

Медицинская кафедра *Cathedra medicinae*

БИОТЕРРОРИЗМ.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ
ПРОФИЛАКТИКА

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ
НЕФРОПАТИЯ

ГЕМАКОД.
ЧТО ЭТО ТАКОЕ?

ВРАЧЕБНАЯ
ОШИБКА. ДЕЛИКТ.
ПРЕСТУПЛЕНИЕ

КОНСИЛИУМ:
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

ISSN 1683-691X



9 771683 691007 >

Р-пресс

Врачебная ошибка? Деликт? Преступление? Разберемся с терминологией



**Ирина Гавриловна
АНТИПИНА,**
консультант МК

В предыдущих номерах МК мы так или иначе затрагивали вопрос ответственности врача за ненадлежащее выполнение своих обязанностей. Когда же ошибка врача повлечет за собой ответственность, а когда – нет? Как соотносятся медицинская, деонтологическая и правовая терминология? Где ошибка, а где деликт или преступление? Есть ли разница? И кто устанавливает эту границу?

Законодательно эта проблема не решена: если мы и встречаем иногда в нормативных актах понятие «врачебная ошибка», нормативного определения этот термин не получил. Можем ли мы ответить на поставленные вопросы, исходя из знаний о праве в целом?

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан содержат понятие «недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей» (статьи 58 и 68), Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями – понятие «ненадлежащее выполнение условия договора», Уголовный кодекс – «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей». Иных оснований ответственности врача ни законодательство об охране здоровья, ни гражданское законодательство в целом, ни уголовное законодательство не устанавливают. Так будет ли ошибка врача основанием ответственности?

Нужно различать термин «врачебные ошибки», употребляющийся в нормативных актах Министерства здравоохранения и часто имеющий нейтральное значение, и понятие «врачебные ошибки», часто употребляемое в прессе как эквивалент американского термина «malpractice». Malpractice означает как раз ненадлежащее оказание медицинской помощи, предполагающее какую-либо форму вины. Поэтому в бытовом обращении часто о врачебной ошибке говорят как о недопустимом явлении: например, в материале газеты «Медицинский вестник» от 29 августа 2001 г. говорится об «ошибке» медицинской сестры, выключившей сигнал тревоги, который подавался кардиомонитором, что привело к смерти пациента. В данном случае очевидно, что высококвалифицированная медицинская сестра не могла не знать, что этого не следует делать, т.е., скорее всего, говоря языком Уголовного

Деликт (*от лат. delictum – проступок*) – причинение неправомерными действиями вреда личности или имуществу граждан, а также причинение вреда организации, заключение противозаконной сделки, неисполнение договорных обязательств, нарушение права собственности, авторских или изобретательских прав и других гражданских прав (Общая теория права. Учебник под ред. А.С. Пиголкина)

кодекса РФ, сознательно допускала возможность наступления негативных последствий или относилась к ним безразлично. Здесь уже мы видим косвенный умысел на причинение вреда здоровью – преступление гораздо более тяжкое, чем причинение вреда здоровью по небрежности, что мы гораздо чаще имеем в виду, когда речь идет о врачебных ошибках.

В нормативных актах федерального уровня нет определения понятия «врачебная ошибка». Ни в Приказе Минздрава РФ от 22.01.2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ни в нормативных актах Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), регулирующих вопросы внедомственной экспертизы качества медицинской помощи, мы не встречаем этот термин.

Именно поэтому вопрос вызывает дискуссии. Например, на сайте www.medpravo.ru предлагается обсудить проблему ограничения понятия врачебной ошибки от преступления, деликта и т.д. Я не возьму на себя смелость предлагать теоретические выводы – они в любом случае будут носить лишь характер гипотезы. Я лишь хочу обратить внимание медиков-практиков на то, что **сейчас «врачебная ошибка» – это не правовой термин**. Мы можем говорить лишь об общепринятом, а не профессиональном употреблении слова «ошибка» в нормативных документах.

Ошибка врача в общем смысле может вызвать юридические последствия – возникновение ответственности врача или медицинского учреждения. Но ошибки могут быть вызваны и недостатками уровня развития медицины в целом или уровня развития отечественной медицины и т.д. Конечно, в таких случаях о юри-

дической ответственности врача или медицинского учреждения говорить не приходится.

Итак, врачебные ошибки могут быть как правомерными, так и неправомерными. Последние относятся к случаям оказания медицинской помощи ненадлежащего качества и влечут за собой возникновение различных видов юридической ответственности.

КОГДА ОШИБКА ПРАВОМЕРНА?

Ошибка будет считаться не выходящей за рамки правового порядка, если принятые решение или произведенное действие соответствовали существующим стандартам и профессиональному уровню врача (т.е. любой другой врач соответствующей специальности, подобной квалификации и опыта в сравнимых обстоятельствах при необходимом уровне осмотрительности и внимательности мог бы совершить эту ошибку).

Другое дело, что ошибка может повлечь за собой ответственность медицинского учреждения, но этот вопрос уже рассматривался в первом номере нашего журнала за 2002 г. Напомню, что чаще всего именно риск ответственности за такие ошибки можно застраховать.

Кстати, следует заметить следующее: так как словосочетание «врачебная ошибка» не несет ни юридической, ни профессионально-медицинской смысловой нагрузки, оно не имеет строгого содержания: т.е. к врачебной ошибке мы вполне можем отнести и такие су-губо деонтологические случаи, как недостаточное информирование пациента о ходе лечения, неполучение согласия пациента на то или иное вмешательство и т.п.

За рубежом такие ошибки тоже достаточно часто приводят к негативным для врача судебным решениям.

Например, показательно в этом отношении дело, описанное в одном из номеров Журнала Канадской медицинской ассоциации за 1996 г.

Врач сделал переливание крови пациенту, находившемуся без сознания из-за шока и тяжелых повреждений лица. Однако выяснилось, что пациент носил с собой расписку, в которой указывалось, что он принадлежал к secte «Свидетелей Иеговы, которая не допускает переливание крови ни под каким предлогом. Врач был уведомлен об этой расписке, но тем не менее произвел переливание. Суд признал врача виновным в оскорблении, несмотря на то, что врач, возможно, спас пациенту жизнь. Таким образом, налицо врачебная ошибка – ошибка в оценке воли пациента и в принятии решения.

КТО УСТАНАВЛИВАЕТ ПРАВОМЕРНОСТЬ ОШИБКИ?

С середины 1990-х гг. в России ведется работа по созданию системы внедомственного контроля качества медицинской помощи. Этот контроль осуществляется страховыми организациями, оказывающими услуги по обязательному медицинскому страхованию, и профессиональными медицинскими организациями. Совместным Приказом Минздрава РФ от 24.10.1996 г. № 363 и ФОМС РФ № 77 «*О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации*» утверждены Положение о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и Положение о системе внедомственного контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации. В этих положениях разграничивается компетенция различных ведомств и организаций по проведению экспертизы качества медицинской помощи, предусмотрены случаи обязательной ведомственной экспертизы и указываются лица, проводящие эти экспертизы.

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования 20 января 1997 г. издал приказ № 9 «Об организации внедомственной экспертизы качества медицин-

ской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС)». В этом приказе требуется создать структурные подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

В проведении вневедомственной экспертизы участвуют как штатные, так и внештатные эксперты.

Таким образом, каждый конкретный случай может пройти три стадии экспертного контроля:

- 1) ведомственная экспертиза проводится должностными лицами ЛПУ или соответствующими должностными лицами и комиссиями системы Министерства здравоохранения как в обязательном порядке, так и по методу «случайной выборки»;
- 2) внедомственная экспертиза проводится штатными и внештатными экспертами системы ОМС и профессиональных медицинских ассоциаций, в большинстве случаев на основании заявлений пациентов;
- 3) судебно-медицинская экспертиза назначается судьей, если возбуждено гражданское или уголовное дело (в случае уголовного дела судебно-медицинская экспертиза может быть назначена следователем), проводится экспертами судебно-медицинских бюро, являющихся специализированными учреждениями системы Министерства здравоохранения, но может быть поручена и иным лицам, «обладающим специальными познаниями» в области медицины.

На любой ступени допускается привлечение к участию в экспертизе медиков-специалистов и научных деятелей.

В соответствии со статьей 198 Уголовно-процессуального кодекса РФ (вступившего в силу с 1 июня 2002 г.), *при назначении судебно-медицинской экспертизы в уголовном деле обвиняемый может ходатайствовать перед судом или перед следователем:*

Преступление – виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ под угрозой наказания (статья 14 УК РФ).

– о привлечении в качестве экспертов указанных им лиц;

– о производстве судебной экспертизы в конкретном экспертном учреждении.

Это не значит, что судья или следователь обязаны удовлетворить ходатайство и назначить лиц, указанных обвиняемым, но отказ в этой просьбе должен быть мотивирован.

Помимо этого, *обвиняемый вправе ходатайствовать о внесении в постановление дополнительных вопросов эксперту*. Это важно, так как вопросы эксперту формируются чаще всего следователем, реже – судьей, которые, разумеется, не являются специалистами в области медицины и не всегда могут уловить нюансы, важные для разрешения «врачебного» дела. Правда, *новым УПК эксперту предоставлена возможность давать заключение «по вопросам хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования»* (пункт 4 части 3 статьи 57 и часть 2 статьи 204 УПК).

Сходным образом дело обстоит и с экспертизой в гражданском процессе, с той только разницей, что в гражданском процессе нет фигуры следователя, поэтому *экспертиза может быть назначена только судом*, а круг вопросов формируется судьей с учетом мнения сторон.

Обязательно нужно помнить, что на любом из этих уровней в большинстве случаев *экспертиза будет проводиться на основании медицинских документов*, а потому приходится еще раз повторить уже навязший на зубах, но все же актуальный тезис о необходимости правильного, своевременного и подробного составления медицинских документов в соответствии со стандартами.

Экспертизой проверяется соответствие оказанной помощи отраслевым стандартам и профессиональному уровню врача.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕПРАВОМЕРНОЙ ОШИБКИ

НЕПРАВОМЕРНАЯ ОШИБКА относится к случаям оказания медицинской помощи ненадлежащего качества и, если мы переведем общее понятие в юридические термины, является **ИЛИ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ, ИЛИ ДЕЛИКТОМ**. Это означает, что врач в результате совершения ошибки может быть вовлечен как в уголовный (преступление), так и в гражданский (деликт) процесс.

Как различить, когда ошибка будет служить основанием уголовной ответственности, а когда – гражданской?

Во-первых, нужно помнить следующее: концепция уголовной ответственности, применяемая в нашей стране, предполагает, что **человек, совершивший преступление, несет ответственность не перед тем, кто от этого преступления пострадал, а перед государством и обществом в целом**. Из-за этого уголовное дело может быть возбуждено вне зависимости от того, поддерживает ли обвинение пациент или нет. Поэтому уголовные дела могут быть возбуждены по результатам, например, проведения плановых внедомственных экспертиз.

Для гражданского же дела необходим иск **пациента в суд**. Гражданским процессуальным кодексом предусмотрены некоторые исключения из этого правила, когда иск может быть подан прокурором, специально уполномоченными органами или организациями. Но для таких исков все равно чаще всего нужна инициатива граждан, которые подают заявления и жалобы в прокуратуру или соответствующие организации (например, в территориальные фонды ОМС). Судебное разрешение гражданского дела без желания пациента маловероятно.

Именно поэтому **большинство споров о гражданской ответственности можно**

разрешить с помощью согласительных процедур, не обращаясь в суд.

Во-вторых, наступление уголовной ответственности в результате профессиональной ошибки ограничено случаями, указанными в Уголовном кодексе: если эта ошибка стала причиной смерти пациента или причинения тяжкого вреда или вреда средней тяжести, причем, разумеется, без умысла врача, но по его вине.

Например, в одном из московских судов рассматривалось уголовное дело о ненадлежащем лечении, повлекшем за собой смерть пациента. В заключении ведомственной экспертизы было указано, что врач задержал оперативное вмешательство и при наличии источника интоксикации (перитонита) необоснованно назначил больному внутривенно коргликон; для профилактики послеоперационного пареза кишечника не был введен раствор новокaina в корень брыжейки. Кроме того, был обнаружен еще ряд нарушений. Пациент умер. Задачей суда было установить, умер ли пациент именно из-за проведенного таким образом лечения и мог ли врач провести лечение по-другому. Дело было прекращено за недоказанностью.

Гражданская ответственность возникает в том случае, когда из-за ошибки врача здоровью пациента причинен ущерб (причем здесь не имеет значения степень тяжести вреда здоровью) либо если не соблюдены условия заключенного договора. Вопрос о разделении гражданской ответственности врача и медицинского учреждения уже рассматривался во втором номере нашего журнала за 2002 г.

Показательным примером в этом отношении является дело гражданки Е.З. Мартыновой, приведенное в определении Конституционного суда № 115-О (см. ниже).

Причем необходимо помнить, что **ущерб** (гражданско-правовой термин) пациенту имеет материальное выражение: можно подсчитать, какую сумму пациент затратил на восстановление здоровья, сколько он потерял в зарплатной плате, пропустив рабочие дни по больничному листу, какую сумму он не получил из-

за того, что из-за пошатнувшегося здоровья не смог заключить выгодный контракт, предложенный ему и т.п.

Вред здоровью различной степени тяжести (уголовно-правовой термин) устанавливается по иным принципам. «Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью», утвержденные Приказом Минздрава РФ от 10.12.1996 г. № 407, подробно описывают критерии, по которым определяется, причинен ли вред здоровью и какой он тяжести. Наверное, даже тем медикам, которые не сталкиваются с проведением судебно-медицинской экспертизы, все равно стоит хотя бы пробежать глазами эти Правила во избежание неприятных сюрпризов. Например, в одном из материалов в прессе я недавно нашла мнение о том, что неудовлетворительные результаты пластической хирургии не могут быть основанием уголовной ответственности. Это не всегда так: например, признаками причинения тяжкого вреда здоровью названы среди других «неизгладимое обезображене лица» и «утрата каким-либо органом его функций». Если, например, проведена пластическая операция носа таким образом, что пациент в результате операции теряет возможность им дышать, это будет квалифицировано как «причинение тяжкого вреда здоровью».

Но ошибка, даже если она неправомерна, может и не привести к судебному разбирательству. В преобладающем большинстве случаев споры разрешаются либо на уровне медицинского учреждения, либо на уровне страховых организаций (или территориальным фондом ОМС – ТФОМС).

НЕМНОГО СТАТИСТИКИ

Статистические данные, доложенные представителями ТФОМС на VII конференции «Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения», очень обнадеживают. Эта конференция была проведена на базе НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко в апреле 2002 г.

Несмотря на то что, по всем регионам **увеличилось количество** случаев проведения **экспертизы** по сравнению с предыдущими годами (начиная с 1998-го), гораздо **меньше** для находимых **дефектов** (например, по данным ТФОМС Саратовской области, если в 1998 г. дефекты обнаруживались в 38% случаев проведения экспертизы качества, то в 2001 г. – лишь в 26,4%).

Процентное соотношение обоснованных и необоснованных заявлений сильно различается по регионам. Возможно, это зависит от информационно-просветительской работы, проводимой системой здравоохранения и ОМС), но в целом по России процентное соотношение очень низкое: в 2000 г. обоснованных обращений было лишь 24,3%, из которых лишь 1,5% – **претензии к качеству**.

В Саратовской области 35,2% заявлений в отдел контроля качества в 2001 г. были признаны обоснованными, а в Кемеровской в 2000 г. – лишь 2%.

В остальных регионах фиксируются данные по всем заявлениям в целом. В Республике Удмуртия – около 15% от всех заявлений признаны обоснованными, в Воронежской области – 41,3%, из них 6,2% – претензии к качеству оказываемой помощи, в Ивановской – 76,3% обоснованы, из них 0,67% – по качеству. В Рязанской же области из 79,2% всех обоснованных заявлений первое место занимают как раз претензии к качеству оказываемой помощи.

Существует некоторая статистика по **способам разрешения споров**.

Так, в ФОМС Саратовской области в 2001 г. в отдел качества были поданы всего 270 заявлений, из них большинство обоснованных заявлений были удовлетворены в досудебном порядке и оформлены только пять судебных исков. Два из них были рассмотрены, один удовлетворен, в одном отказано.

В Кемеровской области в 2001 г. в судах рассматривались 42 иска, из которых 27 были поданы в отчетном году, а остальные 15 перешли с 2000 г. Из них 37 исков касались качеств-

а. Из 24 рассмотренных исков 11 (46%) были удовлетворены. Если учесть, что всего в Кемеровской области в ТФОМС в 2001 г. поступили 42 832 обращения, то можно заметить, что 27 поданных исков составляют ничтожно малую долю!

В Воронежской области с 1997 по 2001 г. были рассмотрены всего 19 исков, из которых 84% касались качества. Один иск переведен в уголовное дело, и по двум было удовлетворено требование о компенсации морального вреда.

По Российской Федерации в целом 97,8% споров по обоснованным заявлениям рассматривается в досудебном порядке.

Правда, нужно помнить, что в этих данных не учитываются уголовные дела, которые не переводятся из гражданских.

Интересно обратить внимание и на **структуру выявленных нарушений**, касающихся **качества** оказанной медицинской помощи: в Саратовской области, например, 41,5% всех нарушений приходится на дефекты диагностики, 25,6% – на дефекты оформления медицинских документов и лишь 12,2% – на дефекты технологии лечебного процесса.

Существуют некоторые данные и о **суммах возмещения** вреда по регионам.

Например, по данным ТФОМС Саратовской области, стоимость того единственного удовлетворенного в 2001 г. иска составила 10 000 рублей, а в Кемеровской области 11 удовлетворенных исков в том же году составили 382 000 рублей возмещения.

КАК ЭТО БЫВАЕТ ЗА РУБЕЖОМ...

Не секрет, что зарубежная судебная практика по спорам между врачами и пациентами гораздо богаче, чем в нашей стране. И причины такой разницы уже тоже затрагивались и обсуждались в российской прессе и научных работах.

Не раз говорилось, что серьезные ошибки встречаются и в медицинской практике очень благополучных стран. В то же время в этих странах можно наблюдать немало злоупотреблений со стороны пациентов (например, слу-

чай, когда пациенты нарочно не соблюдают режим после лечения, что приводит к осложнениям и дает повод для подачи иска о возмещении вреда).

Врачебные ошибки не так давно стали проблемой государственной важности в США, в том числе и потому, что в структуре причин смерти врачебные ошибки занимают пятое место.

В Германии же ежегодно 100 000 человек страдают от «врачебных ошибок». Состояние 11% больных (от общего числа) ухудшается вследствие неправильного лечения, а 8% врачебных ошибок приводят к летальному исходу.

Механизм разрешения судебных споров в большинстве стран сведен: при принятии решения судья основывается на заключении экспертов-медиков.

Причем, например, в Израиле каждая сторона приглашает своего эксперта, а судья может, если мнения экспертов сторон кажутся ему противоречащими друг другу, назначить еще одного, «независимого» эксперта.

Во всех странах такие дела достаточно сложны из-за так называемого заговора молчания – нежелания публично обсуждать ошибки своих коллег. Это неписаная корпоративная норма, которая доставляет немало неприятностей истцам (в том числе и в нашей стране – очень часто приходится слышать о «предвзятости» заключений судебно-медицинских экспертиз, о необходимости создания экспертных бюро вне системы здравоохранения и т.п.).

К тому же в США судебные издержки по таким делам очень велики – опять же потому, что сложно найти хороших специалистов, которые в свое свободное время будут давать показания против своих коллег.

Большое значение при разрешении подобных дел в США, например, имеет еще и психологический фактор. Эмоциональная подоплека решений – это один из недостатков (или достоинств?) системы правосудия с участием присяжных заседателей. По замечаниям одного из американских адвокатов, когда адвокат берется за дело, ему следует проверить свою реакцию на фабулу: если его дело возмущает, то оно воз-

мутит и присяжных, и тогда решение, отрицательное для врача, наиболее вероятно.

Для нашей страны эти соображения не очень актуальны, потому что «врачебные» дела по общему правилу не попадают в суды с присяжными заседателями (суды субъектов, уголовные дела), а рассматриваются либо мировым судьей, либо в районных судах.

ТРЕТЕЙСКИЙ СУД КАК АЛЬТЕРНАТИВА

Итак, врачебная ошибка – не юридическое понятие, но она может быть выражена в правовых терминах и повлечь юридические последствия. Она может выливаться в судебное разбирательство, и тогда врач столкнется с незнакомой системой общих судов. Можно ли этого избежать? В той или иной степени – да.

В российской печати уже неоднократно появлялся тезис о том, что гражданского судебного разбирательства в системе общих судов можно избежать, включив в договор об оказании услуг (как с пациентом, так и со страховой организацией) так называемую третейскую оговорку. Это означает следующее: стороны могут договориться о том, что возможные споры будут рассматриваться в третейском суде.

В частности, эта мысль была выражена на I Международной конференции «Общество – Медицина – Закон», проведенной на базе киевского Института экономики и права в 1999 г.

О том, что такое третейский суд, как регулируется его деятельность у нас и за рубежом, в чем его преимущества перед системой общих судов при возникновении споров между врачами и пациентами и какие третейские суды, специализирующиеся на таких делах, действуют в России, мы «поговорим» в следующих номерах журнала.

СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА

6 июня 2002 г. Конституционным судом Российской Федерации было вынесено определение №115-О, очень важное для правовой практики оказания платных медицинских услуг. Заключается оно в следующем.

Как известно, глава 39 ГК «Возмездное оказание услуг», в соответствии с пунктом 2 статьи 779, применяется и к договорам оказания платных медицинских услуг. В пункте 2 статьи 782 установлено, что исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору, полностью возместив заказчику убытки.

Эти положения ГК РФ оспаривались в Конституционном суде гражданкой Е.З. Мартыновой, так как, по ее мнению, они противоречат статье 41 Конституции, устанавливающей право граждан на охрану здоровья.

В 1996 г. в исковом заявлении в Советский районный суд города Астрахани Е.З. Мартынова просила обязать Центральный научно-исследовательский институт стоматологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ЦНИИС) исполнить обязательства по заключенному в апреле 1995 г. договору на оказание медицинских услуг (изготовление металлокерамических зубных протезов), поскольку ответчик после проведения подготовки полости рта к протезированию от дальнейшего исполнения договора отказался, сославшись на нецелесообразность продолжения лечения в условиях ЦНИИС. Впоследствии Е.З. Мартынова изменила свои исковые требования и просила взыскать с ЦНИИС убытки, причиненные нарушением ее права на получение медицинских услуг, включая суммы, необходимые ей для лечения и протезирования в одной из стоматологических клиник за границей, а также неустойку и компенсацию морального вреда. 17 июля 2000 г. Советский районный суд города Астрахани исковые требования заявительницы частично удовлетворил, однако судебная коллегия по гражданским делам Астраханской области 14 сентября 2000 г. это решение отменила и вынесла новое решение, которым в иске отказалась.

Судебная коллегия Верховного Суда Российской Федерации определением от 5 марта 2001 г. отменила определение судебной коллегии по гражданским делам Астраханского об-

ластного суда от 14 сентября 2000 г. в связи с допущенными нарушениями норм материального права и изменила решение суда первой инстанции, взыскав на основании статей 779 и 782 ГК Российской Федерации с ЦНИИС в пользу Е.З. Мартыновой 27 720 руб. в возмещение убытков, компенсацию морального вреда в сумме 50 000 руб. и 1000 руб. – в возмещение расходов по оказанию юридической помощи. Требование же о взыскании стоимости лечения за пределами Российской Федерации (в клинике Великобритании) и стоимости проезда к месту лечения и обратно было отклонено со ссылкой на то, что эти расходы Е.З. Мартыновой понесены не были, а также на то, что Администрация Астраханской области предложила истице получить бесплатное лечение в областной стоматологической поликлинике.

В 1999 г. Е.З. Мартынова обратилась в Советский районный суд города Астрахани с иском к Московскому медицинскому стоматологическому институту им. Н.А. Семашко (ММСИ) о взыскании убытков (расходов, уже понесенных ею, и расходов, которые она будет вынуждена нести при выезде для лечения и протезирования в Швейцарию), а также морального вреда и штрафа в федеральный бюджет в связи с тем, что ММСИ, заключив с ней 16 января 1996 г. договор на оказание платных медицинских услуг (лечение зубов, заболеваний десен, протезирование полости рта), установив план лечения и проведя диагностическое обследование, в апреле 1996 г. отказался от дальнейшего исполнения договора и рекомендовал ей провести лечение по месту жительства. В октябре 2000 г. истца изменила исковые требования и просила взыскать компенсацию морального вреда и суммы в возмещение убытков как с ММСИ, так и с Министерства здравоохранения Российской Федерации и казны Астраханской области. Решением от 5 февраля 2000 г. в удовлетворении исковых требований Е.З. Мартыновой было отказано.

Определением судебной коллегии по гражданским делам Астраханского областного суда от 29 мая 2001 г. это решение было отменено и с ММСИ было взыскано 10 000 руб. в счет компенсации морального вреда, причиненного односторонним отказом в оказании медицинской услуги; в возмещении же убытков отказано на том основании, что Е.З. Мартынова не представила доказательств понесенных ею расходов в период лечения в ММСИ, а также в связи с лечением за границей.

Конституционный суд в жалобе отказал, но предоставил разъяснения по применению указанных статей к договору оказания медицинских услуг.

Конституционный суд разъяснил, что договор оказания платных медицинских услуг является публичным договором, т.е. учреждение, оказывающее медицинские услуги, обязано оказывать эту услуги любому обратившемуся к нему. Отказ от заключения такого договора при наличии возможности предоставить гражданину такие услуги не допускается.

При таком толковании закона Конституционный Суд подчеркивает, что, *если у медицинской организации имеется возможность исполнить свои обязательства по договору, односторонний отказ от их исполнения со стороны медицинской организации недопустим, поскольку в противном случае требование закона об обязательном заключении договора лишалось бы какого бы то ни было смысла и правового значения.*

Таким образом, Конституционный суд решает, что *при надлежащем толковании, описанном в указанном определении, рассматриваемые статьи не противоречат Конституции РФ.*

Кроме того, Конституционный суд обращает внимание на то, что в понятие «убытки», подлежащие возмещению медицинской организацией при расторжении договора оказания платных медицинских услуг, могут включаться и расходы лица, понесенные на лечение за границей.

Конституционный суд «отмечает», что требуется более детальное законодательное регулирование различных форм предоставления медицинских услуг.

НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

1. *Федеральный Закон от 20.05.2002 г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека».*

Законом установлен пятилетний запрет на клонирование человека, вступивший в силу с конца июня 2002 г. В соответствии с нормами настоящего Закона запрет может быть продлен.

В законе даны определения понятий «клонирование человека» (создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека) и «эмбрион человека» (зародыш человека на стадии развития до восьми недель).

2. *Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.05.2002 г. № 2510/4920-02-32 «О досрочных трудовых пенсиях».*

В Письме разъяснены вопросы соотношения старого и нового законодательства, регулирующего вопросы пенсионного обеспечения работников здравоохранения, и порядок его согласования.

3. *Постановление Правительства Российской Федерации от 1.06.2002 г. № 489 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности».*

4. *Постановление Правительства Российской Федерации от 4.06.2002 г. № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».*

5. *Постановление Правительства Российской Федерации от 4.06.2002 г. № 500 «Об утверждении Положения о лицензировании производства лекарственных средств».*