объекта нескольких сведущих лиц – представителей одного рода экспертиз: соответствующих дисциплин, специальностей) по гражданским делам в связи с исками пациентов и их родственников о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской, в том числе и стоматологической помощи [5, 16, 22, 31, 33].

Однако разрешение конфликтов в судебном порядке при всех достоинствах имеет и свои недостатки. Судебные механизмы несут в себе максимальное напряжение и значительные финансовые затраты сторон участников конфликта.

Процедура судебного разбирательства достаточно сложна и по времени может растянуться на годы. Нет никаких гарантий, что конечный результат будет стоить всех перенесенных неприятностей. А нанесенный ущерб может не оправдать усилий, затраченных на возбуждение иска. Причем, если порядок расчета имущественных потерь достаточно регламентирован, то моральный вред оценивается судом в каждом конкретном случае индивидуально. Практика оценки морального вреда в РФ еще не сформировалась. Публичность и

гласность судебного разбирательства при всех достоинствах (информационная, воспитательная функция) имеют и недостатки. Огласке подлежит информация, являющаяся «чувствительной» для обеих сторон.

Целесообразность разрешения споров до направления или обращения в судебные инстанции не вызывает сомнения. Так как судебная система еще не готова к массовым обращениям граждан.

Досудебная защита прав пациента может осуществляться посредством третейского суда, который создается по соглашению сторон, участвующих в споре. Решение третейского суда является обязательным для сторон, однако не исключает последующего обращения в суд общей юрисдикции. Цель третейского разрешения дел – урегулирование возникших правовых конфликтов и обеспечение добровольного исполнения обязательств [6, 4].

Согласно ст. 11 ГК РФ, защиту нарушенных или оспоренных гражданских прав осуществляет в соответствии с подведомственностью дел, установленной процессуальным законодательством суд, арбитражный суд или третейский суд.

Альтернативным средством для разрешения споров в гражданском обороте является создание третейских судов, действующих за рамками государственного механизма разрешения споров, что позволяет отнести их к специфическому правовому институту. Третейские суды не относятся к судебной системе, они не осуществляют правосудие; данные суды при разрешении споров не используют процессуальную форму, для которой характерно высокая степень регламентации процессуальных действий.

По нашему мнению, создание постоянно действующего специализированного третейского суда по разрешению «врачебных дел» влечет за собой ряд преимуществ:

- во-первых, данный суд является специализированным органом по разрешению «врачебных дел», что повышает результативность его деятельности, уменьшает число возможных ошибок;
- во-вторых, повышается оперативность разрешения дел за счет упрощенной процедуры третейского разбирательства;

- в-третьих, снижаются издержки сторон третейского разбирательства за счет специализации судей и упрощенной процедуры разбирательства;

- в-четвертых, обеспечивается конфиденциальность и создаются условия для сохранения личной, семейной, служебной и коммерческой тайны;

- в-пятых, обеспечивается исполнимость решения третейского суда за счет взятых сторонами обязательств, а также механизма принудительного исполнения решений [19].

Третейский суд является одной из первых форм разрешения спора. Как писал русский цивилист А. Вицин (1856), исторически суд посредников предшествовал суду общественной власти. Гегель предлагал вменить сторонам в обязанности обращаться, до официального суда, к простому (третейскому, мировому) суду и попытаться прийти к соглашению [11, 26].

Принятие Федерального закона № 102-ФЗ «О третейских судах в РФ» от 24.07.02 г. заполнило пробел в законодательном регулировании порядка организации и деятельности третейского суда, рассматривающего споры между гражданами, с одной стороны, и организациями и гражданами-предпринимателями, с другой стороны.

Согласно статье 5 ФЗ «О третейских судах в РФ», передача спора на разрешение третейского суда возможна при: наличии заключенного между сторонами третейского соглашения; третейское соглашение может быть заключено сторонами в отношении всех или определенных споров; третейское соглашение в отношении спора, который находится на разрешении в суде общей юрисдикции или арбитражном суде, может быть заключено до принятия решения по спору компетентным судом.

В настоящее время имеется нормативно-правовая база, позволяющая использовать механизмы альтернативного урегулирования «врачебных дел». Действующее законодательство предусматривает и механизм исполнения решения третейского суда, чего лишены решения комиссий, создаваемых при профессиональных ассоциациях. Это

направление требует усилий заинтересованных лиц и органов, так как представляется весьма перспективным.

В РФ до самого последнего времени не было постоянно действующих третейских судов. Позитивным началом альтернативного механизма урегулирования конфликтов в медицинской деятельности органами негосударственной юрисдикции является практика создания постоянно действующих специализированных третейских судов в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Хабаровске, Медицинского третейского суда, созданного при Дальневосточном государственном медицинском университете.

« Литература »

1. Акопов В. И. Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М.: Книтулсервис, 2002. – 352 с.
2. Александрова О. Ю. Правовые основы охраны здоровья граждан / О. Ю. Александров // *Здравоохранение*. – 2004. – № 8. – С. 155–163.
3. Анисимов А. Л. Честь, достоинство, деловая репутация: гражданско-правовая защита / А. Л. Анисимов. – М.: Юрист, 1994. – 80 с.
4. Бакхауз Н. А. Оспаривание решений третейского суда в действующем российском законодательстве / Н. А. Бакхауз // *Арбитражный и гражданский процесс*. – 2003. – № 10. – С. 19–22.
5. Вермель И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях (по делам о противоправности действий медицинских работников) / И. Г. Вермель. – М.: Медицина, 1974. – 64 с.
6. Виноградова Е. А. Третейский суд в России. Законодательство, практика, комментарии / Е. А. Виноградова. – М.: Изд-во БЕК, 1993. – 288 с.
7. Власов В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В. В. Власов. – М.: Триумф, 2000. – 447 с.
8. Герасименко Н. Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан / Н. Ф. Герасименко. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001. – 351 с.
9. Григорьев И. Ю. Защита прав граждан и экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС / И. Ю. Григорьев // *Медицинское право*. – 2003. – № 2. – С. 10–14.
10. Гурочкин Ю. Д. Судебная медицина: Курс лекций / Ю. Д. Гурочкин, В. И. Витер. – М.: Право и закон, 2003. – 320 с.

11. Давыденко Д. Л. Мировое соглашение и примирительные процедуры в арбитражном, гражданском и третейском процессе / Д. Л. Давыденко // Арбитражный и гражданский процесс. – 2003. – № 10. – С. 29–32.
12. Данилов Е. О. Правовые основы стоматологической практики. – СПб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2002. – 176 с.
13. Демин А. К. Закон спешит на помощь здоровью / А. К. Демин, И. А. Демина // Рекомендации для граждан и некоммерческих организаций по защите прав и интересов населения в области здоровья: Доклад по политике в области здоровья № 5 / Под ред. А. К. Демина. – М., 1997. – С. 5–22.
14. Еникеев М. И. Основы общей и юридической психологии: Учебник для вузов / М. И. Еникеев. – М.: Юрист, 1996. – 631 с.
15. Квернадзе Р. А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения / Р. А. Квернадзе // Государство и право. – 2001. – № 8. – С. 99–104.
16. Козьминных Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» / Е. Козьминных // Российская юстиция. – 2003. – № 3. – С. 31–32.
17. Конституция Российской Федерации. – М., 1993.
18. Мохов А. А. Теория и практика использования медицинских знаний в гражданском судопроизводстве России. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003. – 465 с.
19. Мохов А. А. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект): монография / А. А. Мохов, И. Н. Мохова. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – 156 с.
20. Мохов А. А. Доказательства и доказывание в гражданском судопроизводстве России: учебно-практическое пособие / А. А. Мохов, А. Я. Рыженков. – Волгоград: Изд-во «Альянс», 2005. – 80 с.
21. Пиддэ А. Л. Защита врача: правовые основы и проблемы реализации / А. Л. Пиддэ // Южно-Российский мед. журнал. – 2002. – № 1. – С. 4–10.
22. Плаксин В. О. Некоторые вопросы организации судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / В. О. Плаксин, Б. Л. Гуртовой, В. Б. Обойнаков // Судебно-медицинская экспертиза. – 1994. – № 1. – С. 3–6.
23. Поплавский А. Э. Судебно-медицинская экспертиза как предмет социального конфликта: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А. Э. Поплавский. – Волгоград, 2004. – 24 с.
24. Поляков И. В. О соотношении публично-правовых и частноправовых начал в медицинском праве / И. В. Поляков, А. В. Максимов // Бюл. НИИ соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – М., 2001. – Вып. 4. – С. 75–80.

25. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Рук-во. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.
26. Ручкина Г. Ф. Защита прав субъектов предпринимательской деятельности в рамках несудебной гражданской юрисдикции / Г. Ф. Ручкина, О. Ю. Ручкин // Арбитражный и гражданский процесс. – 2003. – № 3. – С. 30–36.
27. Седова Н. Н. Ваш бизнес – стоматология (нормативная регуляция в стоматологии) / Н. Н. Седова, С. В. Дмитриенко. – М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 114 с.
28. Сергеев Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М.; Иваново, 2001. – 284 с.
29. Степанов Е. М. Профессиональные и юридические вопросы врачебных ошибок / Е. М. Степанов // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 2. – С. 38–39.
30. Степанов Е. М. Что такое врачебная ошибка? / Е. М. Степанов // Главврач. – 2004. – № 11. – С. 68–71.
31. Стеценко С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: Проблемы юридической классификации / С. Г. Стеценко // Российский следователь. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
32. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие / А. В. Тихомиров. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
33. Тихомиров А. В. Здравоохранение: правовые аспекты / А. В. Тихомиров // Главврач. – 2002. – № 6. – С. 38–40.
34. Тлеперицев Р. А. Правовое обеспечение охраны здоровья населения / Р. А. Тлеперицев. – М.: Контур, 1998. – 427 с.
35. Треушников М. К. Судебные доказательства: монография / М. К. Треушников. – М.: Юридическое бюро «ГОРОДЕЦ», 1997. – 320 с.
36. Файнштейн А. Б. Социальные субъекты защиты прав пациента: дисс. ... канд. социол. наук / А. Б. Файнштейн; ВолГМУ. – Волгоград, 2004. – 142 с.
37. Фетюхин М. И. Социальное право: Курс лекций / М. И. Фетюхин. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 1998. – 252 с.
38. Шамшурин В. И. Врач и пациент: социально-правовые взаимоотношения. Нормативные документы. Вопросы и ответы / В. И. Шамшурин, В. Э. Танковский. – М.: Междунар. центр финансово-экономич. развития, 1999. – 288 с.
39. Эрделевский А. М. Компенсация морального вреда в России и за рубежом. – М.: Изд. группа ФОРУМ – ИНФРА-М, 1997. – 240 с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило сформулировать следующие основные положения и выводы:

1. В условиях внедрения медицинского страхования и совершенствования законодательной базы здравоохранения произошло резкое возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы с гражданскими исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебно-диагностической помощи, и компенсации морального вреда. Данная тенденция наиболее характерна именно для профессиональной деятельности врачей-стоматологов;

2. Познание общественных отношений, складывающихся в сфере здравоохранения, в силу особой сложности и многообразия невозможно силами одной юриспруденции или медицины, или социологии, здесь требуется междисциплинарный подход.

3. Лечебная деятельность включает различные по степени опасности (риска) для человека (населения) методы диагностики, профилактики и лечения болезней; среди них значительное место занимают источники повышенной опасности (лекарственные средства, источники ионизирующего излучения, электрической энергии и проч.); причинение вреда источником повышенной опасности в процессе врачевания влечет наступление гражданско-правовой ответственности услугодателя вне зависимости от организационно-правовой формы, по ст. 454 ГК, т. е. независимо от наличия их вины.

4. В связи с возможностью причинения вреда здоровью или жизни пациента при надлежащем исполнении своих обязанностей медицинским корпусом в силу рискованного характера медицинской деятельности, сложностью или невозможностью предвидения отдельных неблагоприятных исходов в медицинской практике из-за низкого уровня науки и техники, а также сложностью человека как объекта исследования, вариабельностью и изменчивостью физиологических параметров человеческого организма как открытой саморегулирующейся биосоциальной системы; – в связи с этим доказывается необходимость

применения правовых способов минимизации рисков в медицинской практике. При этом главная роль в современных условиях возмещения ущерба принадлежит методу страхования; с целью защиты имущественных интересов исполнителей медицинских услуг необходимо скорейшее внедрение механизма страхования профессиональной ответственности.

5. Правильно используя этот механизм разрешения конфликтов этическими комитетами, можно успешно организовать стоматологическую практику с наибольшей выгодой (т. е. снизить уровень конфликтности) как для пациентов, так и для персонала медицинской организации. Все острее стоит необходимость создания и развития сети этических комитетов как «третьей силы» в разрешении конфликтов на уровне внесудебных разбирательств, т. е. на досудебном уровне.

6. В Российской Федерации могут создаваться как постоянно действующие третейские суды, так и суды для разрешения конкретного спора. Предпочтение имеют постоянно действующие третейские суды со своим уставом, положением, регламентом, составом, а также историей разрешения тех или иных дел. Постоянно действующие третейские суды формируются в качестве стабильных органов по разрешению конкретных категорий споров в порядке, устанавливаемом их внутренними документами.

Авторы надеются, что читатель, будь то ученый или практический врач, найдет в этой книге для себя что-то новое, заставляющее размышлять, дискутировать и делать новые выводы.