

*Е. В. Фомичёв  
О. Ю. Афанасьева  
А. В. Малюков*

**СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ  
РОССИЙСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

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

**СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ  
АСПЕКТЫ  
РОССИЙСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

*Монография*



Волгоград  
Издательство  
ВолГМУ  
2011

УДК 614.253:616.31  
ББК 67+56.6  
Ф 76

**Рецензенты:**

заслуженный врач РФ, зав. кафедрой хирургической стоматологии  
и челюстно-лицевой хирургии Саратовского государственного  
медицинского университета им. В. И. Разумовского,  
д-р мед. наук, профессор *А. В. Лепилин*;  
доцент кафедры финансового и налогового права ВГНА Минфина  
России, к. ю. н. *М. А. Моисеенко*

Печатается по решению ЦМС ВолгГМУ

**Фомичев, Е. В.**

Ф 76 Социально-правовые аспекты российской стоматологии / Е. В. Фомичев, О. Ю. Афанасьева, А. В. Малоков. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – 92 с.

**ISBN 978-5-9652-0152-5**

Монография посвящена социально-правовым аспектам российской стоматологии. В монографии рассматриваются социальные характеристики профессии стоматолог, исследуются особенности конфликтов в стоматологии, изучаются факторы, влияющие на качество стоматологической помощи. Рассматривается страхование профессиональной ответственности как форма правовой и социальной защиты медицинских работников, анализируются проблемы и перспективы.

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

УДК 614.253:616.31  
ББК 67+56.6

© Волгоградский государственный  
медицинский университет, 2011  
© Издательство ВолгГМУ, 2011

ISBN 978-5-9652-0152-5

## ВВЕДЕНИЕ

Качество медицинской помощи является важной социальной проблемой в современном российском обществе. Актуальность ее обусловлена снижением уровня медицинского образования, снижением престижа врачебной профессии, деформированием нравственных ориентиров личности, изменением менталитета и рядом других причин. В настоящее время решение этой проблемы начато с реформирования медицинского образования и реформы экономики и организации здравоохранения.

Можно спорить о правомерности и эффективности мероприятий, предполагаемых этими реформами, но нельзя не обратить внимание на то, что они практически не затрагивают сферу межличностных отношений внутри самой медицины, в то время, как именно здесь зарождаются конфликты и противоречия, приобретающие со временем характер социальных проблем. Внутренние противоречия медицинской деятельности влияют на качество оказания медицинской помощи, причем это влияние бывает столь значительным, что требуются социальные меры для решения проблем, выходящие далеко за рамки медицины. Характерным примером в этом отношении является ситуация, сложившаяся в отечественной стоматологии.

Стоматологическая деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью. Выполняя свои профессиональные обязанности, стоматологи действуют в состоянии риска, применяя высокие технологии, современные лекарственные средства и т. д.

Увеличение количества этических и юридических конфликтов связано с переходом стоматологии к рыночным отношениям; 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, как пациентам, так и врачам.

В медицине конфликты практически всегда переходят из сферы деловых отношений в сферу личностную. Пусковым моментом в развитии конфликта нередко служит отсутствие должного контакта с больным, чем глубже недоверие (имеющее разные основания) к врачу, тем чаще проявляются действия в виде сутяжничества или агрессии по отношению к медицинским работникам.

В этой ситуации механизмом профессиональной защиты врача выступает страхование профессиональных рисков (ответственности), так как этим обеспечивается защита медицинской деятельности от непредвиденных обстоятельств практической деятельности всегда тающей в себе реальные опасности. Ведущую роль в реализации этого права, должны сыграть профессиональные стоматологические сообщества, иницируя работу по принятию нормативных документов о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.

## 1. РОЛЬ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ (СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ)

Социально-экономические изменения, произошедшие в Российской Федерации в два последних десятилетия, неминуемо затронули здравоохранение как одну из основных сфер жизнедеятельности российского общества. Чем более нестабильно общество и его социальные структуры, тем сильнее это отражается на индивидуальном и общественном здоровье нации [20]. Рыночные отношения продиктовывают необходимость радикальных перемен и в организации здравоохранения [2, 4, 13].

Постепенно в сознании пациентов возникли новые образы стоматологических услуг, этические и эстетические аспекты стоматологической практики, которая соответствует всем тенденциям современного общества [5, 28, 29, 31].

Эффективность функционирования стоматологической службы в настоящее время характеризуется следующими критериями: современность; полнота объема; обоснованность; адекватность объема лечебной помощи; консультативная работа; правильность и своевременность постановки диагноза; исход пролеченных заболеваний. Конечные результаты стоматологической помощи могут оцениваться по следующим показателям эффективности: доступность всех видов стоматологической помощи; рост числа первичных больных и снижение повторных посещений в общей структуре посещений; возврат на санацию в течение года; снижение случаев осложнений кариеса в структуре причин обращения за стоматологической помощью; снижение количества удаленных зубов; объем планово-профилактических мероприятий в структуре стоматологической помощи [7].

Современная медицинская практика – это сложно дифференцированная система, в которой медики и пациенты могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия. Каждая из этих форм отражает, во-первых, определенные традиции врачевания, существующие в данном обществе, и во-вторых – специ-

фику состояния, в котором находится пациент, а также и его личные характеристики, пол, возраст, менталитет и т. д.

Как известно, одной из центральных проблем социологии медицины является изучение взаимоотношения между врачами, медицинскими работниками, пациентами и их родственниками, изучение личностных качеств участников этого взаимодействия. Каждая роль предполагает взаимодействие с другими ролями: так, «роль врача» невозможно представить без «роли больного» [8, 27].

Специфика медицинской среды, конфликт в которой всегда чреват негативными последствиями для здоровья пациента, заставляет конкретизировать известные положения конфликтологии и разрабатывать адекватную социологическую базу для их применения в анализе системы здравоохранения [3]. Волчанским М. Е. выдвигается две гипотезы причин конфликтности медицинской среды.

*Гипотеза 1 (социально-психологическая):* уровень конфликтности зависит от внутренней дивергенции социогрупповых черт специалистов сферы здравоохранения или от личностных черт медицинских работников; самооценки, уровня притязаний, уровня тревожности, агрессивности, тенденции к соперничеству, невротической переработки переживаний, склонности остро реагировать на незначимые для других события, ригидности, обостренное чувство собственного достоинства и угрозы его ущерба. Все это приводит к социальной дезадаптации медицинских работников.

*Гипотеза 2 (социологическая):* слабая эффективность командной (коллегиальной) взаимосвязи, взаимоподдержки, толерантности врачей и медперсонала медицинских учреждений не способствует успешному исполнению профессионально-должностных обязанностей, и даже дестабилизирует профессионально-институциональные функции медицинских учреждений. Истоки высокого уровня конфликтности лежат в несовпадающих образах исполнения профессиональных обязанностей, а также в социально-экономических факторах, влияющих на профессиональную деятельность врачей и медперсонала, дисфункционалирующих весь социальный институт здравоохранения. Комплементарность обеих гипотез очевидна.

Медицинские работники – это одна из социальных групп населения, испытывающих на себе все реальные проблемы современной

общественной жизни, они находятся в кругу, как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, в известной мере испытывая двойную социально-психологическую нагрузку.

Как известно, наличие высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала является одним из главных слагаемых успешной и качественной работы любого медицинского учреждения [1, 12, 23].

Под профессионализмом чаще всего понимают совокупность личностных характеристик человека, необходимых для успешного выполнения труда. При этом важнейшей его стороной является не только операционная сфера, т. е. «техническое» наполнение профессии, но и мотивация профессиональной деятельности. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из основных понятий, которое используется для объяснения движущих сил в поведении и деятельности [24].

В. К. Леонтьевым, Р. П. Макаровой, Л. И. Кузнецовой, Ю. С. Блохиной (2001) подчеркивается важность социальной значимости роли, которую занимает сегодня стоматология, без которой бы серьезно снизилось бы качество жизни общества и каждого человека.

Целью стоматологической практики является удовлетворение потребностей людей в получении стоматологической помощи надлежащего качества [25, 32, 34, 35]. Углубление социально-экономического кризиса в нашей стране привело к ухудшению общего и стоматологического здоровья населения [15].

Объектом стоматологической помощи при этом являются проблемы стоматологического здоровья человека.

К субъектам стоматологической помощи относятся отдельные самостоятельные в правовом отношении лица: стоматологический пациент, стоматологический практик (врач), стоматологическая организация. В соответствии с современными представлениями пациент – лицо, обратившееся за стоматологической помощью, получающее эту помощь и связанные с ней услуги независимо от наличия или отсутствия у него заболевания.

Сам термин «пациент», будучи медицинским по происхождению, имеет самостоятельное юридическое значение. Любой человек, становясь пациентом, приобретает ряд специальных прав и в от-

дельных случаях – обязанностей. В связи с этим необходимо четко представлять суть правового статуса пациента и особенности реализации его прав в различных ситуациях получения стоматологической помощи.

При получении стоматологической помощи пациент обращается к конкретным специалистам, выполняющим в отношении него различные вмешательства профилактической, диагностической или лечебной направленности. Ведущей фигурой в данном процессе является врач, непосредственно осуществляющий совокупность необходимых в том или ином случае профессиональных действий. Именно врач оказывает стоматологическую помощь и поэтому он является субъектом оказания помощи. Специфические потребности врачей и пациентов обеспечивает специализированная организация – клиника, которая является субъектом предоставления помощи.

В настоящее время в России активно создаются новые многопрофильные стоматологические лечебно-профилактические учреждения коммерческого, хозрасчетного, арендного типа с внебюджетными источниками финансирования, ставящие своей целью оказание стоматологической помощи на платной основе [1].

Обслуживание пациентов в государственных и частных стоматологических поликлиниках имеют свои особенности [1, 5]. Как показывает практика, денежный расчет часто является причиной возникновения конфликтных ситуаций на последней стадии лечения пациентов у врачей-стоматологов. Это является своего рода индикатором неблагоприятных взаимоотношений врача и пациента. В данном случае очевидными становятся недоработки административного корпуса стоматологических организаций.

По исследованиям Е. Г. Поповой, М. Е. Волчанского (2004), определяются некоторые существенные различия между государственной и частной стоматологической помощью:

1. **Отношение администратора к пациенту.** Отношение к пациенту начинается с того момента, как только пациент приходит в поликлинику. От того, насколько доброжелательно администратор встречает пациента, во многом зависит отношение последнего ко всему лечению, поэтому в частной стоматологической поли-

клинике данной проблеме уделяется особое внимание. В государственных поликлиниках часто взаимоотношения между администратором и пациентом уделяется недостаточное внимание, в результате на данном этапе могут возникать конфликтные ситуации.

Необходимо отметить, что подбор регистраторов и контроль их работы входит в функциональные обязанности административного корпуса стоматологических организаций.

2. **Отношения врача и среднего медицинского персонала к пациенту.** Из-за недостатка времени в условиях амбулаторного приема в государственной стоматологической поликлинике врачу-стоматологу часто не хватает времени для установления необходимого контакта с пациентом с целью улучшения качества лечения.

Однако не стоит забывать и о личностных особенностях самих пациентов и в некоторых ситуациях сами пациенты не стремятся к созданию оптимального психологического взаимодействия с врачами.

3. **Оплата услуг,** оказываемых поликлиникой пациентам, обращаясь за медицинской помощью. Как было сказано выше, здесь также имеются большие различия. Зачастую именно разница в стоимости проводимого лечения является основополагающим фактором в выборе той или иной стоматологической фирмы (государственной или частной).

Пациенты должны хорошо понимать то, что в частных стоматологических учреждениях ими оплачивается не только оказанная им стоматологическая помощь (услуга), но и сервис, предоставляемый этими клиниками.

4. **Материально-техническое обеспечение** стоматологических поликлиник.

Частные стоматологические поликлиники оснащены лучше и современнее, чем государственные. Они могут себе позволить самое современное, нередко дорогостоящее оборудование и материалы, выпускаемые на мировом рынке. Это дает возможность врачам, работающим в частных поликлиниках, более качественно проводить лечение и оказывать услуги, недоступные для государственных стоматологических учреждений. Материально-техническая база государственных учреждений финансируется недостаточно, поэто-

му медицинский персонал не всегда в полном объеме может оказать стоматологическую помощь пациентам, что влечет за собой также возникновение конфликтных ситуаций.

Негативным является тот факт, что в последние годы нарастает тенденция назначения, применения и навязывание дорогостоящих технологий, методик, лекарственных средств.

Таким образом можно сказать, что появление нескольких форм собственности в системе оказания стоматологической помощи еще более обострило проблему взаимоотношений в диаде «врач–пациент». Причины заключаются в изменении правового поля, росте правового сознания населения, возрастании уровня дорогостоящих услуг за счет внедрения новейших технологий и материалов [26].

Сегодня пациент стал равноправным субъектом взаимоотношений при оказании стоматологической помощи и стремится получить высококачественную стоматологическую помощь, отвечающую современным мировым стандартам, касающихся не только технологических новшеств и материалов, но и технологий социальных взаимодействий с медицинским персоналом [6, 20, 26].

Проблему маркетинга потребностей в стоматологическом обслуживании уместно поставить в ранг важнейших социальных проблем, хотя бы потому, что стоматология – один из значительных секторов здравоохранения, как по количеству потребляемых в нем ресурсов, так и по численности занятых в нем работников. Алгоритм формирования социальной активности личности для удовлетворения потребности в стоматологических услугах представлен в соответствующей схеме (см. рисунок) [11].

Как видно на схеме, одним из этапов достижения результатов по удовлетворению потребностей в стоматологических услугах является формирование интереса (осознание потребности). Отсюда следует, что потребность в стоматологических услугах бывает осознанная, частично осознанная и неосознанная. Осознанная или частично осознанная потребность может быть связана с болевыми ощущениями, дискомфортом или уровнем персональной медицинской культуры. Неосознанная потребность (необходимость) возникает тогда, когда имеется стоматологическое заболевание, но пациент не обращается за медицинской помощью по причине недоста-

точных знаний о признаках заболевания, его осложнений, отсутствия желания или низкого уровня культуры [11].



Рис. Этапы формирования активности личности для удовлетворения потребности в стоматологических услугах

Это особенно важно при посещении пациентом врача-стоматолога, так как от состояния зубов и полости рта, от эстетичности лица, дикции и улыбки во многом зависит уровень качества жизни человека. Понятие «качество жизни» всегда носило и будет носить релятивный характер – в зависимости от того, какие возможности для этого предоставляют человеку внешние условия – социальная, природная и технологическая среда [16, 17, 18, 23].

В. И. Петров и Н. Н. Седова (2001) предпринимают попытку дать собственную дефиницию понятия «качества жизни», которая интегрировала бы первично-социологический и вторично-медицин-

ский подходы: качество жизни есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу.

В таком определении учитываются все три структурных уровня личности – биологический (физиологический), психический и социальный. Отношение к здоровью задается социальными потребностями личности. Социальный статус человека определяется как его физическими возможностями, так и особенностями его субъективного мира.

В. И. Сабанов, Т. П. Романова (2002) рассматривают образ жизни с позиций системного подхода, т. е. изучают взаимовлияние, взаимодействие, взаимосвязи между различными элементами, без которых невозможно правильно понять и оценить любую сторону, любой аспект образа жизни.

По их мнению, образ жизни включает 4 категории:

- во-первых, экономическую – «уровень жизни» (уровень благосостояния, размеры национального дохода и фонда потребления, обеспеченность жильем);
- во-вторых, социальную – «качество жизни» (качество жилищных условий, питания, удовлетворенность работой, общением...);
- в-третьих, социально-психологическую – «стиль жизни» (индивидуальные особенности поведения, образ мыслей, стиль мышления...);
- в-четвертых, социально-экономическую – «уклад жизни» (порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей).

Совокупность этих категорий определяет условия жизни [22]. Здоровый образ жизни – одна из составляющих жизненного стиля, определяющий манеру проведения профилактических мероприятий, способствующих сохранению здоровья. В цивилизованных странах здоровый образ жизни и профилактика заболеваний – основные меры сохранения здоровья и долголетия. Отрадно, что сегодня становится «модным» быть здоровым и работоспособным до глубокой старости [33].

Таким образом, существует инвариант требований к профессиональной роли стоматолога, который существенен для всех подгрупп

врачей (терапевтов, хирургов, ортопедов, детских стоматологов, стоматологов-гигиенистов, ортодонтотв). Это качественное стоматологическое обслуживание и выполнение этико-деонтологических требований [21]. Однако специфика оказываемых услуг в различных областях стоматологии представляет данное содержание профессиональной роли в различных модификациях, причем некоторые из них могут рассматриваться уже как характеристики не профессиональной, а социальной роли. Поэтому необходимо рекомендовать стоматологам развивать свои способности к субъектным отношениям, как на социальном, так и на профессиональном уровнях.

Социальные функции института здравоохранения и, в частности, социальной практики стоматологии, проявляются через социальные отношения, поскольку человек, обладающий социальным статусом пациента, стал играть все более активную субъектную роль в социальных взаимодействиях и отношениях в сфере медицины.

Таким образом, анализируя социальные характеристики профессии врача-стоматолога, мы пришли к выводу, что технология социальных взаимодействий пациента и стоматолога в настоящее время стремится отвечать современным мировым стандартам, не ограничиваясь лишь технологической составляющей. Профессиональная деятельность стоматологов неразрывно связана с понятием «качество жизни», включающего в себя адекватность психосоматического состояния пациента его социальному статусу.

Взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу любой специальности приходится постоянно сталкиваться в своей профессиональной деятельности [9, 10]. Врач и пациент являются равноправными участниками лечебного процесса. От профессионального уровня врача, информированности пациента, степени доверия и согласия между ними и осознанно принятых пациентом решений зависит успех лечения и, в конечном счете, жизнь и здоровье пациента.

Медицина и медицинские работники буквально «пронизывают» нашу повседневную жизнь, неся с собой гражданам заботу, облегчение страданий и радость выздоровления. Однако наряду с достижениями медицинской науки и практики еще нередки случаи, когда



лечение не приводит к желаемому результату. В этих условиях желаемый результат не достижим, права и охраняемые законом интересы граждан нарушены, а значительные финансовые средства потрачены. Медицина и медицинские работники не всемогущи, но нельзя закрывать глаза и на тот факт, что неблагоприятные исходы в медицинской практике могут быть обусловлены не только объективными, но и субъективными факторами, в том числе – неправильными действиями медицинского корпуса, так или иначе повлиявшими на самотек патологического процесса.

Мы можем представить следующие практические рекомендации для ЛПУ:

1. Важной теоретической основой для изучения, анализа конкретных случаев, разрешения и предупреждения конфликтных ситуаций в отношении врача и пациента являются достижения медицинской психологии и конфликтологии. Поэтому привлечение специалистов в указанных областях для профилактики таких случаев в крупных ЛПУ может быть вполне оправданным и иметь ощутимый экономический и психологический эффект.

2. Наиболее частыми поводами к заявлению претензий к ЛПУ служат:

- высказывания медицинского персонала по заочной оценке медицинской помощи у конкретного больного, совершенные по самонадеянности, легкомыслию или умышленно, и вводящие больного или родственников в заблуждение;
- возникновение принципиальных дефектов оказания медицинской помощи в сочетании с материальным поощрением от больного, произведенным официально или неофициально;
- непредусмотрительно оптимистический прогноз, высказанный больному, в отношении результатов диагностики, медицинского вмешательства или лечения в целом.

3. Процесс обмена информацией с больными и передачи информации родственникам больного должен получить в ЛПУ конкретное правовое обоснование в рамках ст. 30, 31, 48, 61 «Основ», зафиксированных в должностных инструкциях, с обозначением ответственности.

4. Организационные меры по эффективному разрешению противоречий между врачом и пациентом:

- оценивать претензии и разрешать конфликты должно третье лицо (посредник), независимое от врача;
- посредник должен иметь подготовку по медицинской психологии, представлять организацию работы в данном ЛПУ и иметь опыт разрешения конфликтов;
- возможность разрешения трудной ситуации должна быть максимально приближена к ее началу, поэтому целесообразно присутствие посредника в самом ЛПУ: чем короче противодействие – меньше претензий – меньше ущерб – легче возникновение компромисса;
- оппоненты (врач и больной) должны быть связаны единством общей цели – борьбой с болезнью, которую посредник постоянно подчеркивает;
- посредник должен иметь достаточно времени для выяснения позиций сторон.

5. Организационные меры по оформлению медицинской документации (имеют особое значение для частной системы здравоохранения ввиду более высокой требовательности пациента):

- тщательное ведение технологической медицинской документации, в том числе с акцентами на особенности диагностики, лечения и особенности отношения с больным;
- наличие зафиксированного информированного добровольного согласия или отказа от вмешательства в медицинских документах;
- тщательная разработка и оформление договора на оказание платных услуг, содержащего необходимые разделы (предмет, сроки, условия оплаты, ответственность, особые условия) и информацию о типичных и вероятных неблагоприятных исходах данного вида медицинской помощи.

6. Организационно-методические мероприятия по совершенствованию медицинских экспертиз в случаях неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи:

- важно, что до вынесения решения суда все термины, обозначающие исход любого вмешательства, не должны иметь

даже оттенка юридической оценки, а медицинские определения – не использовать юридическую терминологию, касающуюся вины, умысла, неосторожности, случая, воли;

- необходимо повышать правовую осведомленность экспертов и юридической оценки качества медицинской помощи при ее неблагоприятных исходах, а также о границах компетенции структур, которые эту оценку осуществляют;
- для сохранения границ компетенции юридической и медицинской оценки, нецелесообразно использование в медицине терминов и понятий, характерных для юридической оценки: врачебная ошибка, несчастный случай, добросовестное заблуждение, действие и бездействие, преднамеренный, непреднамеренный, неумышленный, небрежно, легкомысленный, неосознанный, общественно опасный (неопасный);
- вполне адекватной заменой многочисленным понятиям могут служить определения: «ятрогенная», «неблагоприятный исход», «дефект», не имеющие признаков юридической оценки. Для детального описания ненадлежащего характера медицинской помощи целесообразно использовать конкретные медицинские категории:
  - оценки уровня оказания медицинской помощи (неправильная, несвоевременная, недостаточная для всех ятрогенных сфер – диагностической, тактической, лечебной, информационно-диагностической, организационной).

Кардинальные изменения нормативной, организационной, технологической, экономической базы здравоохранения за последние 15 лет обусловили особую актуальность проблемы неблагоприятных исходов медицинской помощи, их судебно-медицинской экспертизы, ответственности медицинского персонала.

Изменение нормативно-организационной базы здравоохранения с преобладанием медико-правовых тенденций в системе врач – больной означает постепенную, но неукоснительную трансформацию патерналистской модели врачевания. В процессе оценки качества медицинской помощи это отражается принципиально важными изменениями: сближением по целям методики судебно-медицин-

ского и клинического экспертного исследования, что требует разграничения их компетенции.

И, наконец, еще один важный вывод из проведенных исследований. 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, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Принятие федерального закона с установлением юридического статуса врача позволит повысить качество оказания медицинской помощи, снимет вопросы укомплектованности кадрового состава, позволит отрегулировать механизм взаимоотношения «врач-больной» и т.д. В установлении статуса врача лежит реальная возможность получения качественной медицинской помощи гражданам РФ, чьи права и свободы являются высшей ценностью в государстве.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абасов З. Медико-организационная характеристика врачебного состава стоматологических учреждений разных форм собственности / З. Абасов, В. Гринин // *Стоматолог.* – 2005. – № 4. – С. 8–12.
2. Бондаренко Н. Н. Кому нужно страхование профессиональной ответственности в медицине? // *Стоматолог.* – 2006. – № 7. – С. 4–6.
3. Волчанский М. Е. Актуальные вопросы медицинской конфликтологии // *Социология медицины.* – 2005. – № 2 (7). – С. 29–33.
4. Вялков А. И. Основы региональной политики в здравоохранении // *М: ГЕОТАР-Мед.* 2001. – 336 с.
5. Галеса С. А. Особенности мотиваций потребителей на рынке стоматологических услуг в Хабаровском крае / С. А. Галеса, В. В. Садовский, В. Г. Дьяченко, Г. И. Оскольский // *Экономика и менеджмент в стоматологии.* 2004. – № 1 (12). – С. 52–55.
6. Гросицкая И. К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. – 21 с.
7. Древина Г. Р. Применение системного подхода в оценке деятельности стоматологических учреждений / Г. Р. Древина, Р. В. Ушаков, В. М. Гринин // *Стоматолог.* – 2005. – № 9. – С. 6–7.

даже оттенка юридической оценки, а медицинские определения – не использовать юридическую терминологию, касающуюся вины, умысла, неосторожности, случая, воли;

- необходимо повышать правовую осведомленность врачей о терминологии, понятиях, сущности и последствиях экспертной и юридической оценки качества медицинской помощи при ее неблагоприятных исходах, а также о границах компетенции структур, которые эту оценку осуществляют;
- для сохранения границ компетенции юридической и медицинской оценки, нецелесообразно использование в медицине терминов и понятий, характерных для юридической оценки: врачебная ошибка, несчастный случай, добросовестное заблуждение, действие и бездействие, преднамеренный, непреднамеренный, неумышленный, небрежно, легкомысленный, неосознанный, общественно опасный (неопасный);
- вполне адекватной заменой многочисленным понятиям могут служить определения: «ятрогения», «неблагоприятный исход», «дефект», не имеющие признаков юридической оценки. Для детального описания ненадлежащего характера медицинской помощи целесообразно использовать конкретные медицинские категории:

– оценки уровня оказания медицинской помощи (неправильная, несвоевременная, недостаточная для всех ятрогенных сфер – диагностической, тактической, лечебной, информационно-диагностической, организационной).

Кардинальные изменения нормативной, организационной, технологической, экономической базы здравоохранения за последние 15 лет обусловили особую актуальность проблемы неблагоприятных исходов медицинской помощи, их судебно-медицинской экспертизы, ответственности медицинского персонала.

Изменение нормативно-организационной базы здравоохранения с преобладанием медико-правовых тенденций в системе врач – больной означает постепенную, но неукоснительную трансформацию патерналистской модели врачевания. В процессе оценки качества медицинской помощи это отражается принципиально важными изменениями: сближением по целям методики судебно-медицин-

ского и клинического экспертного исследования, что требует разграничения их компетенции.

И, наконец, еще один важный вывод из проведенных исследований. 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, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Принятие федерального закона с установлением юридического статуса врача позволит повысить качество оказания медицинской помощи, снимет вопросы укомплектованности кадрового состава, позволит отрегулировать механизм взаимоотношения «врач-больной» и т. д. В установлении статуса врача лежит реальная возможность получения качественной медицинской помощи гражданам РФ, чьи права и свободы являются высшей ценностью в государстве.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев З. Медико-организационная характеристика врачебного состава стоматологических учреждений разных форм собственности / З. Абаев, В. Гринин // *Стоматолог.* – 2005. – № 4. – С. 8–12.
2. Бондаренко Н. Н. Кому нужно страхование профессиональной ответственности в медицине? // *Стоматолог.* – 2006. – № 7. – С. 4–6.
3. Волчанский М. Е. Актуальные вопросы медицинской конфликтологии // *Социология медицины.* – 2005. – № 2 (7). – С. 29–33.
4. Вялков А. И. Основы региональной политики в здравоохранении // М.: ГЕОТАР – Мед, 2001. – 336 с.
5. Галеса С. А. Особенности мотиваций потребителей на рынке стоматологических услуг в Хабаровском крае / С. А. Галеса, В. В. Садовский, В. Г. Дьяченко, Г. И. Оскольский // *Экономика и менеджмент в стоматологии.* – 2004. – № 1 (12). – С. 52–55.
6. Гросицкая И. К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 21 с.
7. Древина Г. Р. Применение системного подхода в оценке деятельности стоматологических учреждений / Г. Р. Древина, Р. В. Ушаков, В. М. Гринин // *Стоматолог.* – 2005. – № 9. – С. 6–7.

8. Ерофеев С. В. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики // Медицинское право. – 2006. – № 3. – С. 42–48.
9. Йоффе Е. Планирование лечения: клиническая и практическая целесообразность, этика и юридическая ответственность // Новое в стоматологии. 2000. № 2. – С. 27–31.
10. Зильбер А. П. Деонтология, этика, этикет и закон: совпадения и противоречия // Медицинское право. – 2005. – № 2. – С. 6–8.
11. Кшудя Н. С. Где формируется спрос на стоматологические услуги? // Стоматолог. – 2006. – № 3. – С. 10–14.
12. Кречетов С. А. Медико-социологические аспекты профессиональных качеств врача-стоматолога: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2000. – 19 с.
13. Лебедев А. А. Особенности правового статуса государственных и негосударственных субъектов здравоохранения на современном этапе реформирования национальной системы здравоохранения / А. А. Лебедев, А. В. Матвеев, А. В. Зарубина, М. В. Гончарова // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 5–6. – С. 59–63.
14. Леонтьев В. К. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, Р. П. Макарова, Л. И. Кузнецова, Ю. С. Блохина // Стоматология. – 2001. – № 6. – С. 63–67.
15. Мазнищина Л. С. Гигиенические, экологические и социальные аспекты формирования стоматологического здоровья 15–17-летних школьников, жителей районов Волгограда: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2002. – 23 с.
16. Новик А. А. Оценка качества жизни в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. И. Ионова // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
17. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград: Издатель, 2001. – 95 с.
18. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М.: Триумф, 2002. – 192 с.
19. Попова Е. Г. Конфликты в лечебно-профилактических учреждениях: причины, условия и социальные последствия. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2005. – 23 с.
20. Решетников А. В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины // Социология медицины. – 2006. – № 1. – С. 3–8.
21. Риффель А. И. Роль врача в современном обществе // Медицинское право. – 2007. – № 3. – С. 23–24.
22. Сабанов В. И. Образ жизни и проблемы общественного и индивидуального здоровья / В. И. Сабанов, Т. П. Романова. – Волгоград, 2002. – 25 с.
23. Седова Н. Н. Личность врача – как фактор доверия к нему пациента: Методические рекомендации по курсу психологии для студ. мед. вузов. – Волгоград, 2000. – С. 30–35.
24. Старостенкова Т. А. Мотивация профессиональной деятельности // Стоматолог. – 2006. – № 7. – С. 45–49.
25. Фабрикант Е. Г., Гуревич К. Г. Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения // Медицинское право. – 2008. – № 2 (22). – С. 48–49.
26. Файнштейн А. Б. Что знают пациенты о своих правах / А. Б. Файнштейн, Н. Н. Седова // Материалы I Всероссийской научно-практической конференции «Социология медицины – реформе здравоохранения». – Волгоград, 2004. – С. 155–166.
27. Ясько Б. А. Экспертный анализ профессионально важных качеств врача // Психологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 71–81.
28. Chen M. Comparing oral health care systems / M. Chen, R. M. Andersen, D. E. Bartes. – Geneva, WHO, 1997. – 350 p.
29. Dolan T. A. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment / T. A. Dolan, W. F. Gooch, L. B. Bourque // Community Dent Oral Epidemiol. – 1991. – № 19. – P. 1–8.
30. Harris D. M. Health-protective behavior: an exploratory study / D. M. Harris, S. Guten // J. Health Soc. Behav. – 1979. – № 20. – P. 17–29.
31. Grath C. Oral health related quality of life – views of the public in the United Kingdom / C. Grath, R. Bedi, M. Gilthorpe // Community Dental Health. – 2000. – № 17. – P. 3–7.
32. Karlheinz K. Стоматология и качество жизни // Новое в стоматологии. 2003. – № 4. – С. 56–61.
33. Kiyak H. Studies of the relationship between oral health and psychological well-being / H. Kiyak, K. Mulligan // Gerodontics. – 1987. – № 3. – P. 109–112.
34. Sheiham A. and Croog S. H. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities. Behav Med. – 1981. – № 4. – P. 257–272.
35. Sheiham A. Oral health needs assessment / A. Sheiham, G. Tsakos. – Community oral health. – Edinburgh: Elsevier Science Limited, 2005.

## 2. ПРИЧИНЫ И ХАРАКТЕР ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Специфической для юридической ответственности медицинских организаций и их работников за причинение вреда здоровью пациентов является проблема врачебной ошибки [1, 3, 4, 7, 8, 14, 18]. 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 [15, 16].

Написаны горы литературы о врачебных ошибках в разных специальностях и при разных обстоятельствах. Вопрос о врачебных ошибках рассматривается в медицинской литературе еще со времен Гиппократов. В России большое внимание врачебным ошибкам уделяли такие видные ученые и врачи, как Н. И. Пирогов, В. В. Вересаев, И. В. Давыдовский, С. С. Юдин, И. А. Кассирский, А. П. Громов, Н. В. Эльштейн и др.

Имеется несколько классификаций врачебных ошибок, которые распределяют их по этапам врачебной работы, либо по причинам их совершения. Их анализу посвящено множество работ.

С понятием «врачебная ошибка» тесно связано понятие ятрогении. Ятрогения – это причинение вреда здоровью пациента, находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических или реабилитационных мероприятий [1, 27, 28].

Прежде всего, следует отметить, что сегодня нет четкой градации в понятиях «осложнение», «дефект» лечения и «ошибка» [15, 20, 25, 26, 30]. 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 помощи, которые привели или могли привести к ухудшению здоровья больного [2, 3].

Причины дефектов медицинской помощи – это различные факторы и обстоятельства медицинского и немедицинского характера, 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 [29].

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

- 1) диагностические дефекты (не установление диагноза, не своевременное установление диагноза, неправильный диагноз, гипердиагностика, манипуляционные и медикаментозные дефекты);
- 2) лечебно-профилактические дефекты (при медикаментозных назначениях, манипуляциях, физиотерапевтических процедурах, операциях) [1, 16, 24];
- 3) 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);
- 4) информационно-деонтологические дефекты (не информирование (не полноценное информирование) пациента о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения, прогнозах, рисках и исходе; ложная информация, чрезмерная информация, разглашение врачебной тайны) [3, 7, 10];
- 5) организационные дефекты (недостатки организации профилактики, диагностики, лечения) [9, 31].

Профилактику дефектов и нарушений в оказании медицинской помощи призвана обеспечить концепция информированного добровольного согласия, которая предполагает уважение человеческого достоинства, духовных ценностей личности; обеспечение для пациента свободы осознанного выбора и альтернативных 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 [2, 21, 22, 23].

«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 относятся история болезни (амбулаторная карта больного) с соответствующими приложениями [4, 7, 8, 16, 28].

При возникновении конфликтов и споров с пациентами при оказании стоматологических услуг единственным аргументом врача, способным его защитить в настоящее время, является грамотно оформленная первичная медицинская документация (амбулаторная карта стоматологического больного ф. 043/у). Именно она рассматривается вышестоящими инстанциями в случае обращения в них пациентов (потребителей медицинских услуг), а также используется при рассмотрении судебных дел.

В связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750, утратил силу Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» (далее – Приказ МЗ СССР № 1030).

Ни для кого не секрет, что все базовые исходные формы первичной медицинской документации утверждены приказом МЗ СССР № 1030. Данный приказ был издан «в целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации в учреждениях здравоохранения, приведения медицинской документации к единой системе стандартов бланков, обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей деятельность учреждений здравоохранения».

Но, несмотря на отмену данного нормативного документа, ведение первичной медицинской документации в строгом соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, является, во-первых – обязательным, а во-вторых – гарантирует соблюдение интересов медицинского учреждения в случае возникновения спора с пациентом.

Согласно Письму Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что после отмены приказа МЗ СССР № 1030 не было издано нового альбома образцов учетных форм, в связи с этим учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные данным документом.

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).

Исходя из этого, не следует забывать о том, что в амбулаторной карте стоматологического больного ф. 043/у должны содержаться помимо основных разделов еще и:

- информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство,
- информированное согласие пациента на обработку персональных данных,
- план лечения пациента, с обязательным указанием медикаментов и стоматологических материалов, которые будут использоваться при лечении пациента.

План лечения обязательно должен доводиться до сведения пациента, о чем врачу-стоматологу рекомендуется делать запись с последующей подписью пациента.

Медицинская документация отражает профессиональную и юридическую ответственность врача за качество оказания медицинской помощи, неправильное оформление медицинской документации может повлечь за собой непредсказуемые правовые последствия для врача.

При оформлении ф. 043/у важно обратить внимание на заполнение следующих разделов:

1. Правильность и полнота заполнения паспортной части медицинской карты амбулаторного больного.
2. Правильность, полнота и обоснованность выставленного диагноза.
3. Полнота описания жалоб пациента.

4. Полнота описания перенесенных и сопутствующих заболеваний.
  5. Полнота содержания графы «Развитие настоящего заболевания».
  6. Полнота изложения проведенного лечения и его результатов.
  7. Полнота описания результатов объективных данных, онкоосмотр.
  8. Полнота описания состояния органов полости рта.
  9. Полнота описания состояния твердых тканей зубов.
  10. Заполнение зубной формулы согласно принятой международной классификации.
  11. Описание наличия патологии твердых тканей зубов, ортопедических конструкций, состояния тканей пародонта.
  12. Описание степени подвижности зубов, атрофии альвеолярных отростков.
  13. Описание типа взаимоотношений зубных рядов (прикус).
  14. Наличие и полнота описания рентгенограмм до начала и после завершения лечения.
  15. Внесение в амбулаторную карту консультативных заключений врачей смежных специальностей.
  16. Наличие дневника каждого обращения пациента, его жалоб, объективного статуса и перечня лечебно-профилактических мероприятий, с указанием даты последующей явки и необходимых рекомендаций.
  17. Наличие записей об объеме выполненной работы (эпикриз).
- Решение многих задач организации стоматологической практики невозможно без анализа сведений, содержащихся в медицинской документации. Следует отметить, что наряду с медицинскими стандартами этот анализ является важнейшим средством контроля качества стоматологической помощи.
- Долгое время шли споры о необходимости внедрения стандартов медицинской деятельности. Главным аргументом против стандартов являлось нарушение принципа индивидуального подхода к пациенту. И все же признано, что стандарты необходимы, как элемент обеспечения контроля за качеством медицинской помощи, оставив за врачами возможность варьирования в пределах стандарта.

Согласно Приказу МЗ РФ № 277 от 16.10.92 «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.

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.

В июле 2003 года вступил в силу Федеральный закон от 27.12.02 № 184-ФЗ «О техническом регулировании». С принятием данного закона начался новый этап в формировании национальной системы стандартизации.

Одним из документов стандартизации является протокол ведения больного, он относится к технологическим стандартам. Протокол определяет требования к выполнению стоматологической помощи при том или ином заболевании, что исключает применение лишних стоматологических мер.

Можно ли протокол считать стандартом, т. е. образцом, которому что-нибудь должно удовлетворять по своим признакам? По мнению В. В. Бойко, А. А. Кураскуа – нет, поскольку протокол фиксирует перечень типичных проявлений той или иной патологии, манипуляций. Перечень чего-либо не есть стандарт.

Существуют и другие проблемные вопросы, а именно: Кто должен разработать стандарты качества лечения?

Согласно Основам законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением входит в компетенцию Российской Федерации, т. е. федеральных органов государственной власти и управления.

Одной из важнейших проблем современного здравоохранения является проблема отсутствия единых стандартов качества сто-

матологической 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.

Среди официально утвержденных существуют следующие протоколы: протокол ведения больных «Частичное отсутствие зубов», «Полное отсутствие зубов», «Кариес зубов» и протоколы ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями.

Появление «территориальных стандартов» в стоматологии, явно не соответствует цели создания единых образцов и критериев оценки стоматологической помощи. В недалекой перспективе в стоматологии может оказаться столько стандартов, сколько клиник в России.

С другой стороны существует мнение (Любова О. Ю., 2008), что эти стандарты должны быть разработаны для каждого региона с учетом его социально-экономических условий.

Однако нормативное введение для обязательного исполнения в каком-либо отдельно взятом регионе страны так называемых «территориальных стандартов» не может восприниматься однозначно правильной, ввиду того, что установление стандартов качества медицинской помощи отнесено к компетенции Российской Федерации, а отнюдь не ее субъектов.

Следующий вопрос. Как совместить стандарты с индивидуальным подходом к пациенту в каждой клинической ситуации?

Клиническое мышление врача – способность оперировать множеством исходных факторов, вероятных причин заболевания с целью прогноза его развития, постановки обоснованного диагноза, выбора оптимальных средств, варианта, методики лечения и реабилитации пациента.

Возможно ли проконтролировать каждую выполненную работу врача в соответствии с имеющимися в клинике стандартами качества по каждой нозологической форме? Можно ли расписать стандарты на все диагностические и лечебные действия врача и результаты лечения?

Кроме того существует еще одна проблема: недостаточность информации об эффективности методов стоматологического лече-

ния, основанных на принципах доказательной медицины. Не только пациенты, но и стоматологи путаются в обилии новых технологий. Но, тем не менее, стандарты помогут отобрать из них малоэффективные и небезопасные, исключив их из врачебной практики. Одновременно с этим, новые и уже опробованные технологии, доказавшие свою эффективность, будут развиваться быстрее.

Таким образом, будет составлен перечень официально разрешенных к применению технологий, а также перечень методов диагностики и лечения конкретных заболеваний. Разработанные стандарты не должны быть шаблонными, трафаретными, не заключающими в себе ничего оригинального, творческого.

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.

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 отрицанием 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 [13].

Нами акцентируется внимание на том, что одной из причин возникновения конфликтов между врачом и пациентом является низкий уровень правовой грамотности врачей (правовой культуры), что является результатом общегражданской правовой неграмотности населения [16, 24, 28].

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 [6, 12, 24, 27].



Таким образом, среди многообразия причин развития как этических, так и юридических конфликтов при оказании стоматологической помощи, одной из самых распространенных является недостаточный уровень этико-правовых знаний основополагающих концепций соблюдения прав пациента, как личности и гражданина.

Решение данной проблемы, несомненно, возможно только при совместной и целенаправленной работе медицинских работников, профессионалов в области биоэтики и права. Результаты этой работы будут реализованы в защите прав, как пациента, так и врача, обеспечивая тем самым высокий уровень бесконфликтности в профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Э. О врачебных ошибках // Новое в стоматологии. – 2001. – № 10. – С. 68–72.
2. 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.
3. Акопов В. И. Право в медицине / В. И. Акопов, Е.Н. Маслов. – М.: Книга-сервис, 2002. – 352 с.
4. 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.
5. 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.
6. Васильев К. Г. Законодательные акты как источник историко-медицинских исследований / К. Г. Васильев, Н. И. Васильева // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 50–51.
7. Данилов Е. О. Правовые основы стоматологической практики. – СПб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2002. – 176 с.
8. Дргонец Я. Современная медицина и право: Пер. со словац. / Я. Дргонец, П. Холиндер. – М.: Юрид. литература, 1991. – 336 с.
9. Кабанова С. А. Анализ диагностических ошибок при направлении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на стационарное лечение // Акт. вопр. стоматологии: Сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф., посв. 120-летию со дня рождения А. И. Евдокимова. – М., 2003. – С. 54.
10. Карми А. Информированное согласие // Медицина, этика, религия и право: Материалы конф. / Сост. В. И. Шамшурин. – М.: Междунар. ун-т, 2000. – С. 21–29.
11. Кашко Б. В. Корректная медицинская документация как гарантия защиты прав пациента и врача / Б. В. Кашко, Е. Г. Кашко // Медицинское право. – 2003. – № 2. – С. 16–20.
12. Козьминых Е. Судебная экспертиза по «врачебному делу» // Российская юстиция. – 2003. – № 3. – С. 31–32.
13. Леонтьев В. К. Профессиональные риски и профессиональная ответственность работников стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, И. И. Полуев, В. Т. Шестаков // Тр. 7-го Всерос. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 52–57.
14. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве: Уч. и практич. пос. – М.: Из-во БЭК, 1995. – 272 с.
15. 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.
16. 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.
17. Пискун А. И. Информационно-деонтологические нарушения как основной повод обращения пациентов в суд // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 22–23.
18. Правовые основы здравоохранения в России / Под редакцией И. И. Шевченко. – М.: GEOTAR Медицина, 2000. – 211 с.
19. Новоселов В. П. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения / В. П. Новоселов, Л. В. Канунникова. – Новосибирск, 2000. – 255 с.
20. Рыков В. А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. – 2005. – № 1 (9). – С. 41–45.
21. Седова Н. Н. Ваш бизнес – стоматология (нормативная регуляция в стоматологии) / Н. Н. Седова, С. В. Дмитриенко. – Москва: Мед. книга, И. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 114 с.
22. Седова Н. Н. Соотношение юридической, административной и этической регуляции деятельности медицинских работников // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 34–46.
23. Седова Н. Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. – 2005. – № 1 (9). – С. 11–15.

24. Сергеев Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М.: Иваново, 2001. – 284 с.
25. Степанов Е. М. Профессиональные и юридические вопросы врачебных ошибок // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 2. – С. 38–39.
26. Степанов Е. М. Что такое врачебная ошибка // Главврач. – 2004. – № 11. – С. 68–71.
27. Стеценко С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: Проблемы юридической классификации // Российский следователь. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
28. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
29. Томилин В. В. Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями) / В. В. Томилин, Ю. И. Соседко // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – № 4. – С. 3–5.
30. Филиппов П. М. Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам: теория и практика: Монография / П. М. Филиппов, А. А. Мохов. – Краснодар, КГАУ, 2001. – 159 с.
31. Шапошников А. В. Ятрогения: терминологический анализ и конструирование понятия. – Ростов-н/Д., 1998. – 167 с.

### 3. КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕЕ

Анкетирование пациентов, обратившихся в районные стоматологические поликлиники г. Волгограда, позволило выявить основные причины их неудовлетворенности качеством стоматологического лечения и исследовать возникающие конфликты со стороны различных дисциплин (медицины, социологии, конфликтологии, правоведения).

Полученные данные проведенного социологического исследования позволили нам сделать определенные выводы. Наибольшее количество пациентов (42 %), посетивших стоматологические поликлиники города, оценили медицинское обслуживание в них, как «удовлетворительное». Позитивно, что 31 % пациентов оценили стоматологическое обслуживание в поликлиниках города, как «хорошее». Между тем 1,5 % пациентов оценили обслуживание в них как «очень плохое».

Наибольшее количество пациентов (45,6 %) оценили внешний вид стоматологических поликлиник на «хорошо», 30 % пациентов поставили оценку «удовлетворительно», а 17 % – «отлично».

Практически каждый второй пациент оценил работу регистратуры на «удовлетворительно». Однако обращает на себя внимание достаточно высокий процент (13,8 %) оценки «плохо» и «очень плохо». Регистратура является наиболее критикуемым пациентами подразделением поликлиник, но не только стоматологических, но и соматических. Административный аппарат стоматологических поликлиник должен более внимательно относиться к подбору кадров, обслуживающих пациентов в данном подразделении, так как мнение о работе всей поликлиники может измениться в негативную сторону только по качеству работы регистраторов.

Так же практически каждый второй пациент оценил работу врачей-стоматологов, как «хорошую» – 49,2 %. Около трети респондентов отнеслись «удовлетворительно» к работе врачей-стоматологов, 18,5 % – поставили оценку «отлично». Однако оценка работы «плохо» и «очень плохо» суммарно составила достаточ-

но большое значение – 5,6 %. Мы предполагаем, что в данном случае на мнение пациентов возможно подействовало несколько причин, а именно: неудовлетворительный психологический контакт между врачом и пациентом, конфликтная ситуация или развитие самого конфликта, длительное ожидание приема врача, этико-деонтологические причины, негативный стоматологический опыт и другие.

Каждый второй пациент оценил материально-техническое обеспечение стоматологических поликлиник города, как «удовлетворительное», а 22,5 % пациентов – как «плохое». Данное положение дел может быть действительно соответствовать для ряда муниципальных стоматологических учреждений, что объясняется отчасти проблемами финансирования. Понятно, что возможностей для улучшения технического оснащения у стоматологических клиник частного сектора намного больше, чем у муниципальных медицинских учреждений. При этом мнение пациентов может быть основано на посещении только одного отделения поликлиники (хирургического, ортопедического, лечебного, детского) и в данном случае оно не может являться объективной оценкой технического состояния всего медицинского учреждения.

В дальнейшем в своей работе мы попытались выяснить основные причины неудовлетворенности пациентов стоматологической помощи:

Очереди на прием к врачу	156	(80 %)
Очереди на рентгенографию и ФТЛ	57	(29,23 %)
Низкий профессиональный уровень врача	15	(7,69 %)
Невнимательность медицинского персонала	42	(21,53 %)
Грубость работников регистратуры	39	(20 %)
Грубость врачей и медсестер	31	(15,89 %)
Плохой внешний вид поликлиники	32	(16,42 %)
Другие	5	(2,56 %)

Максимальное значение (80 %) из предложенных нами причин неудовлетворенности стоматологической помощью, по мнению пациентов, получили «очереди на прием к врачу», а также «очереди на проведение рентгенографии и ФТЛ» – 29,23 %.

Координация работы в этом направлении зависит от многих составляющих: умения врачом правильно и рационально использовать рабочее время, работы медицинских сестер и регистратуры. Наибольшее количество времени по нашим наблюдениям пациенты обычно тратят в ожидании приема врача в так называемую перемену. По нашему мнению, длительное ожидание приема врача, проведения рентгенографии или физиотерапевтической процедуры может создать определенную конфликтную ситуацию, что впоследствии и реализуется в конфликт.

Второе место, по мнению пациентов, заняли вопросы этики и деонтологии в медицинской практике. К сожалению, по-прежнему остается весьма частой причиной неудовлетворенности больных, такая причина, как «невнимательность и грубость медицинских работников», что составило в среднем около 20 %. Мы понимаем, что медицинская среда в реальной жизни не может быть бесконфликтной, так как взаимодействие в ней происходит в системе отношений человек – человек, изначально предполагающей конфликт как неотъемлемый атрибут межличностных и межперсональных отношений людей.

В медицине практически всегда конфликты переходят из сферы деловых отношений в сферу чисто личностную [2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 24]. 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 и т. д. [3, 15, 17, 18, 26, 29] Как мы отмечали ранее, работа регистратуры остается наиболее критикуемым подразделением любого лечебно-профилактического учреждения. Однако такая проблема существует не только в стоматологии. Причиной такого положения, по нашему мнению, является недостаточная профессиональная и психологическая подготовка медрегистраторов. Мы уверены, что в частных стоматологических клиниках администраторы делают все, чтобы создать для пациента максимальный психологический комфорт.

Такие причины развития конфликтов в стоматологической сфере как невнимательность медицинского персонала, грубость работни-

ков регистратуры, грубость врачей и медсестер и т. д. находятся в рассмотрении биоэтики [19, 20, 21, 22, 23, 25]. Отношения между медиками и пациентами выходят за рамки «обычных» отношений между людьми, эти отношения требуют знаний и соблюдения изменяющихся принципов этики врача и больного. Пусковым моментом в развитии конфликта нередко служит отсутствие должного контакта с больным – чем глубже недоверие (имеющее разные основания) к врачу, тем чаще проявляются действия в виде сутяжничества или агрессии по отношению к медицинским работникам [16, 24, 27, 28].

Отрадно, что претензии к уровню профессиональной подготовки врачей-стоматологов составили наименьший результат – 7,69 %, по отношению к другим обозначенным нами причинам.

Анализируя полученные данные, можно сделать определенные выводы: взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу любой специальности приходится постоянно сталкиваться в своей профессиональной деятельности. Врач и пациент являются равноправными участниками лечебного процесса. От профессионального уровня врача, информированности пациента, степени доверия и согласия между ними и осознанно принятых пациентом решений зависит успех лечения и, в конечном счете, жизнь и здоровье пациента.

По нашему мнению, результаты, полученные нами, должны анализироваться административным аппаратом стоматологических поликлиник для нивелирования последствий этих негативных факторов и выработки оптимальной стратегии работы стоматологической службы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г. С. Психология в медицине: Учебное пособие / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдич. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Алямовская Е. Н. Психопрофилактика в стоматологии // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6. – С. 12–13.
3. Амиров Н. Х. От медицинской этики к медицинской биоэтике / Н. Х. Амиров, В. Ю. Альбицкий, Ф. Т. Нежметдинова // Проблемы социологии, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 2. – С. 40–43.

4. Андреева Г. М. Социальная психология: Учебник для высш. уч. заведений. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 376 с.
5. Андреева О. В. Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов / О. В. Андреева, Н. Д. Тэгай // Здравоохранение. – 2003. – № 1. – С. 29–39.
6. Анцупов А. Я. Конфликтология: Учебник для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – М.: ЮНИТИ, 1999. – 551 с.
7. Артамонова Г. В. Оценка эффективности управления системой непрерывного контроля повышения качества медицинской помощи / Г. В. Артамонова, Л. М. Иванова, В. Г. Краснова, В. Ф. Чунарев // Экология человека. – 2000. – № 4. – С. 39–40.
8. Васильев В. Л. Юридическая психология. – 3-е изд. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 624 с.
9. Гальперин П. Я. Введение в психологию: Уч. пос. для вузов. – М.: Книжный дом «Университет», 2002. – 336 с.
10. Гришина Н. В. Психология конфликта. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
11. Дмитриев А. В. Конфликтология: Уч. пос. – М.: Гардарики, 2000. – 170 с.
12. Дуков Л. Г. Биоэтика практикующего врача / Л. Г. Дуков, П. М. Варшников // Клиническая медицина. – 1998. – № 8. – С. 46–48.
13. Зеркин Д. П. Основы конфликтологии. – М., 2000. – 362 с.
14. Конфликтология: Учебник / Под ред. А. С. Кармина. – СПб.: Изд-во «Лань», 2000. – 448 с.
15. Котова Г. Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи / Г. Н. Котова, Е. Н. Нечаева, П. А. Гучек // Здравоохранение РФ. – 2001. – № 4. – С. 22–26.
16. Кречетов С. А. Медико-социологические аспекты профессиональных качеств врача-стоматолога: Автореферат дис. канд. мед. наук. – Саратов, 2000. – 19 с.
17. Ларенцова Л. И. Пациент и стоматолог глазами друг друга / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – № 4. – С. 20–23.
18. Ларенцова Л. И. Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания / Л. И. Ларенцова, Е. Д. Соколова // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 2. – С. 34–35.
19. Малый А. Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий // Медицинское право. – 2003. – № 2. – С. 31–34.

20. 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.
21. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград: Издатель, 2001. – 95 с.
22. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М.: «Триумф», 2002. – 192 с.
23. Седова Н. Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. – 2005. – № 1 (9). – С. 11–15.
24. Сергеев Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – М.: Иваново, 2001. – 284 с.
25. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы // Медицинское право и этика. – 2001. – № 1. – С. 192.
26. 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.
27. Шамов И. А. Биоэтика. – М.: Медицина, 2001. – 340 с.
28. Шилина С. В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Дис. ... канд. мед. наук / С. В. Шилина; ВолГМУ. – Волгоград, 2004. – 149 с.
29. Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. – 7-е изд. – М.: «Добросвет», 2003. – 596 с.

#### 4. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ В СТОМАТОЛОГИИ

Конфликт в отношениях в сфере охраны здоровья граждан, когда медицина в лице конкретной организации (медицинского корпуса) становится его участником, – явление новое, и поэтому представляет особый интерес для исследования.

С развитием мониторинга в социологии медицины стал возможен комплексный подход к анализу конфликтов в здравоохранении, появились достаточные возможности для изучения данной проблемы в различных медицинских дисциплинах [6, 12, 16, 23], в контексте нашего исследования – возможность комплексного анализа «стоматологических конфликтов».

Для современной медицины и стоматологии в частности 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).

Выполняя надлежащим образом свои профессиональные обязанности, медицинский работник, тем не менее, действует в состоянии риска. Широкое распространение в современной медицинской практике получили различные лекарственные средства. Медицина и стоматология в частности становится высокотехнологичной сферой, 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.

А. В. Тихомиров (1998) в отношении источников повышенной опасности, пишет о том, что медицинская услуга «являет собой источник повышенной опасности поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью».

А. А. Мохов (2004), рассматривая лекарственные средства как объекты гражданских прав, а также особенности медицинской деятельности по их использованию, приходит к выводу о необходимости признания многих лекарственных средств в качестве источников повышенной опасности, а деятельность по их применению в медицине – как создающую повышенную опасность для окружающих.

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 повышенной опасности для окружающих значительное внимание уделит 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 повышенной 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 средства, различные технологии, используемые в стоматологической практике для решения диагностических, лечебных задач, 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 лицензировании отдельных видов деятельности» среди прочих видов деятельности, называет и медицинскую деятельность.

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

Иногда возникает вопрос об отнесении хирургического лечения к методам, представляющим повышенную опасность для окружающих. Действительно 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 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 с психологическими 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 психо-эмоциональными особенностями больного и его поведением [1, 2, 4, 17, 27, 28].

Страхование ответственности состоит в обеспечении защиты имущественных интересов участников договорных или деликтных правоотношений при причинении вреда. Механизм защиты – создание страхового фонда за счет потенциальных причинителей вреда – страхователей – и выплата страховщиком страхового возмещения (суммы) за вред, причиненный третьим лицам в результате профессиональной деятельности страхователей [19].

Страхование профессиональной ответственности, в т. ч. ответственности медицинских работников, – вид имущественного страхования, при котором осуществляется страховая защита лиц определенного круга профессий путем удовлетворения имущественных претензий, предъявляемых к ним в связи с ошибками и упущениями в профессиональной деятельности [13, 15, 18, 21].

Страхование профессиональных рисков осуществляется в целях обеспечения защиты страхователя от убытков, вызванных возмещением причиненного им вреда, возникшего в профессиональной деятельности, а также быстрого и полного возмещения этого вреда потерпевшим.

В большинстве европейских стран страхование профессиональной ответственности в сфере здравоохранения является обязательным видом страхования. В России не один год ведутся споры о том, что собой представляет медицинская помощь и медицинская услуга, вместо решения насущных проблем пациентов и usługодателей.

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 № 363/77 от 24.10.96, задействовали две системы контроля качества – внутриведомственную и вневедомственную [3, 9, 22, 24].

Основные положения стандартизации в здравоохранении, утвержденные Приказом МЗ РФ от 12.12.97, 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 № 12/2 от 19.01.98 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 ШТУ. В определенной степени этот пробел пытаются восполнить с помощью показателей уровня медицинской помощи [10].

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 [5, 7, 8, 9, 25].

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.

Профессиональные стандарты – это инструменты стабилизации организационной системы управления; творческий потенциал (знания, умения, опыт) – реализация стратегии «развитие через качество». Однако сегодня в медицинской отрасли мы не имеем обязательного регламента по ведению документации, осмотра, назначения 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 [11, 17, 27].

Анализ литературы и судебной практики указывают на рост случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные органы защиты прав потребителей с исками о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи [3, 9, 16, 20, 22, 25, 26]. Кроме этого отмечается тенденция к появлению заведомых кверулянтов, для которых конфликт – это источник финансового дохода.

Результаты многих социологических исследований показывают, что население на первый план выдвигает такие стороны деятельности стоматолога, как профессионализм и личностные качества врача [14, 23].

Особое значение имеют данные о структуре профессионально важных качеств врача [14]. Необходимо отметить тот факт, что на сегодняшний день у пациента (не без помощи врачей) выработался единый стереотип поведения на приеме – он начинает 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 № 363/77 от 24.10.96 может только эксперт [3, 25]. Не следует забывать о нормах корпоративной этики в профессиональной деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что стоматологическая деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью. Выполняя свои профессиональные обязанности, стоматологи действуют в состоянии риска.

Поскольку в каждой узкой медицинской специальности существуют специфические особенности проявления риска, огромную

роль в профилактике риска призваны сыграть профессиональные сообщества, осуществляя деятельность по предупреждению рисков, а также нивелированию их последствий, в связи с чем профессиональные организации все более остро ставят вопрос об обязательном страховании профессионального риска (ответственности).

В этой ситуации профессиональная защита врача – это право врача на страхование профессионального риска, так как этим обеспечивается защита медицинского работника от непредвиденных обстоятельств практической деятельности, всегда тающей в себе реальные опасности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азаров А. В. Деятельность страховщиков по защите прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 51–52.
2. Азаров А. В. Некоторые аспекты страхования профессиональной ответственности медицинского работника // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 3. – С. 32–33.
3. Акопов В. И. Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М.: Книга – сервис, 2002. – 352 с.
4. Болдинов В. М. Ответственность за причинение вреда источником повышенной опасности. – СПб., 2002. – 275 с.
5. Вагнер В. Д. Экспертная оценка стоматологических учреждений при их лицензировании и аккредитации / В. Д. Вагнер, П. И. Ивасенко, И. М. Семенюк, В. Б. Недосеко // Стоматология. – 2000. – № 1. – С. 65–67.
6. Волчанский М. Е. Искусство управления и разрешения конфликтов: Метод. пособие. – Волгоград, 2003. – 31 с.
7. Делендик А. И. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования // Стоматология. – 2000. – № 6. – С. 58–60.
8. 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.
9. Евдокимов Д. В. Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 47–49.



10. Ефимова М. Р. Социальная статистика: Уч. пос. / М. Р. Ефимова, С. Г. Бычкова. – М.: Финансы и статистика, 2003. – 560 с.
11. Кагирова Г. В. Белые пятна правового поля в современной медицине // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 29–30.
12. Котова Г. Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи / Г. Н. Котова, Е. Н. Нечаева, П. А. Гучек // Здоровоохранение РФ. – 2001. – № 4. – С. 22–26.
13. Коротких Р. В., Жилинская Е. В. Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников // Здоровоохранение. – 2000. – № 7. – С. 49–64.
14. Кречетов С. А. Медико-социологические аспекты профессиональных качеств врача-стоматолога: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2000. – 19 с.
15. Кривошеев Г. Г. Защита профессиональной медицинской деятельности в условиях современной России // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 1. – С. 47–49.
16. Кудрин В. С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 2. – С. 26–28.
17. Леонтьев В. К. Профессиональные риски и профессиональная ответственность работников стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, В. И. Полуев, В. Т. Шестаков // Тр. VII Всерос. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 52–57.
18. Мазин П. В. Правовой статус врача в РФ / П. В. Мазин, В. Х. Битяев // Вятский медицинский вестник. – 1999. – № 2. – С. 3–6.
19. Малеева М. Н. Человек и медицина в современном праве: Уч. и практич. пос. – М.: Из-во БЭК, 1995. – 272 с.
20. 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.
21. Плешанов А. В. Страхование профессиональной ответственности врачей // ТОП-медицина. – 1998. – № 7. – С. 25.
22. Рехачев В. М. Результаты судебно-медицинских экспертиз по стоматологии / В. М. Рехачев, О. А. Быховская, Л. Г. Матвеева // Стоматология. – 1998. – № 4. – С. 34–35.
23. Решетников А. В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 38–41.
24. Савельева Е. Н. Роль врача в системе контроля качества медицинской помощи / Е. Н. Савельева, Г. И. Галанова // Российский медицинский журнал. – 2001. – № 5. – С. 6–8.
25. 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.
26. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
27. Шестаков В. Т. Профессиональные стандарты // Стоматология. – 1997. – № 2. – С. 13–14.
28. Шилина С. В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Дис. канд. мед. наук / С. В. Шилина; ВолГМУ. – Волгоград, 2004. – 149 с.

## 5. ВИДЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РФ

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 [24].

При оказании стоматологической помощи ухудшение состояния здоровья граждан влечет за собой юридическую ответственность [1, 2, 3, 13, 18].

Субъективный фактор, привносимый медицинским работником и, во многом определяющий развитие патологического процесса, и обусловленные этим собственно медицинские и социально-правовые последствия, характерен для всех без исключения направлений медицинской деятельности, но если еще десятилетие назад вопрос о привлечении медицинских работников или медицинских организаций к юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи остро не стоял, то в последние годы ситуация кардинально изменилась [10].

Потребитель (пациент) все громче заявляет о своих притязаниях. Уже не является редкостью, когда жалобы и заявления заинтересованных лиц направляются в органы прокуратуры, суды, комитеты по защите прав потребителей, органы власти и управления. По обращениям граждан возбуждаются гражданские и уголовные дела, проводятся ведомственные проверки, что отражается на деятельности целого ряда медицинских учреждений и организаций, органов власти и управления, юрисдикционных органов и непосредственно вовлеченных в орбиту того или иного вида производства медицинских работников и их пациентов. Так, если в 1996 году количество жалоб граждан по поводу нарушения их прав при оказании медицинской помощи в России составляло 36900, то к 2003 году их число выросло в 47 раз и составило 1735561. Часть жалоб и споров получают окончательное разрешение в судах. В среднем, суды ежегодно рассматривают около 1200 «врачебных дел».

Дисциплинарная, административная и уголовная ответственность за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества является персональной ответственностью медицинского работника. В данной главе будут рассмотрены вопросы гражданско-правовой ответственности медицинских работников, так как именно этот аспект имеет отношение к страхованию профессиональной ответственности.

В ретроспективном смысле ответственность понимается как обязанность давать отчет за прошлое поведение, которое выражается в поступках, нарушающих определенные социальные нормы; то есть ответственность за совершенные правонарушения [9, 12, 28, 31]. 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.

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, 28, 29].

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».

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.

**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 – таких 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.

**Уголовная ответственность** наступает за совершение наиболее опасных видов правонарушений – преступления [30].

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);

- правосстановительная 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 собственность, 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 [14, 18].

Правосстановительная ответственность заключается в восстановлении незаконно нарушенных прав, в принудительном исполнении невыполненной обязанности. Правосстановительная 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.

**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 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. Вопросы гражданско-правовой ответственности граждан решаются судом [19].

С определенного времени между медицинской клиникой и пациентом стали заключаться договоры по оказанию медицинских услуг, зачастую речь в договоре идет об оказании определенных услуг, а не о причинении вреда 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. Внедоговорные обязательства по своему характеру, способам возникновения и содержанию коренным образом отличаются от договорных. Их наступление не желательно и не ожидается участниками гражданского оборота.

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 профессиональной деятельности.

Рассмотрим функции деликтных обязательств. Основная функция деликтного обязательства – **компенсационная** (восстановительная), поскольку оно направлено 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 неприкосновенности 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)**.

Теперь рассмотрим деятельность суда общей юрисдикции по рассмотрению и разрешению гражданских дел (в том числе и «врачебных дел»).

Различают следующие стадии гражданского процесса: возбуждение дела; подготовка дела к судебному разбирательству; судебное разбирательство; обжалование и опротестование решений и определений суда, не вступивших в законную силу; пересмотр решений, определений и постановлений суда, вступивших в законную силу; пересмотр по вновь открывшимся обстоятельствам решений, определений и постановлений, вступивших в законную силу; исполнение судебных постановлений.

**Возбуждение дела в суде** – самостоятельная стадия процесса. Для того, чтобы иск сыграл роль процессуального средства защиты права, он должен быть предъявлен соответствующему компетентному органу для рассмотрения и разрешения.

Лицо, которое считает, что его права или охраняемые законом интересы нарушены (истец), обращается в установленном законом порядке в суд. Возбуждение дел искового производства происходит путем подачи искового заявления.

**Предъявить иск** – значит обратиться с просьбой (требованием) к суду о рассмотрении возникшего спора о праве.

Подача в суд иска и возбуждение производства по делу влечет определенные правовые последствия. С этого момента начинается движение дела; возникают гражданские процессуальные правоотношения. Так, 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.

В исковом заявлении указывается: наименование суда, в который подается заявление; наименование истца, его место жительства; наименование ответчика, его место жительства или, если ответчиком является организация, ее место нахождения; в чем заключается нарушение, либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов истца и его требования; обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства; цена иска, а также расчет взыскиваемых или оспариваемых денежных сумм; перечень прилагаемых к заявлению документов.

В случае соблюдения правил подачи искового заявления потерпевшим или его представителем (подведомственность и подсудность, форма и содержание иска) судья выносит определение о подготовке дела к судебному разбирательству.

Наступает стадия подготовки дела к судебному разбирательству.

Задачами подготовки дела к судебному разбирательству являются: уточнение фактических обстоятельств, имеющих значение для правильного разрешения дела; определение закона, которым следует руководствоваться при разрешении дела, и установление правоотношений сторон; разрешение вопроса о составе лиц, участвующих в деле, и других участников процесса; представление необходимых доказательств сторонами, другими лицами, участвующими в деле; примирение сторон.

Подготовка дела к судебному разбирательству – совокупность процессуальных действий, совершаемых сторонами (истцом и ответчиком) под руководством суда, направленных к обеспечению своевременного и правильного рассмотрения и разрешения дела.

Под уточнением фактических обстоятельств, имеющих значение для правильного разрешения дела, понимают деятельность лиц, участвующих в деле, и суда по определению предмета доказывания, т. е. совокупности фактов (материальных, процессуальных, доказательственных), имеющих юридическое значение, которые

необходимо доказать по делу с целью его правильного разрешения, вынесения законного и обоснованного акта судебной власти.

Иными словами, осуществляется процесс определения объема подлежащих доказыванию фактов и норм права, подлежащие применению по данному делу. В связи с этим также определяется круг лиц, участвующих в деле (стороны, третьи лица), а также лиц, содействующих правосудию (свидетели, эксперты, специалисты).

Значительное место в этой стадии уделяется собиранию необходимых доказательств: истребование доказательств от их обладателя; истребование доказательств способом судебного поручения; получение доказательств посредством назначения судебной экспертизы; получение доказательств путем осмотра.

По врачебным делам делаются запросы в соответствующие лечебные учреждения, органы власти и управления, истребуется медицинская документация, а также назначается судебная экспертиза.

Формулирование круга вопросов (задания экспертам) для решения экспертизы определяется судом. При этом каждая из сторон и другие лица, участвующие в деле, вправе представить суду вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы (п. 2 ст. 79 ГПК РФ). С целью формулирования вопросов экспертам, имеющим перспективу для дальнейшего движения дела и его разрешения в последние годы, заинтересованные лица привлекают специалистов, что позволяет избежать грубых ошибок и затягивания процедуры судебного разбирательства [16, 17].

В стадии подготовки дела к судебному разбирательству судья может также назначить предварительное судебное заседание (ст. 152 ГПК РФ).

*Предварительное судебное заседание* имеет целью процессуальное закрепление распорядительных действий сторон, а также определения и уточнения обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела, для определения достаточности доказательств, для исследования фактов пропуска срока исковой давности и других сроков обращения в суд.

*Судебное разбирательство* – это центральная стадия гражданского процесса, т. к. именно в этой стадии осуществляются общие для гражданского судопроизводства цели и задачи.

Судебное разбирательство предназначено для рассмотрения и разрешения дела по существу. Рассматривая дело, суд должен четко уяснить суть требований истца и возражений ответчика, непосредственно исследовать доказательства, установить фактические обстоятельства дела, выяснить права и обязанности сторон, охраняемые законом интересы заявителей.

Стадия судебного разбирательства завершается по общему правилу вынесением решения от имени Российской Федерации.

Разрешая дело, суд обязан **вынести законное и обоснованное решение**, защищающее права и охраняемые законом интересы граждан, юридических лиц. Одновременно с этим, суд выполняет важные воспитательные задачи. Он в своей деятельности должен воспитывать граждан в духе неукоснительного исполнения Конституции России и других законов, честного отношения к государственному долгу, уважения к правам, чести, достоинству граждан. При разбирательстве врачебных дел суд при выявлении случаев нарушения законности вправе вынести частное определение и направить его в соответствующие организации или соответствующим должностным лицам, которые обязаны в течение месяца сообщить о принятых ими мерах (п. 1 ст. 226 ГПК РФ).

Судебное заседание, в котором происходит разбирательство дела, состоит из следующих частей: подготовительная часть; рассмотрение дела по существу; судебные прения; постановление и оглашение решения.

Каждая часть имеет специфическую задачу, содержание, место в судебном разбирательстве и предназначена для разрешения только определенного круга вопросов.

В подготовительной части перед судом стоит задача выяснить, имеются ли необходимые условия для рассмотрения дела по существу в данном судебном заседании (состав суда, явка лиц, участвующих в деле, наличие доказательств, отводы, разъяснение прав и обязанностей участникам процесса).

Рассмотрение дела по существу начинается докладом председательствующим или кого-либо из судей.

В докладе излагаются: существо заявленных требований, их основания; суть возражений ответчика; имеющиеся в деле доказательства.

Закончив доклад дела, председательствующий спрашивает, поддерживает ли истец свои требования, признает ли ответчик требования истца, не желают ли стороны заключить дело заключением мирового соглашения.

Все распорядительные действия, совершенные сторонами в зале судебного заседания, должны быть четко зафиксированы. Заявления истца об отказе от иска, признание иска ответчиком или условия мирового соглашения сторон должны быть занесены в протокол судебного заседания и подписаны соответственно истцом, ответчиком или обеими сторонами.

Если указанные действия не были совершены, суд переходит к заслушиванию объяснений лиц, участвующих в деле. В начале суд заслушивает объяснения истца, затем объяснения ответчика. После этого дают объяснения другие лица, участвующие в деле.

Вместо сторон объяснения в суде могут давать их представители. Это не лишает стороны права давать дополнительные объяснения, от которых они могут и отказаться, если считают, что представители полно и правильно изложили их позицию по делу.

В целях полного выяснения фактических обстоятельств участвующим в деле лицам предоставляется право задавать друг другу вопросы. Вопросы задаются с разрешения председательствующего.

Заслушав и огласив объяснения лиц, участвующих в деле, суд устанавливает последовательность дальнейшего исследования доказательств.

Чаще всего суд начинает исследование доказательств с допроса свидетелей. Затем оглашаются и исследуются письменные и вещественные доказательства.

Письменные и вещественные доказательства осматриваются судом и предъявляются лицам, участвующим в деле, и их представителям, а в необходимых случаях – экспертам, специалистам и свидетелям.

Затем исследуется экспертное заключение. Председательствующий до допроса эксперта (если таковой проводится) предупреждает его об ответственности за необоснованный отказ или уклонение от заключения или дачу заведомо ложного заключения.

Заключение экспертизы дается в письменной форме и оглашается в судебном заседании. В целях разъяснения и дополнения заключения вызванному в суд по повестке эксперту (экспертам) могут быть заданы вопросы.

В случае недостаточной ясности или неполноты заключения суд может назначить дополнительную экспертизу по «врачебному делу», поручив ее производство той же или иной экспертной группе. При возникновении сомнений в правильности или обоснованности заключения, наличии противоречий в доказательственном материале по делу, суд может назначить повторную экспертизу, производство которой поручается другим экспертам.

В процесс могут также привлекаться специалисты для дачи консультаций и разъяснений, оценки экспертного заключения, совершения отдельных процессуальных действий.

В отдельных случаях в деле с заключением могут участвовать прокурор, представители государственных органов или органов местного самоуправления.

Рассмотрев дело по существу, суд переходит к судебным прениям.

В этой части судебного разбирательства подводят итог проведенного исследования доказательств. Лица, участвующие в деле, высказывают и аргументируют свои выводы о том, какие доказательства являются достоверными, какие обстоятельства дела следует считать установленными, а какие неустановленными, каково содержание спорного правоотношения, какой закон должен быть применен и как следует разрешать дело.

Если суд во время, либо после судебных прений признает необходимым выяснить новые обстоятельства, имеющие значение для дела, и исследовать новые доказательства, он выносит определение о возобновлении рассмотрения дела по существу. После окончания рассмотрения дела по существу судебные прения происходят в общем порядке.

После судебных прений председательствующий объявляет, что суд удалается в совещательную комнату для вынесения решения.

Приводим примеры нескольких судебных дел.

## 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 в челюсти, поэтому оба зуба необходимо удалить и назначил 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 нёбо «шилом», и протягивая нитки пинцетом, стал меня «штопать». Я была шокирована подобным лечением. Однако с разрезанным нёбом и сильным кровотечением покинуть кабинет не могла.*

*Я заплатила врачу К. за лечение, 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 продолжать 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, установил:

Г. обратилась в суд с иском к негосударственному медицинскому учреждению N о возмещении ущерба и компенсации морального вреда.

Судом, в качестве ответчика привлечен к участию в деле К.

Выявлены обстоятельства дела.

Представитель ответчика негосударственного медицинского учреждения N, действующая по доверенности, исковые требования не признала, суду пояснила, что К. действительно работал в должности врача стоматолога-терапевта, на условиях срочного трудового договора. Негосударственное медицинское учреждение N лицензии на занятие хирургической деятельности не имеет. О том, что истице проведена операция с хирургическим вмешательством известно не было, поскольку отсутствует квитанция по оплате выполненной работы и договор. К. выполнял указанную операцию по удалению ретинированного зуба по своей инициативе. На основании проведенной служебной проверки К. уволен. Администрация негосударственного медицинского учреждения N считает, что по исковым требованиям, ответственность должна быть возложена на К.

Ответчик К. исковые требования не признал, суду пояснил, что Г. обратилась за консультацией, которая ей была оказана. По его рекомендации был сделан рентгеновский снимок, после чего К. порекомендовал удалить ретинированный зуб. Никаких действий по удалению зубов К. не выполнял. Г. обращалась к нему с претензиями по поводу оплаты лечения и протезирования, однако он ей отказал, так как никаких услуг, кроме консультативных, ей не оказывал.

Выслушав стороны, их представителей, свидетелей, исследовав материалы дела, суд приходит к следующему:

В соответствии со ст. 1068 ГК РФ, юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей.

В судебном заседании истица пояснила, что удаление ретинированного зуба было проведено в служебном кабинете К. О том, что отсутствует лицензия на выполнение хирургической деятельности, ей известно не было. При обращении ее к К. с просьбой компенсировать произведенные затраты на лечение, К. отрицал факт удаления им зубов.

Однако факт удаления зубов истице врачом К. в судебном заседании подтвердили свидетели.

Из консультативного заключения следует, что у Г. в области 2 и 3 правых верхних зубов имеется выраженный дефект альвеолярного отростка клиновидной формы. Причину образования значительного дефекта в области альвеолярного отростка установить не представляется возможным в виду полного отсутствия первичной медицинской документации.



С учетом изложенных обстоятельств, суд приходит к выводу, что удаление ретинированного 3 зуба было проведено врачом К., а последующее удаление 2 и 4 правых верхних зубов явилось следствием некавалифицированного вмешательства К. при проведении операции удаления зуба.

Ссылки К. на то, что он не выполнял указанную операцию, поскольку у истицы не имеется заключенного договора и квитанции об оплате оказанной услуги, не состоятельны, поскольку данный договор не мог быть заключен, в виду отсутствия лицензии на оказание хирургической помощи.

В судебном заседании установлено, что К. состоял в трудовых отношениях с негосударственным медицинским учреждением N, таким образом, суд полагает, что доводы представителя ответчика негосударственного медицинского учреждения N о возложении ответственности на К. не убедительны и считает, что ответственность по возмещению вреда истице, должна быть возложена на юридическое лицо негосударственного медицинского учреждения N. К. подлежит освобождению от гражданской ответственности.

Суд полагает, что удовлетворению подлежат лишь понесенные истицей фактические затраты на лечение и протезирование. Требования Г. по взысканию с ответчика предполагаемых затрат на предстоящее протезирование удовлетворены быть не могут, поскольку доказательств тому, что истица понесла указанные затраты, оплатив их полностью или частично не представлены.

При определении размеров компенсации морального вреда (физические или нравственные страдания) суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

Суд считает, что ответчик обязан компенсировать истице понесенные ею нравственные и физические страдания, выразившиеся в болевых ощущениях в период проведения операции, а также связанные с последующим лечением, вызванные некачественным оказанием медицинской помощи врачом-стоматологом. Однако суд полагает, что требуемая истицей сумма компенсации морального вреда в 250 000 руб. значительно завышена и полагает возможным взыскать с ответчика в ее пользу 15 000 руб.

В соответствии со ст. 98, 100 ГК РФ, в пользу истицы подлежат взысканию судебные расходы по оплате представителя, понесенные расходы по оплате экспертного заключения, стоимость статистических справок о росте потребительских цен.

На основании изложенного, руководствуясь ст. 194–198 ГК РФ, 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.

## ПРИМЕР 2

### Жалоба

Я, гражданин Ш., с дочерью Ш.М. 1992 года рождения обратился в стоматологическую поликлинику N для удаления правого нижнего 5 молочного зуба в связи со сменой прикуса. Однако вместо молочного зуба моей дочери был удален соседний правый нижний 4 постоянный зуб.

Требования: устранение недостатков оказания медицинской услуги, возможных последствий и компенсации морального вреда. Требую проведения служебного расследования по данному факту.

Заключение комиссии III уровня стоматологической поликлиники N.

В ходе проведенного служебного расследования было определено виновное лицо, которым является врач-интерн, осуществивший удаление правого нижнего 4 постоянного зуба. К данному лицу применены меры дисциплинарного взыскания.

При заключении договора на оказание услуг с одним из стоматологических лечебных учреждений города, администрация поликлиники N гарантирует своевременную оплату выставленных счетов.

### 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 молочного зуба в связи со сменой прикуса.

Однако вместо молочного зуба моей дочери был удален соседний правый нижний 4 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 с 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, установил:

Ш. обратился в суд с иском к стоматологической поликлинике N о возмещении ущерба и компенсации морального вреда.

Выяснены обстоятельства дела.

Ш., с дочерью Ш.М. 1992 года рождения обратился в стоматологическую поликлинику N для удаления правого нижнего 5 молочного зуба в связи со сменой прикуса. После рентгенологического исследования Ш.М. была направлена в хирургический кабинет на операцию удаления зуба. Однако вместо молочного зуба Ш.М. врачом-интерном был удален соседний правый нижний 4 постоянный зуб.

Согласно экспертному заключению для замещения дефекта зубного ряда, необходимо проведение сложного и дорогостоящего лечения.

Выслушав стороны, их представителей, исследовав материалы дела, суд приходит к следующему.

На основании изложенного, обязать администрацию стоматологической поликлиники N оплатить счета любых лечебных учреждений на лечение и протезирование Ш.М., связанные с устранением недостатка оказанной медицинской услуги

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

Суд считает, что ответчик обязан компенсировать понесенные нравственные и физические страдания, выразившиеся в нарушении сна, повышенной раздражительности, замкнутости ребенка, вызванные некачественным оказанием медицинской помощи врачом-интерном. Однако суд полагает, что требуемая истцом сумма компенсации морального вреда в 100 000 руб. завышена и полагает возможным взыскать с ответчика в ее пользу 10 000 руб.

В соответствии со ст. 98, 100 ГК РФ, в пользу истца подлежат взысканию судебные расходы по оплате представителя, понесенные расходы по оплате экспертного заключения, стоимость статистических справок о росте потребительских цен.

На основании изложенного, руководствуясь ст.194–198 ГК РФ, 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 с стоматологической поликлиники N госпошлину в доход государства.

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 [4,13,17,18]. 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.

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].

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

Причиной врачебных ошибок чаще всего становится: в 20–22 % случаев – недостаточное обследование пациента, в 16 % случаев – невнимательное изучение медицинской карты, в 6 % – неправильное истолкование результатов лабораторных анализов [5,6,7,11].

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 % [3].

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 психо-эмоциональными расстройствами [15, 20, 21].

По данным зарубежных авторов необоснованные претензии пациентов к медицинским учреждениям составили в 1984–1990 гг. от 53 % (Великобритания – Reid W.K., 1995) до 59 % (Финляндия – по данным World Congress on medical law, 1999).

Количество жалоб пациентов на медицинских работников продолжает расти практически во всех странах. В США надежно работает система найма менеджеров по риску в медицине, которым поручают определить имеющиеся в конкретной медицинской организации факторы риска и выдвинуть предположение относительно разработки плана мероприятий по их устранению или смягчению их проявлений.

По статистике иски в США получает каждый десятый врач. Однако после их расследования и разбора только одна из 50 жалоб признается обоснованной и доходит до суда [8].

Анализ литературы и судебной практики указывают на рост случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные органы

защиты прав потребителей с исками о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи [3, 15, 20, 21, 26, 27]. Кроме этого отмечается тенденция к появлению заведомых кверулянтов, для которых конфликт – это источник финансового дохода.

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».

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.

Одним из базовых принципов биоэтики является принцип «не навреди», взаимосвязанный с категорией вреда. Понятие «вред» в биоэтике может рассматриваться с позиций врача в четырех смыслах: вред, вызванный бездействием (неоказание помощи); вред, вызванный небрежностью или злым умыслом; вред, вызванный неквалифицированными (или необдуманно) действиями; вред, вызванный необходимыми в данной ситуации действиями.

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 осмотрительности, 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).

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. 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 в качестве ряд условий: причинение вреда здоровью или жизни пациента, противоправность поведения причинителя вреда, причинную связь между вредом и противоправными деяниями лиц, оказывающих медицинскую помощь.

В заключении необходимо сказать о том, что вопросы правового регулирования в здравоохранении неоднократно обсуждались как в юридической, так и в медицинской литературе. Однако сколько бы ни было написано научных статей на эту тему, окончательное решение по любому вопросу медицинского права выносится судебной системой РФ.

## ЛИТЕРАТУРА

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

2. Алексеев С. С. Общая теория права. – Т. 1, Москва, 1981. – 245 с.
3. Балло А. М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред / А. М. Балло, А. А. Балло. – СПб.: БИС, 2001. – 374 с.
4. Болдинов В. М. Ответственность за причинение вреда источником повышенной опасности. – СПб., 2002. – 275 с.
5. Бондаренко Н. Н. Врач-стоматолог и пациент – новые реалии взаимоотношений // Клиническая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 76.
6. Бондаренко Н. Н. Экспертиза и контроль качества стоматологических услуг // Стоматолог. – 2006. – № 1. – С. 3–7.
7. Бондаренко Н. Н. Кому нужно страхование профессиональной ответственности в медицине? // Стоматолог. – 2006. – № 7. – С. 4–6.
8. Вартамян Ф. Е. Здравоохранение Великобритании: реформы последних лет / Ф. Е. Вартамян, С. В. Рожецкая // Здравоохранение. – 2004. – № 8. – С. 77–83.
9. Гурочкин Ю. Д. Судебная медицина: Курс лекций / Ю. Д. Гурочкин, В. И. Витер. – М.: Право и закон, 2003. – 320 с.
10. Данилочкина Ю. В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2003. – 20 с.
11. Дргонец Я. Современная медицина и право: Пер. со словац. / Я. Дргонец, П. Холиндер. – М.: Юрид. литература, 1991. – 336 с.
12. Духно Н. А. Понятие и виды юридической ответственности / Н. А. Духно, В. И. Ивакин // Государство и право. – 2000. – № 6. – С. 12–17.
13. Зайцев В. В. О возмещении вреда здоровью, причиненного увечьем в стоматологической практике / В. В. Зайцев, Е. С. Тучик, В. И. Полуев, А. А. Логинов // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2004. – № 1 (12). – С. 66–68.
14. Красильникова И. П. Долг и ответственность врача // Сибирский медицинский журнал. – 2000. – № 4. – С. 105–107.
15. Малый А. Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий // Медицинское право. – 2003. – № 2. – С. 31–34.
16. Мохов А. А. Теоретические проблемы медицинского права России: Монография. – Волгоград: изд-во Волгоградского государственного университета, 2002. – 176 с.
17. Мохов А. А. Разрешение «Врачебных дел» органами негосударственной гражданской юрисдикции // Медицинское право. – 2004. – № 1. – С. 44–48.
18. Мохов А. А. К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) // Медицинское право. – 2005. – № 1 (9). – С. 32–36.
19. Мохов А. А. Функции обязательств вследствие причинения вреда здоровью или жизни пациента / А. А. Мохов, И. Н. Мохова // Медицинское право. – 2006. – № 3. – С. 35–38.
20. 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.
21. Пашинян Г. А., Добровольская Н. Е. Комплексная судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания стоматологической помощи / Г. А. Пашинян, Н. Е. Добровольская // Медицинское право. – 2009. – № 4. – С. 12–16.
22. Новик А. А. Оценка качества жизни в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. И. Ионова // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
23. Седова Н. Н. Этические и юридические способы разрешения конфликтов в стоматологической практике / Н. Н. Седова, А. А. Филимонов // Медицинское право. – 2009. – № 1. – С. 24–27.
24. 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.
25. 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.
26. Сергеев Ю. Д. Медицинское право: Учебный комплекс: В 3 т. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 784 с.
27. Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Правовое обеспечение современной системы здравоохранения Российской Федерации / Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов // Медицинское право. – 2009. – № 2. – С. 15–19.
28. Стеценко С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: Проблемы юридической классификации // Российский следователь. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
29. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.
30. Флоря В. Н. Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 49–50.

## 6. СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Страхование профессиональной ответственности – новая и динамично развивающаяся отрасль страхования, требующая для эффективного функционирования надлежащего и своевременного правового обеспечения.

Осознание ответственности за свои действия лицом, занимающимся профессиональной деятельностью, порождает у последнего необходимость финансовой защиты от незапланированных претензий и убытков, так как никто не застрахован от ошибок и упущений при осуществлении профессиональных обязанностей, а вред, причиненный такими ошибками, подлежит обязательному возмещению [10, 11, 16, 18, 19, 20, 22, 23].

Страхование профессиональной ответственности в России делает только первые шаги. Этот рынок лишь начинает складываться, высвечиваются первые проблемы, обусловленные нерешенностью ряда теоретических вопросов [7, 12].

В большинстве европейских стран страхование профессиональной ответственности в сфере здравоохранения является обязательным видом страхования. За рубежом опыт страхования медицинских работников накапливается давно, имеет свои достоинства и недостатки [4, 9].

В цивилизованных странах страхование врачей осуществляется специальными страховыми компаниями или профессиональными ассоциациями, причем страховые взносы составляют около 10 % годового заработка врача. В определенной степени это связано с профессиональными рисками: чем больше имеется опасностей и осложнений в специальности, тем выше оплата врачебного труда и страховки.

Врач, который обходится страховым компаниям слишком дорого, может получить от компании предложение об увеличении страхового взноса или вообще лишиться страховки [1, 3].

Основной функцией страхования профессиональной ответственности является восстановительная функция – при наступлении страхового случая осуществляется возмещение ущерба за счет страхового фонда [8, 12].

Назначение данного института состоит в освобождении юридических и физических лиц, оказывающих медицинские услуги, от имущественных обременений, вызванных необходимостью возместить причиненный пациенту вред и (или) осуществить действия по устранению этого вреда (восстановлению здоровья).

Различают личное, имущественное страхование и страхование ответственности. Особую группу отношений составляет медицинское страхование.

По форме проведения страхование может быть обязательное (в силу закона) и добровольное страхование.

Государство устанавливает обязательную форму страхования, когда страховая защита тех или иных объектов связана с интересами не только отдельных страхователей, но и всего общества. Добровольное страхование в отличие от обязательного страхования возникает только на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком. Часто при заключении такого договора между сторонами участвует посредник в виде страхового брокера или страхового агента. Договор страхования удостоверяется страховым полисом. Нормативную базу для организации и проведения добровольного страхования создает страховое законодательство.

Принято различать следующие функции страхования:

- первая функция — это формирование специализированного страхового фонда денежных средств как платы за риски, которые берут на свою ответственность страховые компании. Этот фонд может формироваться как в обязательном, так и в добровольном порядке;
- вторая функция страхования — возмещение ущерба и личное материальное обеспечение граждан. Право на возмещение ущерба в имуществе имеют только физические и юридические лица, которые являются участниками формирования страхового фонда. Возмещение ущерба через

указанную функцию осуществляется физическим или юридическим лицам в рамках имеющихся договоров имущественного страхования. Порядок возмещения ущерба определяется страховыми компаниями, исходя из условий договоров страхования, и регулируется государством (лицензирование страховой деятельности);

- третья функция страхования — предупреждение страхового случая и минимизация ущерба — предполагает широкий комплекс мер, в том числе финансирование мероприятий по недопущению или уменьшению негативных последствий несчастных случаев, стихийных бедствий.

Прежде всего, необходимо определиться с основными понятиями, имеющими отношение к страхованию профессиональной ответственности медицинских работников.

**Гражданская ответственность** – предусмотренный законодательством вид ответственности имущественного характера, который влечет за собой в силу закона (договора) обязанность лица, причинившего ущерб, полностью возместить убытки потерпевшему (третьему лицу).

**Страховая ответственность** – обязанность страховщика выплатить страховую сумму или страховое возмещение.

**Страховая гражданская ответственность** (страхование на случай возмещения вреда) – вид имущественного страхования, при котором через заключение договора страхования гражданской ответственности обязанность возместить убытки третьему лицу перекладывается на страховщика.

Страховая защита характеризуется объективными и субъективными признаками. К объективным признакам принято относить: случайный характер наступления отрицательных последствий; реальность нанесенного материального ущерба и вреда жизни или здоровью; необходимость предупреждения отрицательных последствий, их устранения и возмещения причиненного ущерба.

Совокупность указанных признаков свидетельствует о наличии страхового риска в процессе общественного производства. К субъективным признакам страховой защиты относят осознанную необходимость участников общественных отношений (государство,

физические и юридические лица) принимать меры к осуществлению страхования [10, 11, 17].

Можно указать следующие причины, которые должны побуждать к обязательному страхованию профессиональной ответственности в современной России: наличие случаев причинения вреда жизни и здоровью граждан; наличие исков, предъявляемых медицинским организациям гражданами в порядке возмещения вреда, причиненного их здоровью и жизни; отсутствие или недостаточность у медицинских организаций денежных средств для исполнения, вступивших в законную силу судебных решений.

Договор страхования должен соответствовать специальным правилам о страховании, установленным положениями главы 48 ГК РФ, а также общим правилам, регулирующим гражданские правоотношения и установленным частью первой ГК РФ.

Под договором страхования профессиональной ответственности следует понимать договор, по которому одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить третьему лицу (потерпевшему) причиненный при осуществлении страхователем профессиональной деятельности вред в обусловленной договором сумме (выплатить страховое возмещение), а другая сторона (страхователь) – обязуется уплатить страховые взносы в установленные договором сроки.

При этом следует учитывать особенности российской действительности. Условия договора страхования могут быть следующими:

- **страхователи** – медицинские организации и частнопрактикующие врачи;
- **страховщики** – страховые организации, имеющие разрешение (лицензию) на осуществление страхования профессиональной ответственности медицинских работников, медицинских учреждений и организаций, оказывающих медицинские услуги;

Страховые компании, занимающиеся страхованием профессиональной ответственности медицинских работников, напрямую заинтересованы в снижении дефектов, ошибок в деятельности медицинского корпуса, влекущих за собой неблагоприятные последствия для

жизни или здоровья пациентов. Однако напрямую они повлиять на поведение врачей и пациентов не могут. Здесь используются косвенные методы: контроль качества медицинской помощи; анализ дефектов помощи, проводимых экспертами страховых компаний; поддержка мероприятий, направленных на повышение квалификации медицинских работников; финансирование отдельных научных исследований в этой сфере; реклама здорового образа жизни, необходимости соблюдения рекомендаций врача, отказа от самолечения и т. п.

- **лица**, имеющие право на получение страхового возмещения при наступлении страхового случая (выгодоприобретатели) – лица, которые в соответствии с положениями Главы 59 (Обязательства вследствие причинения вреда) ГК РФ имеют право на возмещение вреда, причиненного здоровью или жизни вследствие недостатков медицинской услуги, оказанной страхователем;
- **объект страхования** – риск ответственности страхователя по обязательствам, которые могут возникнуть в случае причинения вреда здоровью и жизни других лиц вследствие недостатков медицинских услуг, оказанных страхователем;
- **страховой случай** – причинение вреда здоровью и (или) жизни другого лица (лиц) вследствие недостатков медицинских услуг, оказанных страхователем в период действия страхования, если данное событие признано страховщиком в досудебном (претензионном) порядке, либо установлено вступившим в законную силу решением суда по делу с участием страховщика;
- **страховая сумма** (сумма, в пределах которой страховщик обязуется выплатить страховое возмещение) – определяется соглашением страхователя со страховщиком при заключении договора страхования, но не может быть менее установленного законом размера на дату заключения договора;
- **страховая премия** (плата за страхование, которую страхователь обязан уплатить страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования) – определяется при заключении договора страхования;

- **размер страховой премии** – определяется согласно страховым тарифам, установленным с учетом объекта страхования и характера страхового риска (вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления) страховщиком по согласованию с органами государственного страхового надзора;
- **порядок уплаты страховой премии** – одновременно при заключении договора страхования либо в рассрочку (определяется договором страхования);
- **срок действия договора**;
- **страховое возмещение** (выплата, осуществляемая страховщиком при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение) – выплачивается страховщиком в размерах, установленных соглашением с выгодоприобретателем и страхователем (медицинской организацией, ответственность которой застрахована) либо вступившим в законную силу решением суда;
- **условия**, на которых заключается договор страхования, могут быть (с учетом изложенных выше положений) определены в стандартных правилах страхования соответствующего вида.

На наш взгляд, необходимо скорейшее принятие федерального Закона «О профессиональной ответственности медицинских работников», с одновременным внесением соответствующих изменений и дополнений в действующие законодательные акты, в частности, в «Основы законодательства об охране здоровья граждан».

Для введения механизма страхования профессиональной ответственности медицинских работников необходимо внесение дополнений в «Положения о порядке аккредитации медицинских учреждений» и в «Правила лицензирования медицинской деятельности». Страхование профессиональной ответственности в России развивается хаотично, непоследовательно. Для упорядочения общественных отношений по страхованию профессиональной ответственности, исключения дублирования норм, а также устранения пробелов и противоречий, представляется необходимым самостоятельный закон – ФЗ «О страховании профессиональной ответственности в Российской Федерации».



Необходимо скорейшее введение закона об обязательном страховании профессиональной ответственности врачей. Следует предусмотреть возможность аккредитации и получения лицензии медицинским учреждением только при наличии у работников (врачей) полисов по страхованию профессиональной ответственности.

Необходимо лицензирование деятельности врачей, а не медицинской организации. При этом практикующий врач имеет личную заинтересованность в страховании своей ответственности. Для страховой компании важно наличие четкого договора страхования, в котором учтены все нюансы, в том числе то, что конкретно является страховым случаем, а что подпадает под исключения (например, отказ в выплате страхового возмещения при возникновении убытка вследствие несоблюдения пациентом предписанного режима или назначенного препарата).

Медицинские работники должны реально осознавать весь объем своей ответственности и возможность понести значительные убытки. С другой стороны пациенты должны понимать, что наличие у врачей полиса по страхованию профессиональной ответственности гарантирует им финансовую защиту при возникновении каких-либо претензий к профессиональным действиям [1].

При обращении к врачу пациенты вправе требовать наличие полиса по страхованию профессиональной ответственности и таким образом поощрять и стимулировать спрос на страхование со стороны лиц, занимающихся профессиональной деятельностью.

Страхование профессиональной ответственности можно рассматривать как один из важных атрибутов правового государства, как экономическую защиту. Необходимо принятие законов, касающихся обязательности страхования профессиональной ответственности в тех отраслях, где это необходимо, в первую очередь в медицине формирования четкой определенной системы рассмотрения и судебного урегулирования претензий, возникающих в результате деятельности профессиональных лиц.

С развитием правовой системы следует решать и проблемы досудебного урегулирования претензий клиентов к профессиональным лицам [2, 12, 13, 14, 15, 21, 24].

В России многие вопросы страхования следует решать профессиональным организациям и объединениям (врачебными ассо-

циациями), как это происходит на западном страховом рынке. Такие организации хорошо понимают всю специфику и особенности деятельности в определенных профессиях и могут разрабатывать рекомендации и требования по страхованию профессиональной ответственности, предоставлять страховщикам необходимую информацию для расчета тарифов и снижения стоимости страхования для членов и участников данных организаций. И в данном случае необходима активизация со стороны стоматологических организаций и всего врачебного сообщества по реализации права на страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

Таким образом, введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в частности стоматологов:

1) обеспечит гарантии возмещения вреда в случае его причинения при оказании стоматологической помощи; уменьшить убытки медицинских стоматологических организаций, обусловленные возмещением вреда;

2) снизит риск банкротства и ликвидации медицинских организаций, когда такой риск обусловлен невозможностью погашения задолженности из-за отсутствия денежных средств;

3) снизит объем убытков у государства (казны, бюджета), на которое в ряде случаев может быть возложена ответственность как на собственника по долям созданных им учреждений и организаций;

4) повысит качество оказываемых стоматологических услуг;

5) снизит уровень конфликтности, так как для пациента гарантировано возмещение причиненного ущерба, а для врача обеспечен механизм разрешения данного юридического конфликта.

Для изучения проблем страхования профессиональной ответственности врачей-стоматологов было проведено социологическое исследование на базе государственных и частных стоматологических учреждений г. Волгограда. В исследование приняло участие 170 врачей-стоматологов различных специальностей (терапевты, хирурги, ортопеды и детские врачи), в возрасте от 23 до 57 лет. В выборке сохранено гендерное распределение, типичное для работоспособного населения России в данный временной отрезок. Распределение респондентов в зависимости от места работы было следую-

шим: в государственных стоматологических учреждениях работали 77 % респондентов, 23 % представляли частные стоматологические учреждения.

Распределение респондентов в зависимости от работы в государственном или частном секторе отчасти является отражением общей тенденции занятости врачей-стоматологов в организациях различных форм собственности [1, 13, 15]. Но в данном случае это имеет региональный, а не федеральный характер. Из исследования были исключены респонденты, совмещающие работу и в государственных и частных стоматологических организациях.

Распределение респондентов в зависимости от специализации также подтверждает общие тенденции, характерные для стоматологической службы. Терапевты-стоматологи – 43,5 %, ортопеды – 19 %, хирурги-стоматологи и челюстно-лицевые хирурги – 12,5 %, детские врачи-стоматологи – 25 %.

Распределение респондентов в зависимости от возраста: от 23 до 30 лет – 22 %, от 31 до 40 лет – 34 %, от 41 до 50 лет – 20,5 %, от 51 и старше – 23,5 %.

Наибольшее количество респондентов (34 %), принявших участие в социологическом исследовании, находились в возрастной группе от 31 до 40 лет. Респонденты остальных возрастных групп имеют приблизительно равные значения.

Распределение респондентов в зависимости от присвоенной им квалификационной категории: высшая – 43 %, первая – 30,5 %, вторая – 16 %, не имеют категории – 16 %.

Наибольшее количество респондентов имели высшую и первую квалификационные категории – 73,5 %.

Страхование профессиональной ответственности дает возможность профессиональному лицу (врачу) и его клиенту (пациенту) избежать серьезных финансовых потрясений вследствие нарушений и ошибок в профессиональной деятельности [7, 8, 10, 14].

Само страхование потому и существует, что существует возможность возникновения убытков. Однако несовершенство правовой базы и низкая культура страхования в России тормозят динамичный рост страхования профессиональной ответственности [2, 3, 4, 9, 10].

Респондентам был задан следующий вопрос: как Вы считаете, какие существуют причины, препятствующие становлению страхования профессиональной ответственности медицинских работников?

Несовершенство профессионального законодательства медицинских работников	33	(19 %)
Пассивность врачебного сообщества	25	(15 %)
Несовершенство законодательства о страховании	37	(22 %)
Низкая культура страхования в стране	30	(18 %)
Затрудняюсь ответить	45	(26 %)
Всего ответов	170	(100 %)

Полученные приблизительно равные данные, за исключением ответа «пассивность врачебного сообщества» – 15 %, демонстрируют, что стоматологи не могут точно определить и выделить каковы же основные причины, препятствующие становлению института страхования профессиональной ответственности в нашей стране. Подтверждением этого же является и то, что наибольшее значение – 26 % имеет ответ «затрудняюсь ответить».

Вероятно, что одной из основных причин такого положения является несовершенство законодательной базы.

Рассмотрим самые очевидные проблемы действующего законодательства относительно ответственности медицинских организаций и медицинских работников.

Во-первых, действующее законодательство о страховании не отличается четкостью в вопросе о круге лица, обязанных страховать свою ответственность: ими являются и физические лица, и юридические лица, либо и первые, и вторые.

По мнению А. А. Мохова с соавторами (2006), необходимо четко разграничить страхование гражданской ответственности вообще и страхование профессиональной ответственности как частный случай гражданской ответственности (при котором страхуются интересы физического лица – профессионала).

Во-вторых, страхованием гражданской ответственности в настоящее время не могут пользоваться медицинские учреждения, находящиеся на бюджетном финансировании. Договоры

такого вида заключают только хозрасчетные медицинские учреждения, частнопрактикующие врачи или учреждения, находящиеся на бюджетном финансировании, но имеющие хозрасчетные подразделения.

В-третьих, в рыночных условиях может быть рассмотрен вариант страхования профессиональной ответственности за счет самих работников медицинских организаций, так как именно они непосредственно причиняют вред в силу своей некомпетентности или иных причин. Такой вариант страхования прорабатывается в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ.

Следующий вопрос социологического исследования звучал так: кто, по Вашему мнению, может выступать в роли страхователя профессиональной ответственности врачей-стоматологов?

Лично врач	11	(6 %)
Стоматологическая организация	71	(42 %)
Государство	49	(29 %)
Затрудняюсь ответить	39	(23 %)
Всего ответов	170	(100 %)

Как можно убедиться, большинство врачей-стоматологов имеют заинтересованность в полисе страхования профессиональной ответственности (мотивируя ее обретением стабильности или запросами пациентов), однако не готовы приобретать полисы за свой счет. Большинство респондентов видит в роли страхователя либо стоматологическую медицинскую организацию (42 %), либо государство (29 %). В интервью врачи-стоматологи в качестве причин, по которым они не желают или не могут застраховать свою профессиональную ответственность лично, большинство указало на низкий уровень оплаты труда в здравоохранении (73 %).

Варианты ответов предыдущего вопроса дают возможность сформулировать следующий вопрос и определить уровень осведомленности врачей-стоматологов об условиях и возможностях страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Вопрос звучал следующим образом: как Вы думаете, каков Ваш уровень знаний по вопросу страхования профессиональной ответственности?

Достаточный	19	(11 %)
Недостаточный	119	(70 %)
Затрудняюсь ответить	32	(19 %)
Всего ответов	170	(100 %)

Полученные нами данные демонстрируют, что 70 % врачей-стоматологов недостаточно осведомлены о возможностях страхования своей профессиональной ответственности. Отчасти этот результат был нами спрогнозирован, так как одной из проблем медицинского права является низкий уровень правовой грамотности врачей. Что является следствием общегражданской правовой неграмотности населения страны.

В интервью большинство респондентов выразили желание повысить свой уровень правовой грамотности, понимая, что успешно строить свою профессиональную деятельность без этих знаний уже нельзя.

Вернемся к выяснению проблем законодательной базы.

В-четвертых, Всероссийскому союзу страховщиков по согласованию со Службой по надзору за страховой деятельностью необходимо разработать и утвердить типовые правила страхования профессиональной ответственности медицинских работников. А также следует изменить механизм лицензирования в сфере здравоохранения.

В-пятых, весьма важным представляется вопрос о том, кто должен будет оценивать объем и качество оказания медицинской помощи. Установить в деяниях медицинского работника условий гражданско-правовой ответственности – большая проблема в силу непредсказуемости последствий воздействий того или иного вида лечения на организм пациента, а также в силу «корпоративности» медицинских работников. Пациенту, претендующему на получение страхового возмещения, надо убедить суд и «переспорить» врача, а также страховщика в том, что профессионалом допущены те или иные нарушения.

В-шестых, остро стоит вопрос о форме страхования профессиональной ответственности. Проблема недостатка средств у медицинских учреждений на оплату страховых взносов, а также проблема обеспечения страховой защитой персонала медицинских учреж-

дений может быть хотя бы частично разрешена принятием норм, устанавливающих обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

Мы спросили мнение врачей-стоматологов по этому поводу, вопрос звучал следующим образом: хотели бы Вы, чтобы Ваша профессиональная ответственность была застрахована?

Да	152	(89 %)
Нет	8	(5 %)
Затрудняюсь ответить	10	(6 %)
Всего ответов	170	(100 %)

Большинство респондентов (89 %) выразили желание застраховать свою ответственность, понимая, что механизм страхования является формой как социальной, так и правовой защиты врачей-стоматологов от непредвиденных обстоятельств профессиональной деятельности. Ответы «нет» и «затрудняюсь ответить» составили минимальные значения и принадлежали врачам со стажем профессиональной деятельности менее двух лет.

И последний вопрос, который был задан врачам-стоматологам, явившийся как бы логическим завершением нашего социологического исследования: как Вы считаете, какие формы страхования профессиональной ответственности должны существовать в нашей стране?

Обязательная форма	83	(49 %)
Добровольная форма	25	(15 %)
Обязательная и добровольная формы	56	(33 %)
Затрудняюсь ответить	6	(3 %)
Всего ответить	170	(100 %)

Позитивным является тот факт, что только 3 % респондентов затрудняются выразить свою активную позицию по данному вопросу. Практически половина респондентов, из числа опрошенных отдали свое предпочтение обязательной форме страхования профессиональной ответственности для медицинских работников. В интер-

вью они высказали мнение, что подразумевают под обязательной формой страхования – гарантии со стороны государства при возникновении страхового случая.

Более трети респондентов отдают свое предпочтение существованию как обязательной, так и добровольной форме страхования профессиональной ответственности, мотивируя свой ответ возможностью иметь выбор.

Таким образом, полученные данные проведенного исследования дают возможность сделать определенные выводы.

- Основной причиной необходимости страхования профессиональной ответственности, по мнению врачей-стоматологов, является потребность в обретении стабильности и уверенности в осуществлении профессиональной деятельности.
- Стоматологи, принявшие участие в анкетировании не могут точно определить каковы же основные причины, препятствующие становлению института страхования профессиональной ответственности медицинских работников в нашей стране.
- Основными причинами, затрудняющими становление института страхования профессиональной ответственности, является несовершенство, как профессионального законодательства, так и законодательства о страховании.
- По мнению врачей в роли страхователя профессиональной ответственности должны выступить либо страховые компании (42 %), либо государство (29 %). В интервью врачи-стоматологи в качестве причин, по которым они не желают или не могут застраховать свою профессиональную ответственность лично, большинство указало на низкий уровень оплаты труда (73 %).
- При социологическом исследовании было выяснено, что врачи-стоматологи не обладают достаточным уровнем знаний по вопросу страхования своей профессиональной ответственности, что является одной из актуальных проблем медицинского права.
- Около половины респондентов из числа опрошенных отдают свое предпочтение обязательной форме страхования,

подразумеваемая под этим гарантии со стороны государства при возникновении страхового случая.

- Большинство респондентов (89 %) выразили свое желание застраховать свою ответственность (риски), понимая, что механизм страхования является формой социальной и правовой защиты медицинских работников от непредвиденных обстоятельств профессиональной деятельности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азаров А. В. Некоторые аспекты страхования профессиональной ответственности медицинских работников // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 3. – С. 32–33.
2. Афанасьева О. Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2006. – 24 с.
3. Вартамян Ф. Е. Здравоохранение Великобритании: реформы последних лет / Ф. Е. Вартамян, С. В. Рожешкая // Здравоохранение. – 2004. – № 8. – С. 77–83.
4. Жилинская Е. В. Страхование профессиональной ответственности в здравоохранении / Е. В. Жилинская, Е. П. Жиляева // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 6. – С. 48–50.
5. Кагаловская Э. Т. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников России: сущность и проблема развития / Э. Т. Кагаловская, С. А. Солощева, М. В. Лысенкова // Финансы. – 2003. – № 10. – С. 42–46.
6. Капранова С. З. Нормативно-правовая база страхования профессиональной ответственности медицинских работников в современных условиях // Медицинское право. – 2006. – № 6. – С. 28–31.
7. Коротких Р. В. Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников / Р. В. Коротких, Е. В. Жилинская, Н. В. Симакова, Н. Х. Лукова // Здравоохранение. – 2000. – № 7. – С. 49–64.
8. Малейна М. Н. О предмете гражданского права // Государство и право. – 2001. – № 1. – С. 25–31.
9. Малейна М. Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. – М.: МЗ Пресс, 2001. – 244 с.
10. Мохов А. А. Проблемы и перспективы страхования гражданской ответственности / А. А. Мохов, Г. Р. Акишева, С. Ю. Капранова // Общество и личность: Интеграция, партнерство, социальная защита: материалы 2 меж-

региональной научно-практической конференции. – Элиста. КФ МОСУ, 2006. – С. 160–165.

11. Леонтьев В. К. Профессиональные риски и профессиональная ответственность работников стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, В. И. Полуев, В. Т. Шестаков // Тр. VII Всерос. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 52–57.

12. Леонтьев О. В. Медицинская помощь: права пациента. – СПб.: ИК «Невский проспект», 2002. – 160 с.

13. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М.: Триумф, 2002. – 192 с.

14. 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.

15. Седова Н. Н. Соотношение юридической, административной и этической регуляции деятельности медицинских работников // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 34–46.

16. Тимофеев И. Юридическая оценка и правовые последствия медицинской ошибки / И. Тимофеев, О. Леонтьев // Стоматолог. – 2004. – № 6. – С. 9–13.

17. Тихомиров А. В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Изд-во «Статус», 1998. – 418 с.

18. Тихомиров А. В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) // Здравоохранение. – № 11. – 2000. – С. 149–164.

19. Тихомиров А. В. Здравоохранение: правовые аспекты // Главврач. – 2002. – № 6. – С. 38–40.

20. Тучик Е. С. Об уголовной и гражданской ответственности врачей за профессиональные правонарушения / Е. С. Тучик, В. И. Полуев, А. А. Логинов // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: Авиаиздат, 2001. – С. 119–120.

21. Файнштейн А. Б. Социальные субъекты защиты прав пациента: Дис. ... канд. социол. наук / А. Б. Файнштейн; ВолГМУ. – Волгоград, 2004. – 142 с.

22. Хальфин Р. А. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников / Хальфин Р. А., Кузнецов П. П., Юрьев Д. А. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. – 160 с.

23. Харитоновна М. П. Профилактика правовых ошибок в лечебно-диагностической деятельности специалистов стоматологического профиля // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2005. – № 2 (13). – С. 63–66.

24. Шилина С. В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Дис. канд. мед. наук / С. В. Шилина; ВолГМУ. – Волгоград, 2004. – 149 с.