

Policy and family. - 2001. - No 15. - P. 185-225; Margaret Harrison. Australia's Family Act: The First Twenty-Five Years // International Journal of Law, Policy and family. - 2002. - № 16. - P. 1-21.

¹⁰ См.: Guide to family law. American Bar Association. Chapter VIII. - N.Y., 2000.

¹¹ См.: п. 5 ст. 9 Проекта Федерального закона «Об опеке и попечительстве», внесенного на рассмотрение в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации депутатами Государственной Думы Е. Ф. Лаховой, П. В. Крашенинниковым (<http://www.duma.gov.ru/>).

¹² См.: Family law. Review of childlaw, guardianship and custody. - P. 7.

¹³ См., напр.: Ершова Н. М. Правовые вопросы воспитания детей в семье. - М., 1971. - С. 19.

¹⁴ См.: Гражданское и торговое право зарубежных стран. - С. 640.

¹⁵ Так, при наличии риска для имущества ребенка могут применяться следующие меры: наложение обязанности вкладывать денежные средства определенным образом, снятие денежных средств со счета ребенка только с разрешения суда по семейным делам, возложение на родителей обязанностей по предоставлению отчетов, наложение обязанности предоставить обеспечение имущества, которое находится в управлении у родителей.

¹⁶ См.: Татаринцева Е. А. Ответственность родителей по семейному праву Англии / Е. А. Татаринцева // Право и политика. - 2003. - № 10. - С. 124-125.

¹⁷ См.: Кемппайнен Мартти. Об ограничении и лишении родительских прав в отдельных странах ЕС // http://prpc.ru/library/ref_18/index.shtml. Пермский региональный правозащитный центр: [Электронный ресурс].

¹⁸ См.: Решение от 26 апреля 2005 г. // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. - 2005. - № 10. - С. 29-30.

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Е. Л. Зеленская, преподаватель кафедры гражданского права Омского юридического института

Страхование профессиональной ответственности традиционно считается видом имущественного страхования. Гражданская ответственность в связи с причинением вреда имущественным интересам третьих лиц может возникать при осуществлении самых разных видов профессиональной деятельности, в том числе медицинской и фармацевтической.

В последнее десятилетие в России особенно активно развивается добровольное страхование профессиональной ответственности медицинских работников, причин этому несколько. Во-первых, на фоне снижения доверия к медицинским учреждениям, особенно бюджетной сферы, и изначального недоверия к частным клиникам, преследующим, по утвердившемуся в обществе мнению, лишь собственную выгоду, наблюдается рост числа исков пациентов к врачам и медицинским организациям. Во-вторых, в медицине невозможно достоверно предсказать исход лечения, особенно связанного с инвазивными манипуляциями. В-третьих, в отличие от других видов страхования при страховании профессиональной ответственности наступление страхового случая обычно зависит не от внешних факторов (таких, как различные природные явления, стихии, действия третьих лиц), а от квалификации лица, осуществляющего профессиональную деятельность, случая, а также индивидуальных особенностей организма пациента¹. При этом медицинская отрасль продолжает испытывать недофинансирование и кадровый голод.

Страхование профессиональной ответственности в медицине позволяет, с одной стороны, гаран-

тировать пациенту адекватную компенсацию в случае причинения вреда его здоровью, с другой стороны, гарантировать медицинским работникам, что их далеко не лучшее финансовое состояние не ухудшится, снизить «объем убытков у государства (казны, бюджета), на которое в ряде случаев может быть возложена как на собственника ответственность по долгам созданных им учреждений и организаций»².

В последние годы неоднократно поднимается вопрос о необходимости законодательного закрепления обязательного страхования профессиональной ответственности при осуществлении медицинской деятельности. Министр здравоохранения и социального развития Михаил Зурабов утверждает, что в качестве страхователя будет выступать лечебное учреждение, а страховой полис защитит от финансовых претензий пациента в случае врачебной ошибки. Введение механизма обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников сможет существенно повлиять на качество оказываемых медицинских услуг, поскольку с его помощью финансирование медицинских учреждений будет поставлено в прямую зависимость от качества лечения³.

На наш взгляд, очень сложно прогнозировать возможность реализации данной реформы в условиях современного здравоохранения. Остановимся на основных проблемах.

Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации»⁴ определил, что объектом имущественного страхования могут быть имущественные интересы, связанные, в частности,

с обязанностью возместить причиненный другим лицам вред. В свою очередь, в п. 7 ст. 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан⁵ закреплено право медицинских и фармацевтических работников на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. Отметим, что страхование профессиональной ответственности медицинских работников – обязательный вид страхования во многих европейских странах. Так, например, закон об обязательном страховании врачей в Англии, возлагающий ответственность за случаи небрежности при лечении и операциях и на самих медиков, и на администрацию госпиталей, действует с 1942 г.⁶

До настоящего времени отсутствует легальное определение понятия «врачебная ошибка», и, хотя это явление известно со времен Гиппократов, полномасштабных исследований, позволяющих установить объем, частоту, последствия и цену врачебных ошибок, в России не проводилось. А значит, сложно установить страховые тарифы, т.к. риски при оказании медицинской помощи очень разнообразны, зависят от вида деятельности, отсутствует статистика по врачебным ошибкам. В этих условиях невозможно провести актуальные расчеты и предложить рынку оптимальный страховой продукт.

В США, по данным Института медицины (1999 г.), ежегодно от 44 тыс. до 99 тыс. смертельных исходов обусловлены врачебными ошибками, приводящими к потерям в 38 млрд дол., в том числе от предотвратимых врачебных ошибок – 17-29 млрд дол.⁷ При определении размеров страхового взноса, который выплачивается врачом для получения полиса, учитываются степень риска, которая зависит от конкретной врачебной специальности, и вероятность количества и размеров выплат.

Рост величины компенсационных выплат и взносов на страхование ответственности в США привел к удорожанию медицинского обслуживания и развитию «защитной медицины». Чтобы избежать судебного преследования в случае неудачного исхода, врачи предпочитают не использовать приемы, связанные со значительным риском, даже тогда, когда такой риск необходим. Одновременно они злоупотребляют назначением дорогостоящих процедур и анализов, чтобы обезопасить себя от обвинений в недостаточной внимательности к пациенту и его проблемам⁸.

В нашей стране существует достаточно доктринальных трактовок таких понятий, как «врачебная ошибка», «несчастный случай» в медицине и «ятрогенные заболевания». Основная дискуссия развернулась вокруг проблемы, есть ли противоправность в поведении медицинского работника

при совершении ошибки или нет? Единое мнение на этот счет в настоящее время не сформировано.

Отсутствие вины причинителя (или врачебная ошибка) по общему правилу влечет за собой отсутствие субъективной стороны правонарушения, следовательно, состава правонарушения. Лицо в таких случаях освобождается от юридической ответственности. Однако в отдельных случаях (ответственность за риск, объективная гражданско-правовая ответственность) может наступать юридическая ответственность и при отсутствии вины. Поэтому признание деяний ошибочными не может являться безусловным основанием для отказа в удовлетворении исковых требований⁹. Основная проблема в настоящее время связана прежде всего с решением вопросов виновности, которые отнесены к компетенции суда. Но ввиду специфики медицинской деятельности бывает очень сложно сделать однозначный вывод о виновности медицинского работника, в том числе и после проведения судебно-медицинской экспертизы. Фактически суды ставят перед экспертами вопросы правового характера. Представляется рациональным предложение ряда цивилистов о проведении по медицинским делам комплексной медико-правовой экспертизы специально созданной для этих целей комиссией экспертов (врачей и юристов)¹⁰.

Другая, не менее важная проблема связана с тем, что на фоне неуклонного роста числа исков ни медицинские учреждения, ни врачи оказались не готовы к сложившейся ситуации. Многие работники здравоохранения практически не информированы о правовых последствиях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, кроме того, организация юридической службы в медицинских учреждениях оставляет желать лучшего.

К сожалению, несмотря на потребительское отношение к врачам в нашем обществе, низкую заработную плату и посторонние вмешательства во врачебную деятельность, высказывается мнение, что «неразвитость судебной системы и правовая неграмотность пациентов выручают медицинских работников»¹¹. Но, по нашему мнению, на практике часто возникает обратная ситуация – когда медицинские учреждения несут ответственность там, где этого быть не должно. Например, в 2004 г. в Советском районном суде г. Омска рассматривалось дело по иску пациентки К. к одной из женских консультаций о возмещении вреда здоровью, причиненного вследствие ненадлежащего оказания амбулаторной помощи акушером-гинекологом. Анализ медицинских документов показал, что диагноз пациентке был определен правильно, назначена традиционная консервативная терапия, при этом выявленная у гр. К патология требовала оперативного лечения, и соответствующее обследование перед направлением в стационар было врачом назначено, равно как и

контрольная явка через 10 дней для дальнейшей госпитализации. Однако пациентка явилась на прием только через месяц, состояние ее в тот момент требовало неотложной помощи, которая и была оказана на должном уровне. Поводом для претензии послужил тот факт, что гинеколог не отследила явку диспансерной больной на прием, однако в данном случае это бездействие не находилось в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями. В судебном заседании представитель ответчика – женской консультации – заявил ходатайство о привлечении в качестве третьего лица без самостоятельных требований страховой компании ЗАО «АСК «Омск-АСКО», т.к. ответственность акушера-гинеколога была застрахована по договору добровольного страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Однако в удовлетворении ходатайства было отказано, и представитель ответчика счел предпочтительным заключить мировое соглашение с гр. К., при этом несколько уменьшив размер компенсации по сравнению с ранее заявленным требованием, до проведения судебно-медицинской экспертизы так и не дошло. Надо сказать, что соответствующие документы – страховой полис и правила страхования – были своевременно представлены суду, в соответствии с п. 8.4.4. указанных правил страховщик имел право принимать на себя ведение дел в судебных органах.

Другой пример касается стереотипа поведения многих представителей здравоохранения: решить проблему с пациентом полюбовно, а затем обратиться к страховщику с заявлением о выплате страхового возмещения. Арбитражный суд Омской области в 2005 г. рассмотрел дело по иску ООО «Авиценна» к ЗАО «АСК «Омск-АСКО» о взыскании страхового возмещения по договору страхования профессиональной ответственности медицинских работников. По договору была застрахована ответственность 11 врачей, в том числе и акушера-гинеколога, к которому обратилась пациентка Ч. с целью прерывания беременности. При проведении операции была допущена ошибка, вследствие чего возникло неотложное состояние – перфорация матки. В соответствии с договором медицинского обслуживания между ООО «Авиценна» и гинекологическим отделением ГК БСМП № 1 гр. Ч. была по неотложной помощи помещена на лечение в БСМП № 1, стоимость которого составила более 20 000 рублей. После чего представители ООО «Авиценна» обратились в страховую компанию за «возмещением ущерба от страхового случая». Однако объектом страхования по договору профессиональной ответственности является ответственность страхователя по обязательствам из причинения его работником вреда жизни или здоровью пациентов при оказании медицинских услуг. Ответственность истца по договору с БСМП № 1 не

является объектом страхования. Пациентка Ч. страховой компании требований о возмещении вреда здоровью не предъявляла, т.к. вопрос о компенсации был решен медицинской клиникой, скорее всего, в приватном порядке. Официально ответственность истца не наступила, следовательно, не наступил и страховой случай. Предъявив настоящий иск, истец фактически настаивал на замещении выгодоприобретателя другим лицом – страхователем, что противоречит п. 3 ст. 931, ст. 383 Гражданского кодекса РФ¹²: «переход к другому лицу прав, неразрывно связанных с личностью кредитора, в частности, требований об алиментах и о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью, не допускается». В удовлетворении исковых требований было отказано¹³.

Таким образом, подобная тактика произвольного урегулирования претензий пациентов с целью сохранить лицо фирмы не может существовать в условиях страхования профессиональной ответственности, особенно если это страхование будет введено как обязательный вид. Страхователь обязан не предпринимать каких-либо действий по самостоятельному урегулированию конфликта без предварительного уведомления страховщика, а также незамедлительно поставить в известность страховщика о страховом событии, которое может привести к претензии со стороны пациента. Такое уведомление должно включать сведения о характере события, медицинском работнике, вина которого предполагается, возможном вреде и потенциальном заявителе. При этом уведомление страховщика о событии неравнозначно уведомлению о претензии.

В развитых странах основным критерием качества медицинской помощи является удовлетворенность пациента. Однако пациент не может грамотно оценить действия врача, следовательно, удовлетворенность, конечно, можно считать одним из критериев качества, но не основным. Введением обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников предполагается сократить число исков пациентов, т.к. появится возможность досудебного урегулирования конфликта. Основная роль в этом случае будет отводиться «независимой» экспертизе, которая должна установить степень вины врача. Но реализация этого механизма как раз и столкнется с трудностями, т.к. потребует основательного пересмотра законодательной базы, определения статуса независимого эксперта. Сейчас медицинские экспертизы регламентированы разделом IX Основ законодательства об охране здоровья граждан, ст. 53 говорит о независимой экспертизе, но в ином контексте: при несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению проводится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида (ст. 48 – патологоанатомическое вскрытие, ст. 51 – военно-врачебная

экспертиза). Таким образом, нельзя говорить об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников без разработанной системы независимой оценки ущерба жизни и здоровью.

Разумеется, страховать врача должно лечебное учреждение, в котором он работает. Но возникает другая проблема: где государственные и муниципальные учреждения возьмут деньги для осуществления обязательного страхования? По заявлениям некоторых чиновников Минздравсоцразвития, источником средств будет федеральный бюджет. Но, по мнению страховщиков, мы вполне можем получить повторение системы ОМС – т.е. будет 7-8 уполномоченных компаний, причем скорее всего тех же, которые сейчас занимаются обязательным медицинским страхованием. Они и поделят рынок. Есть и более категоричные высказывания: новый вид обязательного страхования – еще один способ честного отъема денег из бюджета¹⁴. Кроме того, степень влияния этих компаний на медицинские учреждения очень высока, следовательно, пострадавшие опять останутся один на один с системой.

Страховка не поможет врачу, если врач: 1) умышленно причинил вред пациенту; 2) не смог оказать помощь из-за отсутствия необходимых лекарств и оборудования; 3) совершил действия, не оговоренные в лицензии, – в результате возникли претензии и исковые требования; 4) в момент оказания помощи находился в состоянии алкогольного или наркотического опьянения; 5) оказывал экстренную помощь в нерабочее время и в непригодных для этого условиях; 6) причинил пациенту вред на генетическом уровне; 7) своими действиями нанес пациенту телесные повреждения или привел его к эмоциональному срыву.

В настоящее время существует дискуссия, может ли в принципе по договору страхования профессиональной ответственности покрываться страховым возмещением компенсация морального вреда? С одной стороны, ст. 931 ГК РФ указывает в качестве благ риск ответственности, вследствие нарушения которых могут быть застрахованы жизнь, здоровье или имущество других лиц. С другой стороны, «во-первых, ограничением в страховании в соответствии со ст. 928 ГК РФ является противоправный характер страхуемых интересов. Во-вторых, компенсация морального вреда в силу прямого указания закона осуществляется в денежной форме (ст. 151 ГК РФ), а разграничение имущественного и неимущественного (в том числе морального) вреда во многих случаях не носит принципиального характера для возникающего обязательства, что позволяет некоторым ученым писать об условном характере такого разграничения. Применительно к страхованию об этом прямо свидетельствуют нормы действующего законодатель-

ства»¹⁵. В соответствии с п. 4 ст. 4 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» допускается страхование объектов, относящихся к разным видам имущественного страхования и (или) личного страхования (комбинированное страхование), если федеральным законом не установлено иное.

За рубежом страхование профессиональной ответственности выделено в самостоятельную отрасль страхования ввиду его специфичности. Существующая в нашей стране схема добровольного страхования профессиональной ответственности следующая: средние тарифы составляют 1,2-1,5 %, медицинскому учреждению этот вид страхования обходится от 15 до 50 тысяч рублей в год, соответственно без тарифа на компенсацию морального вреда. Многие страховщики признают потребность введения такого риска, что неизбежно приведет к возрастанию тарифов минимум в два раза. Например, предметом договора страхования профессиональной ответственности в соответствии с Примерным договором страхования компании «Альфа-страхование» (Санкт-Петербургский филиал) является предоставление страховой защиты страхователю, а объектом страхования по договору является физический ущерб и моральный вред третьих лиц (пациентов), возникший в результате непреднамеренной ошибки¹⁶.

Однако в настоящее время в России отсутствуют стандартные методики определения компенсации морального вреда, а присуждаемые компенсации зависят от регионального уровня доходов.

Таким образом, пока не будет ясности в критериях вины медицинских работников, в организации независимой экспертизы, в объеме ответственности, стандартной практики определения сумм компенсаций, говорить о реальном введении в ближайшее время обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников преждевременно.

¹ См.: Капранова С. З. Нормативно-правовая база страхования профессиональной ответственности медицинских работников в современных условиях // Медицинское право. – 2006. – № 3 (15). – С. 29.

² Там же. – С. 30.

³ См.: Как страховщики относятся к инициативе по страхованию ответственности медицинских работников // <http://www.rosinvest.com/neus/159225> [Электронный ресурс].

⁴ См.: Закон РФ от 27 ноября 1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 // Российская газета. – 1993. – 12 янв.

⁵ См.: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июня 1993 г. № 5487-1 // Ведомости СНД РФ и ВС РФ. – 1993. – № 33. – Ст. 1318.

⁶ Цит. по: Грищенко Н. Б. Правовое регулирование страхования профессиональной ответственности в России // Финансы. – 2003. – № 12. – С. 12.

⁷ Цит. по: Вестник государственного социального страхования. - 2004. - № 6. - С. 16.

⁸ См.: Страхование профессиональной ответственности медицинских работников за рубежом // http://www.ambn.ru/article.php?article_id=444 [Электронный ресурс].

⁹ См.: Кибкало А. П. Определение понятий «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение // Медицинское право. - 2003. - № 4 (4). - С. 40.

¹⁰ Там же. - С. 41.

¹¹ Цит. по: Вестник государственного социального страхования. - 2004. - № 6. - С. 19.

¹² Гражданский кодекс РФ (часть 1) от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // Российская газета. - 1994. - 8 дек.; (часть 2) от 26 января 1996 г. № 314-ФЗ // Российская газета. - 1996. - 6-8 февр.

¹³ Решение Арбитражного Суда Омской области от 21 декабря 2005 г. по делу № 26-55/05.

¹⁴ См.: Новости страхового рынка // http://www.informst.ru/Presscentre/Ins_neus/-10091813/ [Электронный ресурс].

¹⁵ Мохов А. А., Капанова С. Ю., Акишева Г. Р. Страхование профессиональной ответственности и компенсация морального вреда // Юрист. - 2006. - № 6. - С. 28.

¹⁶ Там же.

ПРИБРЕТАТЕЛЬНАЯ ДАВНОСТЬ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЧАСТНОМ ПРАВЕ (К ВОПРОСУ О П. 3 СТ. 1206 ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

С. И. Кожейкин, преподаватель кафедры гражданского права Омского юридического института

Особенность механизма правового регулирования гражданских, трудовых, семейных и иных отношений, осложненных иностранным элементом и составляющих предмет международного частного права, заключается в наличии в его составе коллизионных норм. Такие нормы предназначены не для решения конкретного дела по существу, а для определения права, подлежащего применению к соответствующим отношениям. Отсюда качество коллизионных норм детерминирует сложность решения задачи по выбору одного правопорядка из нескольких, претендующих урегулировать конкретное общественное отношение в сфере международного частноправового общения.

Основной массив отечественных коллизионных норм содержится в шестом разделе части третьей Гражданского кодекса Российской Федерации (вступила в силу 1 марта 2002 г.). Многие из этих норм являются положениями, ранее неизвестными российскому законодательству и практически не рассматривавшимися в отечественной теории международного частного права. Среди них значительный интерес вызывает коллизионная норма о возникновении вещных прав на имущество в силу приобретательной давности, сформулированная в п. 3 ст. 1206 ГК РФ.

В соответствии с п. 3 ст. 1206 ГК РФ возникновение права собственности и иных вещных прав на имущество в силу приобретательной давности определяется по праву страны, где имущество находилось в момент окончания срока приобретательной давности (курсив мой. - С. К.).

Эта коллизионная норма является новеллой для отечественного правопорядка. Подобное положение отсутствовало даже в те периоды государственного-правового развития России, когда приобретательная давность в силу ее официального закрепления в российском праве и при наличии необходимых условий могла повлечь возникновение права собственности у соответствующего субъекта права.

Попытка разобраться в механизме действия п. 3 ст. 1206 ГК РФ вскрывает существенную недоработку законодателя в формулировании текста этой нормы. Сказанное отчетливо видно в приведенных ниже результатах решения абстрактных задач.

1. Гражданин страны А завладел движимым имуществом в стране Б. Пробыв некоторое время в стране Б, гражданин страны А прибыл вместе с движимым имуществом в Россию. Гражданин страны А ставит вопрос о приобретении им права собственности в силу приобретательной давности в России.

Поскольку гражданин страны А находится на территории России, а владение вещью началось за пределами ее территории, подлежит применению коллизионная норма российского законодательства - п. 3 ст. 1206 ГК РФ.

Применение п. 3 ст. 1206 ГК РФ к рассматриваемой ситуации рождает два тезиса:

1) чтобы определить страну, на территории которой движимое имущество находилось на момент окончания срока приобретательной давности, - нужно знать продолжительность этого срока;

2) чтобы узнать продолжительность срока